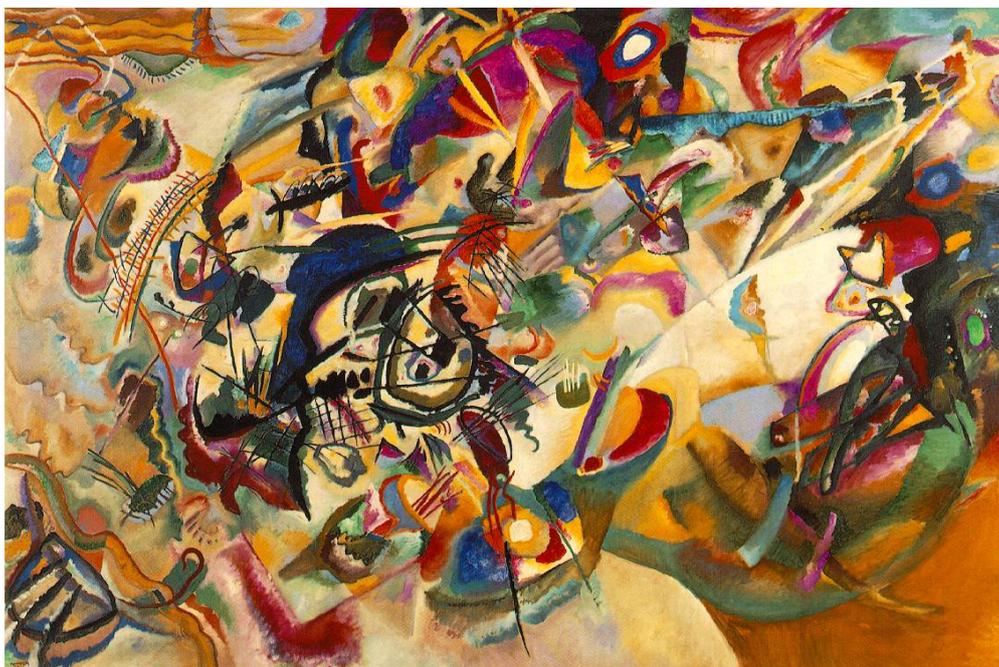


Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituto de Filosofia e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social

Do espírito na saúde



Oferta e uso de terapias alternativas/complementares nos serviços de
saúde pública no Brasil

Rodrigo Toniol

Orientador: Carlos Alberto Steil

Porto Alegre
2015

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituto de Filosofia e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social

Rodrigo Toniol

Do espírito na saúde

Oferta e uso de terapias alternativas/complementares nos serviços de
saúde pública no Brasil

Tese apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Antropologia Social da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
para obtenção do título de doutor em
Antropologia Social

Orientador: Carlos Alberto Steil

Porto Alegre
2015

CIP - Catalogação na Publicação

Toniol, Rodrigo
Do espírito na saúde. Oferta e uso de terapias
alternativas/complementares nos serviços de saúde
pública no Brasil / Rodrigo Toniol. -- 2015.
302 f.

Orientador: Carlos Alberto Steil.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Instituto de Filosofia e Ciências
Humanas, Programa de Pós-Graduação em Antropologia
Social, Porto Alegre, BR-RS, 2015.

1. Espiritualidade. 2. Terapias Alternativas. 3.
Práticas Integrativas e Complementares. 4. Teoria
Antropológica. 5. Sistema Único de Saúde. I. Steil,
Carlos Alberto, orient. II. Título.



ATA PARA ASSINATURA Nº 08

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
Instituto de Filosofia e Ciências Humanas

Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social
ANTROPOLOGIA SOCIAL - Doutorado
Ata de defesa de Tese

Aluno: Rodrigo Ferreira Toniol, com ingresso em 12/03/2012
Título: **Do espírito na saúde. Oferta e uso de terapias alternativas/complementares nos serviços de saúde pública no Brasil.**
Orientador: Prof. Dr. Carlos Alberto Steil

Data: 09/11/2015
Horário: 09:00
Local: Miniauditório (IFCH)

Banca Examinadora	Origem
Fabiola Rohden	UFRGS
Emerson Alessandro Giumbelli	UFRGS
José Rogério Lopes	Externo
Cynthia Andersen Sarti	UNIFEST

Porto Alegre, 09 de novembro de 2015.

Membros	Assinatura	Avaliação	Indicação de Voto de Louvor
Fabiola Rohden		Aprovado	Sim
Emerson Alessandro Giumbelli		Aprovado	Sim
José Rogério Lopes		Aprovado	Sim
Cynthia Andersen Sarti		Aprovado	Sim

Conceito Geral da Banca: ()
Indicação de Voto de Louvor: (X) Sim () Não

Correções solicitadas: () Sim () Não

Observação: Esta Ata não pode ser considerada como instrumento final do processo de concessão de título ao aluno.

Aluno

Orientador

Agradecimentos

A última coisa que se escreve e a primeira que se lê, assim são os agradecimentos. Para o leitor essa é a porta de entrada do texto, para o autor é a porta de saída, uma espécie de despedida da tarefa que por quatro anos ocupou seus dias. Por isso, escrever os agradecimentos também é um ato retrospectivo, que nos faz refletir sobre todas as pessoas e momentos que fizeram parte de uma extensa trajetória. E foram muitos os que estiveram comigo nesse percurso. Peço desculpas para aqueles que não mencionar nominalmente.

Essa pesquisa não poderia ter sido realizada sem a incansável paciência de muitos terapeutas, pacientes, médicos e gestores do SUS que toleraram minha curiosidade mesmo em situações muito adversas. Com vocês aprendi muito e muito além do que posso expressar numa tese. Às irmãs Luza e Lúcia, do Ambulatório da Vila I de Maio, muito obrigado pela receptividade e disposição. Janete foi solidária de um modo fundamental e me ajudou a conhecer o universo tão amplo das terapias alternativas/complementares. Cleusa, Darlene, Catarina, Celso, Karine, Nelci e Rejane, agradeço por todas as conversas, companheirismo e chimarrões no fim da tarde. Consuelo esteve presente em diversas etapas desta pesquisa e acompanhou sua realização me ajudando a entender o funcionamento do SUS.

Sou muito agradecido aos médicos do Centro de Saúde Modelo por tantas aulas de fisiologia e de medicina tradicional chinesa. A disposição de vocês para colaborar com esta pesquisa foi essencial. Em Severiano de Almeida, devo agradecer a Celso, Adriana e Samuel, pela recepção na cidade e preocupação durante minhas estadas. Em Uruguaiana, agradeço ao Rui pelas longas conversas e pelo exemplo de persistência e dedicação ao trabalho. Ainda na fronteira, agradeço a Liene, Maria Clara e Gláucia por toda ajuda e companheirismo. Durante muitos meses, quinzenalmente, encontrei-me com Elemar, Graciana, Rafael, Márcio, Consuelo, Carla, Caroline, Mariluzia e Silvia, na Secretaria Estadual de Saúde. Agradeço muitíssimo a todos vocês. Silvia foi uma interlocutora incrível e as conversas com ela sempre me fizeram repensar a tese e a vida. Por fim, no Hospital Conceição, agradeço

ao Marcelo, à Sandra, à Lisandra e à Adriana pelo apoio durante toda o trabalho de campo. Em todos os lugares onde fiz a pesquisa, encontrei-me, conversei e compartilhei momentos alegres e difíceis com muitos usuários do SUS que não tenho como nominar. Agradeço a todos eles pela possibilidade da troca.

Se a realização desta pesquisa deve-se à colaboração das pessoas que encontrei nos postos de saúde e hospitais do SUS, as condições para que ela se concretizasse também envolveram o apoio dos professores, colegas e funcionários do Programa de Pós-graduação em Antropologia Social da UFRGS. Em primeiro lugar devo agradecer ao meu orientador Carlos Alberto Steil, que desde o terceiro semestre da graduação me acompanha, incentiva e estimula a seguir em frente. Carlos foi um orientador no sentido mais amplo que essa palavra pode ter, generoso nas trocas acadêmicas e um amigo para a vida. Também agradeço aos professores Ari Pedro Oro, Arlei Sander Damo, Bernardo Lewgoy, Cláudia Fonseca, Ceres Victora, Cornelia Eckert, Emerson Giumbelli, Fabiola Rohden, Patrice Shuch, Paula Sandrine Machado, Ruben Oliven e Sérgio Batista, que participaram diretamente de minha formação. A Rosemeri Feijó devo agradecer pela amizade, paciência e ajuda ao longo dos últimos seis anos.

Durante o período de elaboração desta tese, e, antes dele, participei ativamente de três coletivos de pesquisadores que contribuíram imensamente para o amadurecimento de muitas ideias aqui apresentadas. O Núcleo de Estudos da Religião foi um espaço permanente de diálogo, onde tive o privilégio de acompanhar o desenvolvimento de pesquisas primorosas e de trabalhar junto com pesquisadores que muito estimo. Também tenho a satisfação de ter acompanhado a formação do grupo de pesquisa SobreNaturezas desde suas primeiras reuniões, em 2007. Com os “sobrenaturais” me convenci que sozinho não se faz uma pesquisa e que a interdisciplinaridade é um passo necessário para a ampliação de nossos horizontes imaginativos. No SobreNaturezas, e principalmente fora dele, Isabel Carvalho me ensinou muito sobre como pensar os problemas de pesquisa sem que a pesquisa torne-se um problema para nossa vida. Por fim, preciso agradecer aos integrantes do grupo de pesquisa Ciências na Vida, cujo nome é dos mais oportunos para descrever como aquele coletivo se mobiliza. Durante o período do doutorado, o diálogo com os colegas desse grupo foi absolutamente essenciais para que esta pesquisa adquirisse os contornos que tem. Fabiola Rohden, Cláudia Fonseca, Heloísa Paim, Mario Eugênio Pogliã, Lucas Besen, Roberta Grudzinski, Miguel Herrera, Juliana Loureiro, Paula

Sandrine Machado, Rodrigo Dornelles, Sara Guerra e Vitor Richter, muito obrigado por todo o companheirismo.

Ao longo do período de elaboração do texto desta tese, as conversas e trocas com Leila Amaral, Raquel Bastos, Waleska Aureliano, Octavio Bonnet, Vitor Richter, Moises Kopper, Pedro Paulo Soares, Juan Scuro, Ulisses Corrêa Duarte, Victoria Irisarri, Luis Felipe Murilo Rosado, Gustavo Chiesa, Cristina Zúñiga e Renée de la Torre foram determinantes. À Cristina e à Renée agradeço ainda pela generosa recepção e interlocução em Guadalajara durante um estágio de curta duração, realizado graças ao apoio da Pró-reitora de Pesquisa da UFRGS. Também agradeço a José Rogério Lopes que sempre estimulou-me a prosseguir nas pesquisas e que se tornou um amigo. Agradeço pela generosa interlocução com Cynthia Sarti durante a defesa desta tese e faço votos para que nosso diálogo continue.

Durante o ano de 2014 e os primeiros meses de 2015 estive na University of California San Diego, em estágio de doutorado sanduíche. Em San Diego agradeço a Thomas Csordas pela acolhida e pelas discussões sobre meu trabalho sempre muito estimulantes. Janis Jenkins e Steven Parish também foram importantes interlocutores durante as reuniões do grupo de pesquisa em antropologia psicológica. Assim como Joel Robbins, com quem pude compartilhar e debater as decisões sobre a escrita da tese. Na UCSD recebi o apoio e utilizei os recursos do Center for Iberian and Latin American Studies (Cilas). Agradeço nominalmente a David Mares e a Carlos Waisman pela organização e condução dos seminários com os pesquisadores visitantes do Cilas. Devo ainda agradecer a todos os bibliotecários da Geisel Library que me ajudaram com a obtenção de documentos, sem os quais algumas reflexões presentes nesta tese não teriam sido possíveis. Tive ainda a oportunidade de participar de estimulantes atividades no Colegio de la Frontera Norte (Colef), em Tijuana, por isso agradeço à Olga Odgers.

A vida na Califórnia não teria sido tão agradável e instigante sem os verdadeiros amigos que fiz. Mario Torres e Liza Méndez muito obrigado pela convivência e pelos *barbecues*. Niki Vazou mostrou que a Grécia é logo ali. Também agradeço aos amigos, Antonio, Carol, João, Van, Thiago, por terem compartilhado comigo algumas descobertas do cotidiano do lado de lá do globo. Em Berkeley, Mohsin e Marriam Tariq foram amigos fraternos que passei a estimar muito.

De volta ao Brasil, preciso mencionar alguns amigos brasileiros. Emerson e Fabiola obrigado pelas tantas parcerias. E que elas prossigam, bem ou mal sucedidas.

Carlos e Bel, a quem agradeço novamente porque vocês embaralham a ordem dos agradecimentos – do institucional ao pessoal. Fausto e Fábio, amigos fieis e que me acompanham desde quando eu sequer imaginava morar em Porto Alegre. Lizi, Fran e Eduardo, que nossos encontros continuem. Marco e Polli, obrigado por estarem sempre por perto, compadres. Vinícius Muller foi uma pessoa fundamental para despertar meus interesses pelas humanidades e, além disso, sem ele, dificilmente teria tomado a acertada decisão de viver em Porto Alegre. Agradeço pela convivência com os primos André e Luth, que fazem a vida ser mais leve. Karen e Dani, são daqueles laços de parentesco que se convertem em vínculos de afinidade, muito obrigado pela companhia e disposição em compartilhar tantas etapas da vida.

Agradeço imensamente aos meus pais pela compreensão nas ausências e pela irrestrita confiança em minhas decisões. Ao meu avô Angelino, que mesmo distante transmite a sensação de amparo.

No Rio Grande do Sul ganhei uma família incrível, sempre disponível e acolhedora. Muito obrigado por tudo, Maria, Thomaz e Elen.

E por último, esta tese, essas viagens, esses encontros são todos mais uma parte de minha vida que compartilho com Fernanda. Agradeço muito por toda interlocução, ajuda, compreensão, companheirismo e pela vida que seguimos construindo. A você dedico este trabalho.

Só me interessa o que não é meu.
Lei do Homem. Lei do Antropófago.

Oswald de Andrade. (Manifesto Antropófago).

Resumo

A oferta mais recente de terapias alternativas no âmbito da saúde pública brasileira está relacionada com o lançamento da Portaria Interministerial 971 que, em 2006, instituiu a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). Tal Política tem por finalidade assegurar e promover o acesso, no Sistema Único de Saúde (SUS), à medicina tradicional chinesa, à homeopatia, à fitoterapia, ao termalismo e à medicina antroposófica. A publicação da PNPIC ensejou estados e municípios a produzirem suas próprias políticas e diretrizes relativas à oferta e ao uso das Práticas Integrativas e Complementares (PICs) no SUS. Nesta pesquisa, cujo objeto pode ser descrito como sendo as próprias Políticas de PICs, ocupo-me dos processos de legitimação e de regulação dessas práticas terapêuticas no SUS, bem como de sua realização no cotidiano de unidades de saúde, ambulatórios e hospitais públicos no Rio Grande do Sul. Inicialmente dedico-me a analisar o processo de invenção das Práticas Integrativas e Complementares (PICs). Inventar as PICs refere-se tanto a produção de registros burocráticos estatais específicos para essas práticas, como também indica o trabalho cotidiano de terapeutas, médicos e gestores empenhados em fazer com que terapias alternativas/complementares possam ser convertidas em PICs. Diante desse tema termino sugerindo que as Políticas de PICs além de legitimarem a oferta de terapias alternativas/complementares no SUS também criam mecanismos de regulação para essas práticas. Num segundo momento, detenho-me nos vínculos que se estabelecem entre PICs, espiritualidade e saúde. Além de atentar para a normatividade dessa associação em documentos de organismos de gestão da saúde, também trato do tema a partir de sua realização na prática clínica. Argumentando pela necessidade de atenção à categoria espiritualidade em si, demonstro como a “espiritualidade” tem sido capaz de mobilizar agentes e instituições implicados na oferta de terapias alternativas/complementares no SUS. Sugiro, por fim, que a oferta de PICs no SUS tem se constituído como uma modalidade oficial de atenção à dimensão espiritual da saúde no Brasil.

Palavras chave: Espiritualidade, Terapias Alternativas/Complementares, Sistema Único de Saúde, práticas Integrativas e Complementares, Saúde.

Abstract

The recent availability of alternative therapies in Brazil's public health system is a result of the 971 Interministerial Order which, in 2006, established the National Policy of Integrative and Complementary Practices (PNPIC). Such policy aims at ensuring and promoting access, through the Unified Health System (SUS), to traditional Chinese medicine, homeopathy, phytotherapy, thermalism, and anthroposophical medicine. The announcement of the PNPIC created the opportunity for states and municipalities to elaborate their own policies and guidelines regarding the provision and use of Integrative and Complementary practices (ICPs) in the SUS. In this research, whose focus is on the policies of ICPs, we investigate the processes of legitimation and regulation of such therapeutic practices within SUS, as well as their implementation routines in health care units, clinics and public hospital in Rio Grande do Sul. We begin by analyzing the invention of Integrative and Complementary Practices (ICPs). Invention of ICPs refers here equally to the production of bureaucratic state records that are specific to such policy, and to the daily work of therapists, physicians and managers who strive to turn alternative/complementary therapies into ICPs. With this in mind, we conclude that the ICPs policies, in addition to legitimizing the availability of alternative/complementary therapies within SUS, likewise create the regulatory tools for carrying out such practices. In the second part, we look into the ties established between ICPs, spirituality and health. Here we explore both the normativity of these links by surveying documents produced by health care managing organizations, and the policy's practical implementation in clinics. Contending that the category of spirituality deserves attention on its own, we demonstrate that the notion of "spirituality" has been mobilized agents and institutions involved in the provision of alternative/complementary therapies within SUS. We indicate, lastly, that the provision of ICPs within SUS has become an official means of drawing attention to the spiritual dimension of health.

Keywords: Spirituality, Alternative/Complementary Therapies, Unified Health System, Integrative and Complementary practices, Health.

Lista de abreviaturas e siglas

Comissão Estadual de Práticas Integrativas e Complementares — CEPIC

Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação — Ciplan

Conselho Nacional de Saúde — CNS

Escola Superior de Ciências Tradicionais e Ambientais — Escam

Grupo de Estudos de Acupuntura Neurofuncional — Geanf

Grupo Hospitalar Conceição — GHC

Medicina Alternativa e Complementar — MAC

Medicina Tradicional — MT

Medicina Tradicional Chinesa — MTC

Organização Mundial de Saúde — OMS

Política de Alimentação e Nutrição — PAN

Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares — PEPIC

Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares — PNPIC

Práticas Integrativas e Complementares — PICs

Secretaria Estadual de Saúde — SES

Sindicato Médico do Rio Grande do Sul — SIMERS

Sistema Único de Saúde — SUS

Unidades Básicas de Saúde — UBS

Sumário

Introdução	15
1. O interesse por processos que instituem	24
2. Da estrutura da tese	30
Parte I — A invenção das Práticas Integrativas e Complementares	36
Capítulo I. Os Termos da Política	37
1. Práticas, integrativas e complementares	41
1.1. Práticas e Medicina; Complementar e Alternativo	42
1.2. Integralidade, SUS e holismo	46
2. Práticas Integrativas e Complementares além da PNPIC	52
2.1. As demandas pelas terapias alternativas/complementares	53
2.2. Modos de regulação e terapias alternativas/complementares	58
2.3. Práticas Integrativas e Complementares e o conceito de racionalidades médicas	65
3. A promoção de medicina tradicional e de terapias alternativas/complementares pela OMS	70
Capítulo II. O que é uma Prática Integrativa e Complementar ?	79
1. A escassez de dados e o início da CEPIC	83
1.1. Por onde começar?	89
2. A poética do Estado	93
2.1. Os limites da integralidade	97
3. Feiras místicas e a Frente Holística Nacional	101
3.1. A implicação das ciências médicas nos debates sobre espiritualidade e saúde	108
3.2. Dos aliados das ciências médicas aos aliados das ciências quânticas	115

Capítulo III. Terminando a dor	123
1. Modelo em saúde	128
2. Manipulando a dor	136
2.1. O que a dor esconde?	146
3. Fronteiras, materialidades e procedimentos	149
3.1. Da fronteira ao trabalho <i>para</i> fronteira	151
3.2. Variação das coisas	156
3.3. Atenção aos procedimentos	164
4. A métrica da ciência e a legitimidade das PICs	170
Parte II — O que pode a espiritualidade?	181
Capítulo IV. O que faz a espiritualidade?	182
1. O lugar do reiki no tratamento oncológico	192
2. A recomendação do reiki e a ressalva ao religioso	197
2.1. Espiritualidade além da religião	202
3. Razões clínicas, políticas e pragmáticas	206
3.1. Por que o reiki? Pra que(m) serve a espiritualidade?	210
4. Quando o reiki é religioso	213
5. Controvérsias na atenção clínica à espiritualidade	220
Capítulo V. A espiritualidade que faz bem	229
1. A experiência exitosa	236
2. Atendimentos por grupalidades	245
2.1. A canalização da mensagem sobre os cuidados com a espiritualidade	248
3. Quem pode falar sobre espiritualidade?	251
3.1.. A espiritualidade e seus experts	258
3.2.. A espiritualidade na clínica	261
4. Plantas que curam, energia que reestabelece e Estado que recomenda	267
4.1. Capim santo e a espiritualidade para saúde	272
Conclusão	280
Referências	288
Glossário	309

Introdução

Sentado nos bancos da sala de espera do único posto de saúde de Severiano de Almeida, cidade no interior do Rio Grande do Sul, Lucas, um menino de oito anos, aguarda sua mãe sair do consultório de Celso, o parapsicólogo que acabara de atendê-lo. Com duas folhas nas mãos, o garoto balbucia a leitura do conteúdo de uma delas, uma espécie de mantra popularizado com a divulgação do Ho'oponopono – prática havaiana de libertação do passado. Depois de repetir algumas vezes as frases “Sinto muito. Me perdoe. Te amo. Sou grato”, conforme havia sugerido o parapsicólogo, Lucas abaixou as folhas e continuou esperando. Na mesma tarde, Paulo, o prefeito da cidade, foi ao posto para anunciar que o projeto Saúde Integrada: Formando Cidadãos, que prevê a oferta da parapsicologia e a manutenção de 13 hortos de plantas medicinais na cidade, havia sido escolhido pelo Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul como uma das dez experiências mais exitosas da saúde pública no estado. Com tal eleição, o município não somente apresentaria sua experiência em um evento estadual,

que reuniria secretários de todas as cidades gaúchas, como também estava convidado a participar da mostra nacional que ocorreria em Brasília.

* * *

Em Uruguaiana, na fronteira com a Argentina, autoridades, profissionais e representantes do Conselho Municipal de Saúde aglomeram-se na frente de um posto de saúde para reinaugurá-lo após uma obra de ampliação. Além de uma nova sala de triagem e de alguns consultórios médicos, o prédio também ganhou um “meditódromo”, espaço dedicado à realização das atividades do projeto Chen Taijiquan na Promoção da Saúde e do Bem-Estar. De segunda a sexta-feira, às sete horas da manhã, Rui, o terapeuta responsável pelo projeto, reúne por volta de 40 pacientes para a meditação, que começa com o aferimento dos batimentos cardíacos e da pressão arterial de cada um, e termina com exercícios de chi gong e de tai chi chuan – ambos são técnicas corporais da medicina tradicional chinesa.

* * *

Na capital do estado, o Ambulatório de Terapias Naturais e Complementares atende à comunidade da Vila 1º de Maio. Com mais de dez anos de funcionamento, o ambulatório é um espaço emblemático da oferta de terapias alternativas na rede de atenção básica do país. Sejam consultas marcadas ou em casos de emergência, os médicos, enfermeiros, terapeutas e psicólogos que ali trabalham utilizam exclusivamente técnicas não biomédicas em seus atendimentos; entre elas encontram-se: o reiki, a cromoterapia, a auriculoterapia, a reflexologia, a ioga, a aromaterapia, a

terapia floral, a radiestesia, a fitoterapia, a acupuntura, a homeopatia, a quiropraxia e a medicina ayurvédica.

* * *

Na ala de oncologia de um dos maiores hospitais públicos do sul do país, a administração de medicamentos quimioterápicos é acompanhada por sessões de reiki. A imposição de mãos, que revitaliza as energias dos chacras, é uma recomendação médica aos pacientes. Embora facultativa, a adesão é grande entre os usuários, com exceção dos evangélicos que, algumas vezes, por razões religiosas, recusam-na.

* * *

A oferta mais recente de terapias alternativas no âmbito da saúde pública brasileira está relacionada com o lançamento da portaria nº 971 do Ministério da Saúde (Brasil, 2006b), que, em 2006, instituiu a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). Tal política tem por finalidade assegurar e promover o acesso, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), à medicina tradicional chinesa, à homeopatia, à fitoterapia, ao termalismo e à medicina antroposófica. Resultado de demandas das Conferências Nacionais de Saúde e de orientações de agências de governança global, sobretudo da Organização Mundial da Saúde (OMS), a PNPIC desencadeou a formulação de outras políticas estaduais e municipais, empenhadas em promover, conforme consta na Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares (Pepic) do Rio Grande do Sul (2013, p. 3), “o acesso às terapêuticas que envolvam abordagens e práticas naturais com expressiva confirmação de resultados satisfatórios na melhoria da qualidade de vida, como alternativa às práticas

convencionais ocidentais calcadas no uso de medicamentos e outras características próprias, as quais têm se mostrado aquém dos anseios por modelos não biologicistas”. Nesta pesquisa, cujo objeto pode ser descrito como sendo as próprias políticas de práticas integrativas e complementares (PICs), ocupo-me dos processos de legitimação e de regulação dessas práticas terapêuticas no SUS, bem como de sua realização no cotidiano de unidades de saúde, ambulatórios e hospitais públicos no Rio Grande do Sul.

As análises aqui empreendidas estão referidas a dois níveis de observação empírica realizada sistematicamente em diferentes partes do estado durante dois anos. Primeiro, trato das instâncias de formulação das políticas de PICs, que simultaneamente instituem os marcos de referência para a legitimação da oferta dessas práticas no SUS e criam os mecanismos de controle e de regulação sobre elas. Para isso, utilizo um conjunto heterogêneo de materiais de análise, que compreende leis, resoluções, atas de reuniões, textos acadêmicos, notícias e relatórios oficiais. Alio esses dados às observações realizadas em seminários, congressos e encontros dedicados ao tema, além daquelas decorrentes de minha participação, como observador convidado, nas reuniões que resultaram na elaboração da Pepic do Rio Grande do Sul. Noutro nível de interesse empírico, situo as observações realizadas na rotina de diferentes serviços de saúde em Porto Alegre e em cidades do interior gaúcho que empregam práticas integrativas e complementares em seus atendimentos. Ressalto que meu interesse ao realizar essas observações dirige-se aos próprios procedimentos que envolvem as PICs. Tendo isso em vista, ao longo deste trabalho atentarei ora para os usuários, ora para os terapeutas, sem atribuir à posição de algum deles, portanto, o privilégio da perspectiva narrativa.

Por um lado, espero que esta pesquisa forneça elementos para ampliar o entendimento sobre uma modalidade específica de atendimento em saúde recentemente

instituída no SUS, as práticas integrativas e complementares. Por outro, aposto na possibilidade de chamar atenção para a oferta e o uso de “terapias alternativas” fora do escopo esotérico e místico, universo no qual a literatura antropológica sistematicamente as inscreve. É pertinente afirmar, no entanto, que no campo da medicina social e da saúde coletiva, pesquisadores interessados em tópicos como o da “integralidade” (Pinheiro; Mattos, 2006) e aqueles pautados por conceitos como o de “racionalidades médicas” (Luz, 1996b) têm se ocupado da legitimação/regulação dessas terapias nos serviços de saúde pública há algum tempo. No caso desta pesquisa, ao apresentar análises institucionais sobre a oferta de tais práticas, insisto em ponderar a perspectiva dominante na antropologia sobre o tema, cujas pesquisas parecem muito mais focadas no caráter marginal do uso de “terapias alternativas” do que nos processos de “oficialização” pelas quais elas têm passado nas últimas décadas.

A prevalência de análises que assimilam essas práticas terapêuticas às franjas da oficialidade está relacionada, em parte, ao emprego de um metadiscurso que as vincula ao fenômeno dos movimentos contraculturais da *Nova Era*. A categoria é abrangente e parece se sustentar num equilíbrio precário entre sua potência descritiva, hipoteticamente capaz de ser justificada para tratar dos mais variados fenômenos – de rituais esotéricos a sessões de acupuntura –, e a escassez de sujeitos e grupos que deliberadamente se identificam como *new agers*. Tal afirmação parece ressoar naquilo que Anthony D’Andrea (2000, p. 5) sentenciou de forma contundente, “se o critério de *New Ager* dependesse das autodefinições (dos envolvidos em sistemas e filosofias alternativas), então não existiria *New Age!*”. Em que pese o caráter enfático com que D’Andrea menciona o problema da autoidentificação dos *new agers*, o tópico não foi objeto de extensivas análises por parte de pesquisadores das ciências sociais da religião. Pelo contrário, ainda que a questão tenha sido referida por outros autores (ver Carozzi,

1999), o espectro dos fenômenos e das práticas descritas pelos cientistas sociais como implicados no campo da Nova Era parece ser cada vez mais amplo. Assim, pesquisas sobre tarô (Maluf, 2005b), xamanismo urbano (Magnani, 1999b), extraterrestes (Guerriero, 2014), astrologia (D’Andrea, 2000), ioga (Saizar, 2008), terapias alternativas (Tavares, 2012), redes de marketing multinível (Gutiérrez Zúñiga, 2005) e caminhadas ecológicas (Steil; Toniol, 2011), por exemplo, estabeleceram a categoria Nova Era como chave de análise. Seguramente, em alguns desses casos, a utilização do termo é pertinente e lança importantes aportes para compreender as práticas em questão. A variedade dos fenômenos descritos como característicos da Nova Era, contudo, aliada à insistente tendência dos cientistas sociais da religião em imputar a categoria em suas etnografias, permite desconfiar de que estejamos diante de uma situação em que o emprego sistemático de certa linguagem analítica tenha aprisionado a multiplicidade das realidades observadas na ficção criada para descrevê-las.

Especificamente sobre a literatura antropológica dedicada à análise da oferta e do uso de terapias alternativas no Brasil, ela parece tão significativamente associada à Nova Era que Sonia Maluf faz dessa proximidade uma sobreposição, sintetizada na ideia de que o fenômeno das “culturas da Nova Era” está inextrincavelmente articulado com o campo das terapias alternativas:

Grande parte das definições do fenômeno que estou chamando genericamente aqui de “culturas da Nova Era” se refere à emergência de um vasto campo de experiências e discursos voltados para a articulação entre o terapêutico e o espiritual, e a confluência de diferentes práticas e higiênes corporais e saberes (espirituais e terapêuticos): meditação, uso da astrologia, [...], florais de Bach, terapia de vidas passadas, método Fischer-Hoffman, etc. (Maluf, 2005a, p. 149-150).

Ainda na literatura antropológica brasileira, outras definições mais sistemáticas daquilo que está referido pela categoria Nova Era também mencionam as terapias alternativas. Como sugere Leila Amaral (2000, p. 16, grifo meu):

Com esse termo focalizo um campo de discurso variado, mas em cruzamento, por onde passam a) os herdeiros da contracultura com suas propostas de comunidades alternativas; b) *o discurso do autodesenvolvimento na base das propostas terapêuticas atraídas por experiências místicas e filosofias holistas, fazendo-as corresponder às modernas teses de divulgação científica*; c) os curiosos do oculto, informados pelos movimentos esotéricos do século XIX e pelo encontro com as religiões orientais, populares e indígenas; d) o discurso ecológico de sacralização da natureza e do encontro cósmico do sujeito com sua essência e perfeição interior e e) reinterpretação yuppie dessa espiritualidade centrada na perfeição interior através dos serviços new age oferecidos para o treinamento de Recursos Humanos, nas empresas capitalistas.

A atenção que os cientistas sociais da religião empenharam para delinear o fenômeno da Nova Era beneficiou, por um lado, as pesquisas sobre “terapias alternativas”, alçando-as à condição de objetos pertinentes para a análise antropológica. Não é à toa que o período de emergência das investigações dedicadas às terapias coincide com o principal momento de interesse sobre a Nova Era, ocorrido, sobretudo, durante a década de 1990 e início dos anos 2000. Por outro lado, a presunção do vínculo entre “terapias alternativas” e o esoterismo da Nova Era dificultou que os antropólogos atentassem para processos que progressivamente vêm ocorrendo no país e que, em alguma medida, contrapõem-se às perspectivas que concebem tais práticas como desinstitucionalizadas, não modernas, contra-hegemônicas, etc. Refiro-me a processos que se realizam pelo menos desde meados dos anos 1990 como, por exemplo, a emergência de sindicatos de terapeutas holísticos, o surgimento de uma agenda política no Congresso Nacional dedicada à regulamentação da profissão, o ensino das “terapias

alternativas” em cursos de saúde de universidades públicas e, finalmente, o apoio à promoção e oferta dessas práticas no SUS.¹

Outro efeito dessa perspectiva que parte da Nova Era para analisar o campo das “terapias alternativas” foi a circunscrição de seu público de usuários à classe média, urbana e escolarizada (ver Magnani, 1999a; Martins, 1999; Russo, 1993). Usualmente esse perfil ainda foi associado a modos de consumo específicos, caracterizados, por exemplo, pela frequência a feiras místicas e a centros holísticos localizados em bairros abastados, bem como pela adesão ao amplo mercado de produtos *new age*. Com isso, o mesmo movimento das pesquisas que associou o uso dessas terapias a um perfil específico de usuários também contribuiu para invisibilizar, entre outras coisas, a histórica produção e consumo de fitoterápicos por agentes religiosos da Pastoral da Saúde, realizada sobretudo nas periferias das cidades e em pequenos municípios. Mesmo as investigações sobre o uso de reiki e homeopatia em centros espíritas, apesar de terem contribuído para pluralizar as referências sobre o fenômeno da oferta e do uso dessas práticas terapêuticas, parecem ter investido mais em estabelecer a relação de tais técnicas com o espiritismo do que em analisar os efeitos dessa relação para a configuração do campo mais amplo das “terapias alternativas”.²

O que está em jogo neste trabalho não é negar a relevância histórica que a associação dessas práticas com a Nova Era teve para a popularização das terapias alternativas no Brasil. Trata-se, ao invés disso, de não presumir essa relação fazendo

¹ A tese de Fátima Tavares, *Alquimistas da cura*, é uma das exceções nesse campo. Apresentado originalmente em 1998, esse texto realiza uma análise seminal sobre o início do processo de formação de sindicatos de terapeutas holísticos no Rio de Janeiro e em São Paulo (Tavares, 2012).

² Remeto ao trabalho de Waleska Aureliano (2011) para indicar pesquisas que realizaram de modo exemplar reflexões capazes de articular o uso de terapias alternativas no campo religioso e fora dele.

dela um a priori analítico. Pretendo, assim, a partir da etnografia do processo de institucionalização da oferta e do uso das terapias alternativas no SUS, insistir na pluralidade de referências que se associam a esse fenômeno: a Nova Era é certamente uma delas, mas também o são as benzedeiras, as ciências médicas, a OMS, o Ministério da Saúde, o Congresso Nacional, etc.³

Sugiro a realidade plural das “terapias alternativas” e, ao mesmo tempo, a necessidade de pluralização das perspectivas analíticas dedicadas a elas. Não deixa de ser paradoxal, contudo, que me empenhe nesse empreendimento assumindo como objeto de investigação justamente uma política pública que se propõe a sentenciar verdades unívocas sobre a legitimidade dessas práticas. Desde já, reconheço e assumo essa aparente contradição como um potente vetor de análise que estabelece o desafio, como sugeriu a antropóloga indiana Gayatri Spivak (1988), de compreender a multiplicidade das associações que constituem uma política, sem concebê-la monoliticamente.

Na tentativa de escapar de uma perspectiva monolítica sobre a política em questão, considero necessário refletir sobre como denominar as chamadas “terapias alternativas”. O modo de designar essas práticas terapêuticas tem importância por dois motivos principais: em primeiro lugar porque o emprego de certas categorias englobantes inscrevem prontamente as práticas analisadas em determinadas perspectivas teóricas – esse é o caso ao designá-las como “racionalidades médicas”, por exemplo; em segundo lugar porque alguns desses termos são sumariamente rejeitados por parte de “seus praticantes” – por exemplo, entre acupunturistas que recusam a categoria “terapia

³ Vale notar que nos países anglófonos, sobretudo por conta da tradição de pesquisas em antropologia médica, as investigações sobre terapias alternativas extrapolam o campo das ciências sociais da religião (Baer, 2004; Ross, 2013); observação semelhante também poderia ser feita para as pesquisas sobre o tema na França (Rabeyron, 1987).

alternativa” porque ela instauraria uma relação de divergência com a “terapia principal”. Por isso, opto aqui por uma saída terminológica que procura não invisibilizar essa tensão nominal permanente, fazendo uso do termo composto “terapias alternativas/complementares”. A solução é apenas parcial, mas serve para indicar o caráter instável e controverso da designação dessas práticas. Além disso, ao referir-me à categoria nessa forma, “terapias alternativas/complementares”, benefico-me da possibilidade de assinalar sua diferença em relação ao termo oficial, recentemente instituído, “práticas integrativas e complementares”. Mais do que diferenciá-los definitivamente, no entanto, estou interessado em explicitar que é preciso muito trabalho e empenho de leis, portarias, agentes estatais e regulações para transformar uma “terapia alternativa/complementar” em “prática integrativa e complementar”. Ao longo deste texto, portanto, quando utilizar o termo “PIC” estarei me referindo às práticas terapêuticas na condição de tratamentos já reconhecidos e oficializados pelo Estado. E, por conseguinte, por “terapias alternativas/complementares” designarei as práticas não descritas pelas políticas de PICs.⁴

O interesse por processos que instituem

Meu interesse inicial em conceber o processo de incorporação de terapias alternativas/complementares no Sistema Único de Saúde como um objeto de análise está relacionado com minhas pesquisas anteriores. Em *On the nature trail* (Toniol; Steil,

⁴ Reitero que essa é uma solução precária e esclareço que não emprego “terapias alternativas/complementares” para fixar as práticas terapêuticas não reguladas pelo Estado nesse par de oposição específico ou nos regimes de configuração que cada um dos termos (alternativo e complementar) admite. Aqui, “alternativo/complementar” foi a forma encontrada justamente para assinalar o caráter multiverso das configurações que essas terapias assumem. Também é preciso mencionar que há casos em que políticas estaduais e municipais reconhecem como PIC algumas terapias alternativas/complementares não identificadas como tal pela portaria nº 971 do Ministério da Saúde. Por isso também poderei alternar na consideração de uma mesma prática como PIC ou como terapia alternativa/complementar.

2015), estive às voltas com o estudo dos dispositivos burocráticos capazes de rotinizar práticas, enunciados e discursos em expedientes oficiais. Foi nessa chave que investiguei uma política pública paranaense que instituiu a prática de caminhadas na natureza, sobretudo em cidades do interior do estado, com o objetivo oficial de promover a diversificação de renda de pequenos produtores rurais. Para atrair caminhantes para a atividade e com vistas à valorização da paisagem da caminhada, os agentes estatais lançavam mão de uma série de dispositivos que estabeleciam relações entre a experiência de contato com uma “natureza revitalizante” e um tipo de ascese ecológica produtora de “bem-estar” (Toniol; Steil, 2015). Naquela obra ocupei-me do processo que instituía aquilo que chamamos de um idioma ecológico (Carvalho; Toniol, 2010), capaz de atribuir qualidades particulares à natureza – nesse caso específico, tratava-se de uma natureza descrita como original, restauradora e generosa. Durante o trabalho de campo, observando e participando dessas caminhadas, também encontrei inúmeros sujeitos que, a partir daquelas atividades promovidas no âmbito de uma política pública, haviam despertado o interesse por modalidades “mais naturais” de cuidado com a saúde. E foi ainda a partir dos relatos dos caminhantes sobre a experiência das caminhadas que passei a me interessar pela plasticidade e, ao mesmo tempo, permanência da categoria “espiritualidade” – que nesta tese adquirirá relevância em sua segunda parte.

Ao eleger as políticas de PICs como objeto de análise, portanto, retomo o interesse por *processos que instituem* e por temas com os quais já havia me deparado noutras investigações. Sem ter tido contato prévio com a maior parte dessas terapêuticas antes do início da pesquisa, foi no engajamento ao longo do trabalho de campo que passei a conhecer parte do extenso universo de terapias alternativas/complementares disponível tanto no SUS quanto em instituições privadas de atendimento. Minha primeira incursão

nesse universo, no entanto, ocorreu no âmbito dos debates sobre a legitimação e regulação dessas práticas na saúde pública e não em algum consultório ou centro holístico.

No início de 2012 participei do I Fórum Nacional de Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, evento organizado pelo grupo de pesquisa Racionalidade Médicas, sediado na Universidade Federal Fluminense, que reuniu acadêmicos, gestores e profissionais da saúde interessados nas PICs. As apresentações de trabalhos acerca das experiências de implementação das políticas de PICs em diferentes regiões do país serviram tanto para apontar o amplo conjunto de práticas com os quais apenas começava a me inteirar como também para que eu estabelecesse os primeiros contatos com gestores do Rio Grande do Sul empenhados na tarefa de regulamentar as práticas integrativas e complementares no estado.

De volta a Porto Alegre e com os contatos de médicos, enfermeiros e profissionais envolvidos com as PICs, iniciei um périplo entre as cidades gaúchas que tinham alguma experiência de oferta dessas terapêuticas no SUS. Fui a Santo Ângelo, Uruguaiana, Bagé, Porto Xavier e Erechim, além de outras localidades próximas a esses municípios onde permaneci por menos tempo. Como usuário, meu conhecimento sobre a própria dinâmica do Sistema Único de Saúde era, além de limitado, restrito a breves visitas a postos de saúde de grandes metrópoles. Assim, foi no interior do Rio Grande do Sul que pude conhecer, pouco a pouco, os meandros e caminhos percorridos pelos pacientes até terem acesso a uma consulta, a medicamentos ou mesmo a uma intervenção de emergência. Ao mesmo tempo, durante esses trabalhos de campos exploratórios, nos quais meus principais contatos eram os gestores das coordenadorias regionais de saúde e das secretarias municipais, também passei a compreender melhor os registros burocráticos da organização do SUS.

Sobre a oferta de terapias alternativas/complementares nas redes de atendimento público de saúde, encontrei a experiência de municípios como Santo Ângelo, que, por decreto, instituiu nos postos de saúde da cidade mais práticas integrativas e complementares do que previa a própria PNPIC. Assim como nessa investigação exploratória também me deparei com o relato de inúmeros enfermeiros e técnicos que procediam ao reiki, à acupuntura sem agulhas e receitavam florais sem o consentimento formal dos gestores em Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Na capital gaúcha, conheci inicialmente dois postos de saúde da rede pública que utilizavam essas terapêuticas, além de um projeto, dedicado à oferta de reiki a pacientes em tratamento contra o câncer, que funcionava em um hospital de alta complexidade. Em pouco mais de um mês e meio do início de minhas explorações de campo, ainda no primeiro trimestre de 2012, já havia mapeado um amplo conjunto de espaços de oferta de PICs no SUS. Naquele momento optei, então, por iniciar o trabalho de campo em três unidades de atendimento situadas na capital e que utilizavam PICs em seus serviços de saúde, além de manter visitas regulares às cidades de Uruguaiana e Severiano de Almeida, onde as PICs também eram empregadas. Desse conjunto, dois espaços não estarão descritos nos capítulos que seguem, o caso dos serviços de tai chi chuan em Uruguaiana e os atendimentos realizados no Ambulatório de Terapias Naturais e Complementares, localizado em Porto Alegre. Contudo, é preciso dizer que a experiência de trabalho de campo tanto em Uruguaiana quanto no ambulatório foram fundamentais para o amadurecimento de problemas e questões tratados ao longo desta tese.

Embora distintos, todos esses espaços de oferta de PICs no SUS estão substancialmente associados, seja pelas relações estabelecidas entre os terapeutas que atuam em cada um deles, seja pelos itinerários comuns percorridos pelos usuários ou, no

limite, pela própria articulação textual produzida pelas reflexões aqui apresentadas. Ainda assim, por mais que reconheça minha autoria na escolha de quais serviços de saúde seriam descritos e articulados nesta narrativa, insisto em sublinhar que os próprios atores que encontrei nos lugares em que fiz a pesquisa também foram autores do percurso que realizei em campo – não foram associações individualmente deliberadas, portanto. Foi a partir de uma paciente do Ambulatório de Terapias Naturais e Complementares, por exemplo, que cheguei até o Centro de Saúde Modelo (Capítulo 3), assim como foi por conta de uma médica daquele ambulatório que pude inserir-me na comissão responsável pela elaboração da Política Estadual de PICs (Capítulo 2) e foi acompanhando as terapeutas do ambulatório que me dirigi pela primeira vez a Severiano de Almeida (Capítulo 5). Finalmente, foram os integrantes da comissão encarregada de elaborar a Pepic os responsáveis pelas indicações iniciais que recebi para chegar até os serviços de oferta de reiki no Hospital Conceição (Capítulo 4).

O comentário anterior sobre a natureza da associação dos diferentes campos de pesquisa descritos neste trabalho não é trivial. Principalmente por duas razões. Primeiro pelo efeito de negação sobre o princípio de análise ao qual submeto os diferentes espaços aqui tratados: não se trata de justapor todos eles e daí derivar comparações, e tampouco o que está em jogo é uma análise que acompanha a noção de etnografia multissituada.⁵ A segunda razão da relevância do comentário anterior é que com ele indico a opção metodológica desta tese em reconhecer que a associação dos espaços

⁵ Refiro-me à noção de etnografia multissituada desenvolvida por autores como George Marcus (1998). Em seu entendimento, a mobilidade metodológica teria como principal benefício a possibilidade de dar conta de um “mesmo fenômeno” em diferentes espaços, o que habilitaria reflexões sobre os traços de continuidade e mais gerais do objeto investigado, sem perder de vista as particularidades locais. Minha resistência com tal perspectiva reside na ficção da “continuidade” do fenômeno observado. Alternativamente, opto por um arranjo metodológico que não pressupõe ou espera continuidade, mas que acompanha redes de conexões estabelecidas pelo próprio pesquisador, mobilizado por seus encontros ao longo da investigação.

aqui investigados é resultado, antes de tudo, de meu próprio percurso de pesquisa na relação com meus interlocutores. Opto por não concentrar a reflexão teórica dessa posição em um capítulo ou parte específica, apostando, assim, na elaboração de um texto cujos pressupostos e diálogos emergem na medida em que ele se desenvolve. Por ora, apenas aponto para o diálogo latente – e metodologicamente estruturante para esta pesquisa – com autores como John Law (2004), Annemarie Mol (2002) e Isabelle Stengers (2002).

Minha participação no cotidiano de cada um dos espaços descritos nos capítulos que seguem ocorreu entre março de 2012 e dezembro de 2013. No entanto, como pormenorizarei ao longo do texto, apesar de ter realizado observações sistemáticas em todos esses espaços, havia diferenças sensíveis em seus modos de organização que, por sua vez, impuseram a necessidade de assumir diferentes estratégias para a realização da pesquisa. Enquanto no Ambulatório da Dor e Acupuntura, por exemplo, acompanhei diretamente as consultas, os procedimentos e, em alguns momentos, até auxiliei os médicos com o preenchimento de prontuários, na UBS de Severiano de Almeida realizei todo o trabalho de campo na sala de espera, conversando com os pacientes e com os servidores, sem nenhum acesso às consultas. As variações na rotina da pesquisa continuam na comparação entre as reuniões da Comissão Estadual de Práticas Integrativas e Complementares (Cepic), realizadas quinzenalmente numa sala no prédio da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, e as observações realizadas no Hospital Conceição, onde o reiki era procedido enquanto os pacientes recebiam os medicamentos quimioterápicos.

A realização de trabalho em diferentes espaços de atendimento também está refletida na organização dos capítulos, uma vez que cada um deles privilegia os dados de um dos contextos pesquisados. Seguramente, o caso de todas essas unidades de

atendimento poderia ser desdobrado em análises aprofundadas, capazes de levantar questões igualmente pertinentes para os debates que aqui proponho. Contudo, no que segue, opto por privilegiar tópicos específicos, que se articulam em dois eixos principais, que detalharei a seguir.

Da estrutura

O primeiro eixo articulador desta tese, que abrange os Capítulos 1, 2 e 3, trata da *invenção das práticas integrativas e complementares*. A ideia de invenção assume aqui um papel central. A partir dela procuro assinalar a emergência dessa categoria englobante como resultado de um extenso processo burocrático, mediado por leis, regulações e políticas, que criou um regime particular para o enquadramento de algumas terapias alternativas/complementares. Ao mesmo tempo, afirmar que as PICs são inventadas é sublinhar que a categoria não simplesmente descreve terapêuticas que já estão aí, mas cria propriamente o que há para ser descrito. Inventar as PICs, portanto, refere-se tanto à produção de um registro burocrático estatal específico para essas práticas como ao trabalho envolvido em fazer com que terapias alternativas/complementares possam existir como PICs. Na primeira parte do trabalho procurarei desdobrar etnograficamente esses processos de invenção.

No Capítulo 1 concentro-me nos termos da política, isso é, privilegio o conjunto de normatizações que cercam as políticas de PICs buscando explicitar como algumas categorias operam nesses textos oficiais. Inicialmente me ocupo dos próprios termos que compõem a categoria englobante em questão, refletindo sobre o uso da ideia de *práticas*, e das noções de *integrativo* e de *complementariedade*. A partir dessa depuração analítica, que privilegia a própria PNPIC como objeto de reflexão, associo a

política às regulações de terapias alternativas/complementares que ocorrem noutros países. O argumento mais geral desse capítulo é o de que legitimar as práticas integrativas e complementares também é um ato de regulação. Trata-se, portanto, de pensar sobre como os termos da política trabalham para inventar as PICs.

Se no Capítulo 1 a ênfase é no texto da legislação que legitima/regula as PICs na sua forma acabada, no Capítulo 2 o objetivo é dar uma espécie de passo atrás e considerar o processo de produção da política de PICs. Para tanto, elaboro uma narrativa etnográfica das reuniões, realizadas quinzenalmente na sede da Secretaria Estadual da Saúde entre junho de 2012 e dezembro de 2013, as quais congregavam a comissão responsável por produzir a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares do Rio Grande do Sul. A partir dos múltiplos engajamentos dos agentes estatais, procurarei desdobrar os interesses e posicionamentos diante da pergunta “o que é uma PIC?”. Nesse capítulo buscarei mostrar como inventar as PICs não é somente um ato burocrático, orientado pela razão técnica, mas também é um processo envolvendo sujeitos, que estabelecem relações particulares com essas terapias. Relações que, enfim, não cabem no texto de uma política, mas que, ao fim e ao cabo, são capazes de determiná-la.

Também no Capítulo 2 detenho-me pela primeira vez na articulação entre espiritualidade, PICs e saúde, tema que norteará a segunda parte da tese. Nas reuniões da comissão encarregada pela elaboração da Política Estadual de PICs, o tema da espiritualidade foi tratado em diferentes encontros. Inicialmente, o tópico surgiu por conta da demanda pela inclusão de benzedeiros como agentes das PICs. A essa demanda seguiram-se o debate acerca dos indicadores da ciência sobre o assunto e referências a espiritualidade a partir da física quântica. Como resultado, apesar de o tema ter ocupado

os servidores da secretaria empenhados em elaborar a Política Estadual de PICs, no texto final da portaria que a instituiu, a menção à espiritualidade é singela.

O Capítulo 3 trata da relação entre práticas integrativas e complementares e biomedicina. O tópico, como mostrarei, é recorrente nas pesquisas dedicadas às terapias alternativas/complementares e contribui, nesse primeiro eixo, para explicitar que inventar as PICs também é inventar seu modo de relação com a “medicina hegemônica”. Realizarei essa análise a partir do caso do Ambulatório da Dor e Acupuntura, localizado em Porto Alegre. Dois grupos de terapeutas efetuam procedimentos com agulhas naquele espaço, um orientado pelos princípios da medicina tradicional chinesa (MTC) e outro pautado pela biomedicina. Para tratar das diferenças entre esses modos de proceder aos agulhamentos insisto numa narrativa etnográfica menos interessada em demarcar as divergências ontológicas entre biomedicina e MTC, e mais preocupada em explicitar como essas diferenças são instituídas na prática cotidiana dos atendimentos.

A segunda parte da obra compreende dois capítulos. Ela está dirigida ao tema dos vínculos entre espiritualidade, PICs e saúde. Ao contrário do Capítulo 2, onde tratarei do assunto tendo em vista o texto da Política Estadual de PICs, nos Capítulos 4 e 5 abordo o tópico a partir da etnografia dos atendimentos clínicos que utilizam PICs. Nesse caso, o que está em jogo não é a normatividade dessa possível cadeia de associações (espiritualidade, PICs e saúde), mas sim sua realização na prática clínica. Metodologicamente, argumentarei, nesses dois capítulos, pela necessidade de atenção à categoria espiritualidade em si, isso é, sem pressupô-la como uma extensão metonímica da religião. Isso não significa negar a relação entre essas categorias (religião e espiritualidade), mas problematizar suas associações privilegiando justamente aquilo que há de variável nelas, sem estabilizá-las em domínios fixos, portanto. A pergunta que

pauta os dois capítulos, “o que pode a espiritualidade?”, indica precisamente que estou menos interessado em definir o que seja espiritualidade e mais preocupado em analisar e descrever como essa categoria tem sido articulada e tem mobilizado atores e instituições dedicadas à promoção de saúde e aos cuidados com ela.

No Capítulo 4 coloco em perspectiva o modo pelo qual a ideia de espiritualidade é acionada por médicos, por terapeutas, pelos enfermeiros que atuam no setor oncológico do Hospital Conceição, bem como pelos pacientes de quimioterapia que são tratados nesse espaço. Na sala de quimioterapia dessa unidade, o reiki é procedido enquanto as medicações quimioterápicas são administradas aos pacientes. Para o médico diretor do setor, a oferta da terapêutica tem uma dupla justificativa: respalda-se em pesquisas que certificam a espiritualidade como fator determinante para recuperação de pacientes com câncer, ao mesmo tempo em que também permite diminuir o número de usuários que abandonam o tratamento por razões religiosas. No entanto, apesar dos argumentos médicos, para alguns pacientes é justamente a qualidade de tratamento da dimensão espiritual da saúde que os faz recusar a terapia. Nesse capítulo analiso alguns dos desdobramentos do uso terapêutico do reiki, apresentando, a partir disso, a emergência de algumas configurações que associam o espiritual, o religioso e o secular no âmbito de um hospital público.

A possibilidade de encontrar associações entre espiritualidade, PICs e saúde está em parte baseada no entendimento de que o uso dessas práticas terapêuticas é o modo privilegiado de atentar para a “dimensão espiritual da saúde”, descrita pela OMS em alguns de seus documentos oficiais. No Capítulo 5, é justamente essa afinidade entre PICs e cuidados com a espiritualidade que tematizo. E o faço a partir do caso dos atendimentos realizados na pequena cidade de Severiano de Almeida, no interior do Rio Grande do Sul. Naquele município, a atenção à espiritualidade constituiu-se como um

eixo central do projeto de reestruturação da dinâmica das consultas e dos atendimentos procedidos na UBS local. Ocorre que, na cidade, os cuidados com a espiritualidade estabeleceram-se na clínica e, com isso, dois profissionais, experts no espírito, foram contratados pela Secretaria da Saúde. Atuando sob os marcos das políticas de PICs, esses terapeutas nos permitem enunciar de modo explícito a pertinência de deslocarmos a pergunta sobre *o que é espiritualidade* para, em contrapartida, privilegiarmos reflexões sobre *quem pode dizer o que é espiritualidade quando ela se torna um assunto de saúde*. Assim como no Capítulo 4, na etnografia sobre o caso de Severiano de Almeida, as relações entre espiritualidade e religião adquirem relevância. Dessa vez, no entanto, as categorias sobrepõem-se na medida em que agentes religiosos são reconhecidos como experts nos cuidados com a dimensão espiritual da saúde.

Por fim, uma palavra sobre o título da tese. Em princípio, ele se inspira no manifesto escrito pelo pintor russo Wassily Kandinsky, intitulado *Do espiritual na arte*.⁶ A importância desse texto para os argumentos deste trabalho, como mencionarei no Capítulo 4, assenta-se justamente no uso da ideia de espiritualidade, assumida como categoria central para o movimento abstracionista – ele próprio emblemático da modernidade (desencantada?) no Ocidente.

Com o título, *Do espírito na saúde*, procuro remeter fundamentalmente à cadeia de associações que articula PICs, espiritualidade e saúde – discussão a que me deterei sobretudo na segunda parte deste trabalho. De modo ambivalente, ele busca apontar tanto para o interesse no reconhecimento da dimensão espiritual na saúde dos sujeitos

⁶ Na capa, além da referência à Kandinsky por meio do título do trabalho, também reproduzo uma de suas obras, *Composição VII*, datada de 1913.

atendidos pelas PICs quanto para o reconhecimento da espiritualidade como um tópico pertinente na gestão da saúde pública.⁷

⁷ Em comum acordo com os interlocutores deste trabalho, utilizei nomes fictícios na etnografia que segue.

Parte I

A invenção das práticas integrativas e complementares

Os conceitos não nos esperam inteiramente feitos, como corpos celestes. Não há céu para os conceitos. Eles devem ser inventados, fabricados ou antes criados, e não seriam nada sem a assinatura daqueles que os criam.

Gilles Deleuze e Felix Guattari, *O que é a filosofia?*

Capítulo I

Os termos da política

No dia 20 de dezembro de 2013 o Estado do Rio Grande do Sul aprovou a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares (Pepic/RS). Em conformidade com o texto produzido por uma comissão formada por técnicos e especialistas no tema, a Secretaria da Saúde publicou a portaria que assegurou a implementação das seguintes práticas na rede de atenção à saúde do estado:⁸ terapia floral, reiki, práticas corporais integrativas, terapias manuais e manipulativas, terapia comunitária e dietoterapia. Além disso, o mesmo documento ainda recomendou a inserção de meditação, cromoterapia, musicoterapia, aromaterapia e geoterapia nos atendimentos em postos de saúde, ambulatórios e hospitais gaúchos. A essas práticas terapêuticas, somam-se aquelas que já haviam sido referendadas em 2006, quando a Política Nacional de Práticas

⁸ Algumas das terapias alternativas/complementares citadas ao longo deste trabalho estão descritas no glossário.

Integrativas e Complementares (PNPIC) estabeleceu as diretrizes para a implementação da fitoterapia, da acupuntura, da homeopatia, da crenoterapia (termalismo) e da medicina antroposófica, em toda a rede do Sistema Único de Saúde (SUS) do país.⁹

Assim como o Rio Grande do Sul, outros estados também aprovaram suas próprias políticas de práticas integrativas e complementares (PICs) e, com isso, acrescentaram novas práticas àquelas já previstas no texto da nacional. É o caso de Minas Gerais, Santa Catarina, Rio Grande do Norte e Espírito Santo, para citar apenas alguns exemplos. Na esteira da PNPIC, ainda ocorreu o lançamento de uma série de leis e de portarias municipais dedicadas a essas práticas terapêuticas. A prefeitura de Santo Ângelo, cidade do interior do Rio Grande do Sul, por exemplo, instituiu, por meio de decreto de lei, o Programa Municipal de Terapias Naturais. Tal programa tem como principal objetivo implementar, nas unidades de saúde da cidade, atendimentos baseados em práticas como: a bioterapia, a bioenergética, a iridologia, a hipnose, a alfaterapia, a oligoterapia, a radiestesia, entre outras (Santo Ângelo, 2012).

A publicação da PNPIC, em 2006, ensejou estados e municípios a produzirem suas próprias políticas e diretrizes relativas à oferta e ao uso das PICs no SUS. Por ora, evitarei discutir a efetividade de cada uma dessas políticas ou avaliar se elas tiveram ou não repercussões concretas na rotina das unidades de atenção à saúde do país. Neste capítulo, meus objetivos estão referidos aos próprios termos que essas políticas de promoção de PICs acionam e aos quais recorrem para legitimar e, ao mesmo tempo, para regular, o que denominam de “práticas integrativas e complementares”. Trata-se de assumir como ponto de partida o entendimento de que, no mesmo passo em que as políticas públicas dedicadas às PICs legitimam essas terapias como parte do serviço

⁹ Como afirmei na introdução, a PNPIC foi instituída no Brasil por meio da portaria nº 971 do Ministério da Saúde.

oficial de saúde, elas também as inscrevem num regime de classificação e de regulação específico. Assim, tomando como referência sobretudo a PNPIC, problematizarei os termos da política, isto é, as categorias mobilizadas para justificar e enquadrar a oferta dessas práticas no SUS.

Sublinho desde já que as características desse empreendimento analítico permitem que ele opere em duas dimensões. Na primeira, as reflexões sobre os termos da política dão acesso a aspectos centrais para a compreensão do funcionamento e dos modos de regulação instituídos por meio da PNPIC. Nessa dimensão o movimento analítico é o de depuração do texto da política em si. A segunda dimensão dessa análise refere-se ao fato de que, na medida em que as regulações produzidas pela política de PICs são tornadas objetos de reflexão, essa própria política é inscrita num quadro mais geral das inúmeras outras formas de classificação e de regulação que incidem sobre essas terapias. Ou seja, trata-se da possibilidade de explicitar como tal política situa-se diante de inúmeros outros regimes de regulação dirigidos às PICs. Afinal, demarcar o lugar das práticas de saúde que se encontram fora dos marcos da biomedicina¹⁰ é, pelo menos desde o século XIX, uma ação permanente no Ocidente, que conta com o empenho do Estado, de associações médicas, de juristas, de acadêmicos e de muitos outros atores e instituições.

Enquanto instrumento de regulação, a PNPIC produz uma série de demarcações. A mais evidente é a própria categoria englobante “práticas integrativas e complementares”. O termo foi criado pelos membros da comissão encarregada de elaborar aquela política e compete com uma extensa lista de outros, tais como terapias “alternativas”, “complementares”, “naturais”, “paralelas”, e ainda medicinas “românticas”, “complementar e alternativas”, “não hegemônicas” ou “não formais”. Se,

¹⁰ Por biomedicina considero, tal como Octavio Bonet (2004, p. 28), o conjunto das representações e práticas que, na cultura ocidental moderna, tem preeminência no tratamento dos processos de saúde-doença com priorização da ordem biológica.

por um lado, todas essas categorias convergem em alguns aspectos sobre as práticas que designam, por outro, sua multiplicidade não levanta apenas um problema de ordem nominalista. Elas também indicam relações específicas com o Estado e com suas modalidades de regulação que definem como e quem está autorizado a tratar, a diagnosticar e a curar. Como afirmou a antropóloga Waleska Aureliano (2011), em sua tese de doutorado, a dificuldade em construir classificações englobantes para essas “outras medicinas” está relacionada não apenas à pluralidade de práticas a que se referem, mas, sobretudo, ao fato de que elas implicam modos distintos de relação com os espaços oficiais de saúde. Esses, por sua vez, baseados nos modos diferenciados com que construíram e negociaram historicamente sua legitimidade diante do Estado (Aureliano, 2011, p. 168).

Na primeira seção deste capítulo, deter-me-ei na produção da categoria “práticas integrativas e complementares”, sublinhando alguns de seus efeitos e as justificativas acionadas para instituí-la. Na segunda parte do texto, inscreverei a PNPIC no campo da história recente da saúde pública no Brasil e destacarei o papel que alguns conceitos e intelectuais tiveram no processo de elaboração e de legitimação da Política Nacional de PICs. Por fim, na terceira parte do capítulo, ampliarei o escopo de análise para apresentar como a PNPIC está relacionada com acordos e resoluções produzidos no âmbito da Organização Mundial da Saúde (OMS), bem como delinearei algumas semelhanças e diferenças entre a política brasileira e modelos de legitimação/regulação das terapias alternativas/complementares instituídos noutros países.

Práticas, integrativas e complementares

Em setembro de 2003, durante a gestão de Humberto Costa, primeiro ministro da saúde do governo Lula, uma comissão de técnicos, médicos e especialistas em terapias alternativas/complementares foi engajada na tarefa de produzir uma política nacional de saúde relativa ao tema. Quase dois anos depois, em fevereiro de 2005, essa comissão elaborou o texto com a proposta da Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares (Brasil, 2005), e o submeteu às câmaras técnicas dos conselhos nacionais, de secretarias estaduais e municipais de saúde e à Comissão Intergestores Tripartite. Meses depois, em setembro, o documento foi apresentado, em reunião ordinária, ao Conselho Nacional de Saúde (CNS) e à Comissão de Vigilância Sanitária e Farmacológica. Nessas duas instâncias, a política foi aprovada com restrições de ordem técnica e outras relativas ao seu nome. A médica Carmem de Simoni, que participou do grupo responsável pela elaboração da política e que, posteriormente, no período de implementação, foi sua primeira coordenadora, comentou o problema apontado pelo CNS com relação ao nome inicialmente atribuído à política e a solução encontrada para resolvê-lo:

Até aí o nome era Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares. Quando chegou no Conselho [CNS], o nome “medicina” não passou. Isso pelas mesmas questões que caem sobre a medicina chinesa. Enfim, não passou. Eles disseram: “Ah! Vocês querem passar a política?” Sim, nós queríamos. “Então tem que trocar o nome!” Nós falamos: “Tudo bem, a gente troca.” Pois bem, aí entramos numa salinha, cinco pessoas, e começamos a pensar no nome. Lá pelas tantas um [uma pessoa] entrou na sala e falou: “Mas tá muito demorado esse negócio. Por que vocês não colocam Práticas Integrativas?” E foi assim que aconteceu. Foi Divaldo Dias quem deu o nome para a política, quando entrou naquela salinha. E foi um nome muito bom! (Carmem de Simoni, em entrevista concedida em maio de 2013).

Com o novo nome e com as alterações técnicas solicitadas incorporadas ao texto, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em fevereiro de 2006 e a portaria que a instituiu foi publicada em 3 de maio daquele mesmo ano (Brasil, 2006b).

O caso, que parece anedótico, da escolha quase aleatória do nome da PNPIC é indicativo das decisões contingenciais e nem sempre pautadas por princípios técnicos e de racionalização burocrática do Estado que acompanham os processos de elaboração de políticas públicas. Explorarei melhor essas questões no Capítulo 2, quando descreverei o cotidiano da produção da Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares do Rio Grande do Sul. Aqui, menciono o caso para sublinhar que o título da política, ou os termos nele empregados, foram condição para que o documento fosse aprovado. E, uma vez promulgada, a PNPIC instituiu, a partir desses mesmos termos, um regime de regulação das terapias que descreve. A seguir tratarei de cada uma das palavras que intitulam a política. Para tanto, usarei como recurso analítico alguns jogos de oposição entre os termos utilizados na PNPIC e outros que são empregados noutros regimes de regulação das terapias alternativas/complementares.

Práticas e medicina; complementar e alternativo

Em meados de 2009 o Sindicato Médico do Rio Grande do Sul (Simers) impetrou uma ação civil pública contra a Escola Superior de Ciências Tradicionais e Ambientais (Escam), que funciona como centro de formação em “medicinas naturais” em Porto Alegre. Nos autos do processo, consta que as alegações do Sindicato Médico contra a Escola dizem pouco respeito ao conteúdo dos cursos lá oferecidos e estão mais associadas ao uso do termo “medicina” nos materiais de divulgação dos serviços prestados pela Escam, mesmo que sempre acompanhado das palavras “tradicional” ou

“natural”. O termo “médico”, como descrito no relatório do desembargador que julgou o caso em questão, “é apenas para quem possui formação e inscrição junto ao conselho profissional competente”.¹¹ Ainda argumentando nesse sentido, numa das decisões judiciais, o voto do mesmo desembargador advogou pela “abstenção da Escola de utilizar em suas propagandas a expressão ‘médico’ ou ‘medicina’”.¹²

No mesmo ano de 2009 o Simers lançou uma campanha publicitária, transmitida no rádio, na televisão e na mídia impressa, cujo conteúdo era:

Tendo em vista o recente oferecimento de cursos de “Medicina Tradicional”, “Ayurvédica”, “Ambiental”, “Chinesa” e “Ecológica”, entre outras, o SIMERS informa:

1. A Medicina é única. Para exercê-la no país, é necessário atender à legislação educacional e ter registro no Conselho Regional de Medicina.
2. Qualquer outro exercício da Medicina é ilegal, delito punido com pena de prisão, conforme o art. 282 do Código Penal. [...] A Verdade faz bem à Saúde. (Simers, 2009).

O monopólio do termo “medicina” no Brasil tem uma larga trajetória, que se confunde com o próprio estabelecimento dos médicos enquanto categoria profissional no país (ver Salles, 2004). Como já mostraram outros autores, no último século, o exercício da medicina e o título de médico já foram “defendidos” de charlatães, de médiuns, de religiosos, de curandeiros e de muitos outros que tentaram se apropriar deles (ver Giumbelli, 1997; Maggie, 1992; Weber, 2003). O caso descrito também é apenas um exemplo de uma extensa série de outros possíveis, em que o uso dos termos foi negado a terapeutas holísticos. A ele poderíamos associar o imbróglio, mencionado por Carmem de Simoni, sobre a denominação “*medicina* tradicional chinesa” para designar o exercício de técnicas e de procedimentos não reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) no Brasil, por exemplo.

¹¹ Apelação cível nº 0033780-12.2006.404.7100/RS.

¹² Ação civil pública nº 2006.71.00.033780-3/RS.

Diante dessa controvérsia, fica evidente o modo pelo qual o emprego do termo “práticas” na PNPIC é um recurso para evitar a categoria “medicina”, acerca da qual o domínio e monopólio dos “médicos” é reiteradamente assegurado pelo Estado. Reconhecer as terapias como “prática” teve um valioso efeito para a aprovação e legitimação da PNPIC, situando-a, ao menos no que se refere à nomeação – o que, como vimos, não é pouco – fora dos marcos que regulam a medicina no Brasil. A mudança de nome, de “medicina natural” para “práticas integrativas e complementares” foi, assim, essencial para que a PNPIC adquirisse a capacidade de produzir suas próprias regulações sobre as terapias alternativas/complementares sem que, de saída, essas “práticas” fossem denunciadas por apropriação (dos termos) da medicina.

A noção de complementariedade, por sua vez, é constantemente acionada como um termo englobante capaz de designar o amplo conjunto de práticas terapêuticas compreendidas pelas políticas de PICs. Situar as terapias apoiadas e oferecidas no SUS como práticas complementares significa estabelecer as PICs a partir de um modo de relação específico com aquilo que ela complementa, mais precisamente, com a biomedicina. Nesse caso, a complementariedade não descreve algo que seja da ordem do conteúdo substancial das terapias, mas trata-se de uma categoria que explicita como essas terapias devem se relacionar com outras modalidades de atenção à saúde. Há, portanto, uma relação hierárquica implícita no termo e que, em certo sentido, contrapõe-se àquilo que aponta a designação “terapias alternativas”. As práticas reguladas pela PNPIC são complementares e não alternativas porque devem estar aliadas ao tratamento biomédico e com ele compatibilizadas, e não serem alternativas a ele. Como mostrarei nos próximos capítulos, embora a explicitação do caráter complementar das PICs seja essencial para que elas sejam reconhecidas por instâncias técnicas dos órgãos de gestão em saúde, no cotidiano dos postos de saúde, ambulatórios e hospitais que acompanhei,

essa dimensão complementar das PICs é o tempo todo colocada em xeque e subvertida, fazendo, por exemplo, com que a biomedicina seja complementar a elas, e não o contrário.

Se, por um lado, a categoria “complementar” submete as terapias/práticas/medicinas que descreve às modalidades de atenção à saúde que são por elas complementadas, por outro, pesquisadores que se detiveram na análise da categoria têm sublinhado a incongruência ou mesmo inoperância do ideal da complementariedade em algumas situações (Willis; White, 2004). Isso porque nem todas as associações de práticas terapêuticas “complementares” com a biomedicina permitem que o princípio da complementariedade, enquanto uma espécie de política de coexistência harmoniosa entre diferentes modos de tratamento, seja mantido. É o que sugere Ruth Barcan (2011) ao descrever a impossibilidade de articulação, por exemplo, entre terapias para aumento da fertilidade baseadas em dietas de desintoxicação de produtos industrializados e os tratamentos biomédicos para o mesmo fim, que estão atrelados ao consumo de medicamentos alopáticos.

Na PNPIC a complementariedade não é uma qualidade que varia situacionalmente, isto é, conforme a capacidade de associação dos modelos terapêuticos empregados numa situação específica. Antes disso, trata-se de uma política da complementariedade que, por decreto, deverá sempre prevalecer, independentemente das formas ou dos princípios das terapias em questão. Quando inscritas no regime da política da complementariedade, as terapias abrem mão, ao menos no plano formal, da possibilidade de tornarem-se alternativas (à biomedicina, principalmente). Além dessa diferenciação mencionada entre os dois termos – complementar e alternativo –, é preciso sublinhar que a opção pelo primeiro no lugar do segundo na Política Nacional de PICs também está relacionada com a densa carga histórica que a ideia de “terapias

alternativas” tem no país. Isso porque ela está associada, sobretudo, a práticas esotéricas, com pouca comprovação científica e com baixa aceitação entre os profissionais da saúde. Aqui quero apenas sublinhar que evitar a categoria “alternativo” também significou a possibilidade de, ao menos em um primeiro momento, deslocar as PICs do universo de referências esotéricas, operando assim uma nova possibilidade de alinhamento dessas práticas, que passaram a ser aproximadas do campo da medicina legítima e oficial.

Conforme tenho argumentado, os termos “práticas” e “complementar” empregados na PNPIC são categorias englobantes que inscrevem as terapias às quais se referem num regime de legitimação e de regulação específico. Esses termos pouco dizem sobre as características das terapias em si. Ao invés disso, estabelecem como elas devem se relacionar com outras modalidades terapêuticas.

Dos termos utilizados para nominar a política resta ainda um, “integrativas”. Sugiro que ele tem um estatuto diferenciado dos outros dois até aqui descritos porque não diz respeito somente à relação entre as PICs e a biomedicina, mas também é relativo ao modo pelo qual essas terapias se integram ao Sistema Único de Saúde. Ao mesmo tempo, como mostrarei a seguir, é um termo-chave para fazer referência, sem ser explícito, a uma ideia central para essas práticas terapêuticas, a saber: o holismo.

Integralidade, SUS e holismo

O Sistema Único de Saúde foi instituído em 1990 por meio do decreto da lei nº 8.080/90 (Brasil, 1990), que dispõe sobre os objetivos, as atribuições, as diretrizes, a organização e a gestão dos serviços de saúde no Brasil. Esse documento ainda estabelece, em seu capítulo II, que são três os princípios fundamentais do SUS: universalidade, equidade e integralidade. O primeiro refere-se à “universalidade de

acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência”, o segundo diz respeito à garantia da “igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie” (Brasil, 1990). Quero deter-me no terceiro princípio, o da “integralidade”, cuja definição no decreto citado estabelece-o como um modelo “de assistência, entendido como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (Brasil, 1990). Integralidade, nessa configuração, é um atributo do modelo de atenção à saúde que estipula, em um primeiro momento, a integração, em cada atendimento, de diferentes instâncias do SUS, da prevenção de riscos e agravos à assistência e recuperação. Como afirmou Carmen Teixeira (2011, p. 7-8), pesquisadora do Instituto de Saúde Coletiva, da Universidade Federal da Bahia, num texto disponibilizado pelo Ministério da Saúde:

Um modelo “integral”, portanto, é aquele que dispõe de estabelecimentos, unidades de prestação de serviços, pessoal capacitado e recursos necessários à produção de ações de saúde que vão desde as ações inespecíficas de promoção da saúde em grupos populacionais definidos, às ações específicas de vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica dirigidas ao controle de riscos e danos, até ações de assistência e recuperação de indivíduos enfermos, sejam ações para a detecção precoce de doenças, sejam ações de diagnóstico, tratamento e reabilitação.

Fora dos marcos estritamente formais do princípio da integralidade no Sistema Único de Saúde, estabelecidos pela lei nº 8.080/90 (Brasil, 1990), essa categoria possui uma longa trajetória política na luta pela oferta de saúde pública no Brasil, e também acadêmica, tendo sido o principal eixo analítico para um significativo número de projetos de pesquisa.¹³

¹³ Entre os projetos de pesquisa aos quais me refiro destaco aqueles produzidos no âmbito do Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (Lappis), sediado atualmente no Instituto de Saúde da Comunidade da Universidade Federal Fluminense (Pinheiro; Mattos, 2006; Pinheiro; Silva Junior; Mattos, 2008).

As origens do debate sobre o tema no país remontam “à própria história do Movimento de Reforma Sanitária, que, durante as décadas de 1970 e 1980, abarcou diferentes movimentos de luta por melhores condições de vida, de trabalho na saúde e pela formulação de políticas específicas de atenção aos usuários” (Pinheiro, 2009). Quando compreendida a partir desses movimentos, integralidade diz respeito a uma espécie de noção-amálgama, como sugeriu Ruben Mattos (2006, p. 46), diante da qual não se deve “buscar definir de uma vez por todas, posto que desse modo poderíamos abortar alguns dos sentidos do termo e, com eles, silenciar algumas das indignações de atores sociais que conosco lutam por uma sociedade mais justa”. Para Kenneth Camargo (2003) a inexistência de uma definição de fato sobre o que seria a “integralidade” é, ao mesmo tempo, uma fragilidade e uma potencialidade da categoria. Essa (in)definição parece estar bem acomodada na sentença de outro pesquisador do tema, José Ricardo Ayres (2006, p. 11, grifo meu): “O princípio da universalidade nos impulsiona a construir o acesso para todos, o da equidade nos exige pactuar com todos o que cada um necessita, mas *a integralidade nos desafia a saber e fazer o ‘quê’ e ‘como’ pode ser realizado em saúde para responder universalmente às necessidades de cada um*”.

Diante do reconhecimento dessa indefinição do termo, a saída analítica proposta por autores como Ruben Mattos (2006) tem sido a de identificar os usos e, portanto, os sentidos da integralidade situacionalmente. Recupero essas considerações sobre a categoria integralidade para tratar do termo “integrativo”, que compõe o nome da PNPIC. Embora os termos não sejam necessariamente sinônimos, o uso da categoria “integrativo” na PNPIC remete, por vezes, à integralidade, enquanto princípio do SUS. Nesse sentido, integrativo parece ser outra repercussão do caráter indefinido da integralidade.

O termo “integrativo” foi incorporado à PNPIC por sugestão de um dos membros presentes no Conselho Nacional de Saúde, durante o processo de aprovação da política. Na ocasião, conforme a ata da 160ª reunião do CNS, o médico Francisco das Chagas Monteiro, apresentou, em nome do Conselho Federal de Medicina, a sugestão

[...] de substituir o termo “Política de Medicina Natural” por “Política de Medicina Integrativa”, que consiste na medicina que utiliza o conhecimento científico convencional agregado ao conhecimento tradicional (milênar ou centenário), também científico, excluindo práticas alternativas baseadas em credíces, mitos e magias e está associada a modelos terapêuticos complementares, tais como acupuntura, homeopatia e fitoterapia, acrescida de modelos propedêuticos tais como a medicina antroposófica. (Conselho Nacional de Saúde, 2005).¹⁴

Integrativo, nesse caso, refere-se à qualidade de uma prática que *integra* conhecimentos científicos e tradicionais, mantendo-os, no entanto, a salvo de credíces. A sugestão foi aceita e o termo incorporado no título da política. No texto da portaria, contudo, e para a primeira coordenadora nacional da PNPIC, o sentido a ele atribuído pouco remete aquilo que propunha o conselheiro do CNS.

Essa ideia do integrativo é ambivalente. Primeiro é o princípio da integralidade do SUS, que é a visão de uma política que tenta compreender a inserção social, econômica e cultural da criatura na sociedade. Mas junto e simultaneamente, integrativo também é a visão holística que essas terapias têm sobre o indivíduo. Isso tá lá na política. (Carmem de Simoni, em entrevista concedida em maio de 2013).

A primeira dimensão mencionada por Carmem aparece logo na frase inicial da apresentação da PNPIC, escrita e assinada pelo então ministro José Gomes Temporão:

¹⁴ Ao longo dos debates sobre o nome da política, portanto, ela passou de “Política de Medicina Natural” para “Política de Medicina Integrativa”, por sugestão de Francisco Chagas Monteiro. Posteriormente uma nova mudança ocorreu, por sugestão de Divaldo Dias, e a resolução foi batizada de “Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares”.

No cumprimento de suas atribuições de coordenação do Sistema Único de Saúde e de estabelecimento de políticas para garantir a integralidade na atenção à saúde, o Ministério da Saúde apresenta a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS, cuja implementação envolve justificativas de natureza política, técnica, econômica, social e cultural. (Brasil, 2006a, p. 4).

Nesse plano, a associação entre a Política de Práticas Integrativas e Complementares, e o princípio da integralidade do SUS está fundada nas características da própria política.

Noutros trechos do documento, no entanto, esse sentido desloca-se e passa a servir não para justificar a PNPIC no SUS, mas sim para fazer referência ao modo pelo qual os sujeitos tratados pelas PICs são compreendidos como um *ser integral*. Noutras palavras, integrativo/integralidade deixa de ser uma qualidade da PNPIC para se tornar a perspectiva a partir da qual o usuário da política é concebido pelas práticas terapêuticas por ela promovidas.

Ao atuar nos campos da prevenção de agravos e da promoção, manutenção e recuperação da saúde baseada em modelo de atenção humanizada e centrada *na integralidade do indivíduo*, a PNPIC contribui para o fortalecimento dos princípios fundamentais do SUS. (Brasil, 2006a, p. 4-5, grifo meu).

Considerando o *indivíduo na sua dimensão global* [...], a PNPIC corrobora para a *integralidade da atenção à saúde* [...]. (Brasil, 2006a, p. 5, grifo meu).

Práticas Integrativas e Complementares são práticas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, que pressupõe o usuário/paciente na sua *integralidade física, mental, emocional, social, ambiental e espiritual*. (Rio Grande do Sul, 2013, p. 15, grifo meu).¹⁵

As categorias integralidade e integrativo dirigidas ao sujeito aproximam-se, assim, de um conceito central para as terapias alternativas/complementares: o holismo. Em que pesem as diferenças no entendimento sobre como o holismo pode ser abordado

¹⁵ Esse último trecho, extraído da Pepic/RS, explicita o caráter não restrito à Política Nacional de PICs que a associação entre “integralidade” e o modo holístico de tratamento do sujeito tem nas políticas de PICs.

terapeuticamente (Kemp; Lewis, 2007, p. 119), o uso do termo indica a oposição às terapias e perspectivas médicas que concebem a possibilidade de tratamento dos sujeitos de forma fragmentada por especialistas numa única parte do corpo. A tal articulação entre integralidade, integrativo e holismo, além de implícita em alguns trechos dos textos das políticas de PICs, também é referida por terapeutas que atuam no SUS. Esse é o caso de Rui, mestre de tai chi chuan, que dirige sessões de terapias corporais e de meditação nos postos de saúde de Uruguaiana, cidade no interior gaúcho, que, quando perguntado sobre as mudanças que a criação da PNPIC teve para a sua prática cotidiana, referiu-se a elas da seguinte forma:

O que mudou mesmo foi que agora incorporamos um monte de palavras que [...] dialogam melhor com a medicina e com o SUS. Quando comecei a fazer tai chi e a me aproximar das terapias só se falava em holismo. Agora, com a PNPIC, a gente opta por falar em integrativo, até porque é um princípio [do SUS]. (Rui Machado, em entrevista concedida em junho de 2013).

O movimento apontado por Rui interessa na medida em que aponta para o efeito da promulgação da PNPIC no modo de descrever e, no limite, de estabelecer as terapias alternativas/complementares no SUS. Certamente esses efeitos não são absolutos, mas explicitam que os termos da política extrapolam as margens do texto da política. Com relação à categoria “integrativo”, como procurei demonstrar, seu uso na PNPIC opera em, pelo menos, três níveis. Primeiro, está relacionado com as avaliações que o Conselho Nacional de Saúde fez acerca da política. Originalmente, conforme a sugestão inicial dos conselheiros do CNS, o caráter integrativo da PNPIC faria referência a qualidade *integradora* dessas práticas terapêuticas que poderiam aliar “conhecimento tradicional e científico”. No texto da política, no entanto, integrativo associa-se com o *princípio da integralidade* do SUS, de modo que a PNPIC encontraria, nos próprios termos que instituem a oferta de saúde pública no Brasil, respaldo e legitimidade. A

esses dois sentidos sobrepõe-se ainda um terceiro, que relaciona as categorias integrativo e integralidade ao *holismo*.¹⁶ Opto por visibilizar esses três sentidos sobrepostos sem sugerir que um ou outro tenha adquirido contornos definitivos, privilegiando, assim, justamente o que há de indefinido nessas categorias.

Na próxima seção seguirei tratando da Política Nacional de PICs, mas farei isso tomando como ponto de partida os próprios eventos históricos e as referências que estão nela citadas. Assim, assumirei a cronologia oficial que culmina com a PNPIC como objeto de reflexão.

Práticas integrativas e complementares além da PNPIC

Retomar a trajetória da regulação/legitimação da oferta de terapias alternativas/complementares nos serviços de saúde no Brasil pode ser uma tarefa tão extensa quanto reconstituir o próprio estabelecimento da medicina no país. Afinal, perspectivadas num plano de longa duração, essas práticas terapêuticas podem ser associadas, por exemplo, com o secular preparo e uso popular de emplastos e de chás, com as disputas entre práticos e médicos no início do século XX, bem como com os debates envolvendo o ensino da homeopatia nas faculdades de medicina no período em que essas instituições estavam se estabelecendo.¹⁷ Não pretendo empreender um movimento de análise histórica com essa amplitude, trabalho realizado por autores como Pedro Salles (2004), meu foco aqui está circunscrito aos eventos que, no próprio texto da PNPIC, estão

¹⁶ Recentemente Ruben Mattos (2006) mencionou a possível associação entre a ideia de integralidade e o movimento pela medicina integral. Opto aqui por privilegiar a ideia de holismo por entender que, na PNPIC, é ao princípio do holismo que a categoria integralidade associa-se e não ao movimento organizado e institucionalizado da medicina integral.

¹⁷ Para uma descrição do uso medicinal popular de chás e emplastos ver Melvina de Araújo (2002). Sobre as disputas entre práticos e médicos, e sobre controvérsias no ensino da medicina no início do século XX, ver Feuerwerker (1998).

destacados como essenciais e até mesmo condicionantes para a produção da política. Tais eventos constituem uma espécie de cronologia oficial dos processos de legitimação e de regulação das terapias alternativas/complementares no Brasil.¹⁸ Com isso, o objetivo não é reificar essa cronologia que culmina com a PNPIC, mas sim explorar as diferenças nos modos pelos quais alguns dos “pontos” dessa linha histórica trataram as terapias alternativas/complementares. O que está em jogo é dar visibilidade às diferenças entre aquilo que é apresentado como se fosse parte de um único processo. Para isso dividirei os eventos descritos pela PNPIC em dois grupos. O primeiro concentra os movimentos de demanda pela incorporação das terapias alternativas/complementares no SUS. Já o segundo diz respeito aos processos de regulação que incidiram sobre o uso e a oferta dessas terapias nos serviços públicos de saúde. Aos movimentos de demanda e de regulação quero ainda acrescentar um terceiro eixo que forneceu, conforme a narrativa oficial da PNPIC, as condições e os subsídios para que a política fosse produzida nos termos de sua publicação, o conceito de racionalidades médicas.

As demandas pelas terapias alternativas/complementares

O cenário da abertura democrática no Brasil durante a década de 1980 aliado à expectativa do início do processo constituinte, que seria concluído com a promulgação da nova Constituição em 1988, marcaram o momento histórico da realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986. O evento, seguindo o modelo dos anteriores, foi precedido pelas conferências preparatórias estaduais e municipais, e reuniu mais de

¹⁸ Essa referida cronologia foi originalmente apresentada pela PNPIC. Desde então ela é reproduzida em diversas legislações estaduais de PICs e noutros documentos oficiais do Ministério da Saúde.

4000 pessoas em Brasília, dentre as quais 1000 delegados representantes de entidades civis e militantes da chamada reforma sanitária. A singularidade daquela Conferência Nacional de Saúde começa pelo ineditismo de um espaço de debates sobre saúde promovido pelo governo, cujos convidados não se limitavam a ocupantes de cargos legislativos e às autoridades do setor (Fundação Oswaldo Cruz, 2007). A pluralidade dos debates e relevância do relatório final da conferência para a saúde pública brasileira já foi descrita noutros trabalhos (Cortes, 2002). Para dimensioná-la aqui basta sublinhar que esse documento subsidiou a formulação da seção “Da saúde” na Constituição Federal e também a lei que, em 1990, iniciaria o processo de criação do SUS (Brasil, 1990). Além de sua importância para o estabelecimento da saúde pública como política prioritária do Estado brasileiro, a 8ª Conferência Nacional de Saúde também foi um evento seminal para políticas mais específicas, tal como a PNPIC.

Na cronologia oficial da Política Nacional de PICs, a conferência de 1986 é um dos primeiros eventos registrados. Aquela foi uma das ocasiões inaugurais, na história recente, em que as terapias alternativas/complementares foram oficialmente demandadas ao Estado. Tal demanda está expressa em dois trechos do relatório final da conferência. No primeiro deles, a referência é feita na seção que descreve os sete princípios que deveriam orientar o “novo Sistema Nacional de Saúde”; cito o trecho específico referente às terapias: “introduzir práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o direito democrático de escolher a terapêutica preferida” (Brasil, 1986). Sublinho que, nos termos do documento da conferência, a oferta de terapias alternativas/complementares está justificada pelo “direito democrático” do usuário de poder escolher “a terapêutica preferida” para ser tratado e não por aspectos relativos ao modo de funcionamento dessas práticas ou por sua legitimidade no campo médico-científico. Igualmente relevante é o fato de que o

documento enuncia “práticas alternativas” de modo genérico, sem especificar uma ou outra, tema de que tratarei melhor na próxima seção. A segunda menção às terapias no documento da conferência demanda a “inclusão, no currículo de ensino em saúde, do conhecimento das práticas alternativas”. O pleito, vale destacar, não é pelo apoio do Estado na formação direta de terapeutas, mas sim pela divulgação das terapias e pela sensibilização de outros profissionais da saúde acerca dessas práticas. A diferença é importante porque demandas sobre o ensino das “práticas alternativas” implicam, indiretamente, definições sobre quais profissionais estão habilitados a procedê-las e, como veremos a seguir, esse é um tópico controverso em torno do qual se desenvolvem intensas disputas.¹⁹

Atribuo o caráter pouco preciso das demandas por legitimação das terapias alternativas/complementares no relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde ao fato de que aquele evento serviu para estabelecer a agenda de debates num contexto de transição do sistema público de saúde, momento no qual as próprias estruturas institucionais (comissões, secretarias, etc.) estavam sendo reformuladas. O debate sobre o tema das terapias naquela ocasião parece ter servido, antes de tudo, para inscrever o tópico no horizonte da estruturação do “novo sistema de saúde”.

Nas conferências seguintes, as demandas relativas às terapias alternativas/complementares já tiveram outras características. Antes genéricas, a partir de 1986 tornaram-se muito mais precisas, passaram a dirigir-se a terapias específicas e até mesmo estabeleceram em quais níveis de atendimento essas práticas deveriam ser instituídas no sistema de saúde brasileiro. Esse é o caso da 10ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1998, quando a demanda pelas terapias foi feita nos seguintes termos: “[...] incorporar no SUS, em todo o país, práticas de saúde como a fitoterapia,

¹⁹ Sobre o tema, ver Barros (2000).

acupuntura e homeopatia, contemplando as terapias alternativas e práticas populares” (Brasil, 1998, p. 73). Embora enunciadas como exemplos de terapias alternativas, a menção específica à fitoterapia, à acupuntura e à homeopatia não deve ser ignorada. Essas três práticas terapêuticas vinham passando por um extenso processo de regulação durante as décadas de 1980 e de 1990, que resultou, por exemplo, no reconhecimento da homeopatia e da acupuntura como especialidades médicas pelo Conselho Federal de Medicina, e na regulamentação do cultivo e do uso de plantas para fins medicinais por parte da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).²⁰ Foi somente em 2006, com a publicação da PNPIC e, posteriormente, com a elaboração de legislações estaduais e municipais, que o escopo de terapias mencionadas em documentos oficiais foi ampliado. A menção às “práticas populares”, no relatório da 10^a Conferência Nacional de Saúde, por sua vez, é uma tentativa de legitimar o uso e o conhecimento popular sobre chás e plantas (fitoterapia) independentemente dos processos farmacológicos de validação desses insumos.

Antes da publicação da PNPIC, a 11^a Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2002, também explicitou a demanda pela incorporação de terapias alternativas/complementares no SUS. Logo nas páginas iniciais do relatório do evento, numa seção de avaliação do SUS, as terapias alternativas/complementares são mencionadas como práticas que já deveriam estar incorporadas nas rotinas dos serviços de saúde do país. No texto em que as debilidades do SUS são citadas lê-se: “[...] não são estimuladas alternativas assistenciais menos caras e complexas, de reconhecida eficácia, como os tratamentos e internações domiciliares ou *práticas terapêuticas não hegemônicas, como a acupuntura, fitoterapia e homeopatia*” (Brasil, 2002, grifo meu). Nesse caso, a

²⁰ A homeopatia e a acupuntura foram reconhecidas como especialidades médicas pelo Conselho Federal de Medicina por meio das resoluções nº 1.000, de 4 de junho de 1980 e nº 1.455, de 11 de agosto de 1995, respectivamente.

afirmação das terapias é feita pelo reconhecimento de sua ausência nos serviços de saúde. Tal como na conferência anterior, a acupuntura, a fitoterapia e a homeopatia são novamente mencionadas como exemplos de práticas terapêuticas “não hegemônicas”. No entanto, ao longo do restante do relatório, a ênfase é quase exclusiva na fitoterapia. Apesar de extensas, vale citar as duas passagens em que essas demandas pela fitoterapia, bastante precisas e pautadas por ações governamentais já existentes, são enunciadas:

Priorizar a implantação de farmácias populares públicas e a utilização de medicamentos genéricos, para racionalizar o gasto com esses insumos, além de investir em práticas terapêuticas alternativas e medicamentos naturais e alternativos.

[...]

Os participantes da 11ª CNS recomendam, com ênfase, a implementação de Programa de Fitoterapia na rede pública com regularização do uso de plantas medicinais, garantindo parcerias com universidades para pesquisas e controle de qualidade, e sob fiscalização da Vigilância Sanitária. Recomendam criar legislação que facilite a produção e comercialização de produtos fitoterápicos e plantas medicinais, e implementar programas de incentivo ao desenvolvimento de projetos de fitoterapia e outros tratamentos alternativos, assim como o fomento à implantação de laboratórios fitoterápicos inseridos dentro da Política de Assistência Farmacêutica do Estado. Consideram fundamental o incentivo às terapias naturais, em ações de Promoção da Saúde, integrando saberes populares e científicos, no sentido de desenvolver o acesso dos usuários dos serviços a essas práticas. Propõem a implantação de Programas de Fitoterapia descentralizada para unidades de saúde, escolas e demais instituições nos municípios, por meio de mecanismos (consórcios), sob fiscalização da Vigilância Sanitária Estadual e em conjunto com Assistência Farmacêutica; e o apoio dos gestores do SUS à formação de hortas medicinais nos municípios. Propõem, também, que seja viabilizada a distribuição e garantido o acesso a medicamentos homeopáticos na rede de saúde. (Brasil, 2002, p. 97, 144-145).

A comparação entre as demandas por terapias alternativas/complementares nessas três conferências interessa não somente pelo modo como foram formuladas, mas, sobretudo, pelas justificativas empenhadas para legitimá-las. Enquanto na primeira conferência citada o direito democrático de escolha da terapêutica pelo usuário é evocado, nas duas seguintes a demanda passa a estar em diálogo, mais ou menos

explicitamente, com políticas públicas, órgãos e instituições de apoio e de regulação já instituídos nos serviços de saúde no país. Em certo sentido, ao menos nas justificativas das demandas, a estratégia deixa de estar balizada pelo direito do usuário e torna-se autorreferente ao próprio sistema de saúde que, uma vez que as incorporasse, poderia, por exemplo, racionalizar custos e diminuir gastos.²¹

Conforme havia sugerido anteriormente, paralelamente às demandas pelas terapias alternativas/complementares no SUS, expressas nos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde, ocorreu uma série de processos de controle e de regulamentação dessas terapias no Brasil. A próxima seção será dedicada a esse tópico.

Modos de regulação e terapias alternativas/complementares

Três anos após a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, a Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (Ciplan) fixou, por meios das resoluções nº 4, 5, 6, 7 e 8 de 1988, as normas e diretrizes para o atendimento em homeopatia, acupuntura, termalismo, técnicas alternativas de saúde mental e fitoterapia (Brasil, 1988a, 1988b, 1988c, 1988d, 1988e). Todas essas resoluções recomendam, logo em seus parágrafos iniciais, “a implementação da prática nos serviços de saúde”. Em que pese essa convergência, cada uma dessas resoluções trata de uma terapia específica e estabelece normas distintas para elas. As diferenças entre tais normas não são somente de ordem técnica, mas, sobretudo, estão fundadas em razões políticas. Enquanto o atendimento com homeopatia, por exemplo, é definido como dependente da escolha do

²¹ A variação nas categorias englobantes utilizadas nas conferências para fazer referência àquilo que, a partir de 2006, seria enquadrado sob o termo “práticas integrativas e complementares” também é emblemática do período em que as terapias alternativas/complementares ainda careciam de ampla regulação. Na primeira conferência mencionada, ocorrida em 1986, o termo utilizado é “práticas alternativas”; na seguinte, em 1998, o termo passa a ser “terapias alternativas”. E, em 2002, a referência é às “práticas terapêuticas não hegemônicas”.

usuário, todas as outras terapias são recomendadas como especialidades, ou seja, têm o acesso restrito aos pacientes que, por determinação médica, são a elas encaminhados.

Não cabe aqui recuperar a minúcia das diferenças nas regulações das terapias, mas quero sugerir que normatizar práticas terapêuticas individualmente e não com diretrizes extensíveis a todas elas corresponde a um modelo de regulação das terapias alternativas/complementares específico, que denomino de *diferencialista*. Nesse modelo, as normatizações incidem sobre uma única terapia, atribuindo singularidade a ela e, com efeito, distinguindo-a de outras práticas terapêuticas. Já no modelo de regulação que reconheço como *inclusivista*, as normatizações estão dirigidas, indistintamente, a um amplo conjunto de terapias.²² A PNPIC, enquanto política não somente de legitimação, mas também de normatização das terapias alternativas/complementares, pode ser considerada, diante desse quadro, como exemplar do modelo de regulação inclusivista. Assim, embora seja possível traçar uma linearidade histórica entre os documentos oficiais dirigidos às terapias, conectando as resoluções do Ciplan, publicadas em 1988, e a PNPIC, lançada em 2006, há significativas diferenças nos modos pelos quais eles legitimam e regulam tais práticas. Minha sugestão é que uma das principais rupturas que a PNPIC estabeleceu com relação às regulações de terapias alternativas/complementares feitas anteriormente no país diz respeito justamente a seu caráter inclusivista. Como mostrarei a seguir, até 2006, quando a política Nacional de PICs foi publicada, o modelo de regulação majoritário era diferencialista. Após a PNPIC, como mencionei no início deste capítulo, as políticas e resoluções dirigidas às terapias passaram a tratá-las como conjunto e não individualmente. Para estabelecer um continuum entre as terapias que regula foi fundamental que a PNPIC instituísse o termo

²² Giumbelli (2006) opera em termos semelhantes para analisar o caso da relação entre medicina e espiritismo.

englobante “práticas integrativas e complementares”, tratado nas seções anteriores. Sob esse ângulo, a principal característica do termo é sua capacidade de transcender as diferenças técnicas entre as práticas por ele compreendidas, inscrevendo-as num único marco de regulação.

Reconheço desde já que a diferenciação entre esses dois modelos de regulação é provisória e instável. Mesmo nos modelos inclusivistas, como a PNPIC, por exemplo, a diferenciação entre as terapias ocorre na enunciação dos objetivos específicos da política, que traçam estratégias distintas para cada uma das terapias por ela contemplada. Poderíamos sugerir ainda que todos os modelos inclusivistas são também diferencialistas, na medida em que agregam um conjunto específico de terapias e excluem, invariavelmente, um conjunto ainda maior de outras possíveis. Feitas essas ressalvas, insisto que é preciso considerar que há diferenças entre os processos de regulação/legitimação de uma única terapia alternativa/complementar e processos que as agrupam em conjuntos mais ou menos amplos.²³

As regulações relativas à oferta de terapias alternativas/complementares nos serviços públicos de saúde, posteriores àquelas da Ciplan, estão sumariamente dirigidas à homeopatia, à acupuntura e à fitoterapia. O fato acompanha o que já havia identificado na análise das demandas pelas terapias feitas a partir das Conferências Nacionais de Saúde. As regulações dessas terapias, contudo, não são um efeito direto das demandas expressas nas conferências, mas a presença dessas três mesmas terapias nessas duas instâncias é significativamente tributária da capacidade de mobilização que homeopatas e acupunturistas adquiriram após serem reconhecidos pelo Conselho Federal de

²³ Há uma série de pesquisas a serem feitas no campo da institucionalização das terapias alternativas/complementares no Brasil. Entre elas destaco a análise sobre como as diferentes terapias acessaram a Política Nacional e as políticas estaduais e municipais de PICs. Farei isso parcialmente para o caso da Pepic/RS, no Capítulo 2.

Medicina. Tal presença também reflete, no caso da fitoterapia, o interesse governamental e da indústria farmacêutica em organizar a produção e a comercialização de plantas medicinais como medicamento e como insumo para pesquisa. A prática de acupuntura, de homeopatia e de fitoterapia também contrastava com as outras terapias alternativas/complementares na medida em que as primeiras conseguiam articular em torno de si associações profissionais e sindicatos, enquanto as outras práticas contavam, até os anos 2000, apenas com frágeis e ainda recentes instituições de representação de seus especialistas. Dito de outra forma, enquanto os homeopatas, por exemplo, contavam com o lobby dos sindicatos médicos em seu favor, os cromoterapeutas e os reikianos sequer possuíam associações profissionais consolidadas.²⁴

Com relação à acupuntura e à homeopatia, a principal ação reguladora após as resoluções da Ciplan foi a inclusão dessas duas práticas na tabela de procedimentos realizados pelo SUS, em 1999.²⁵ A inclusão seguramente foi um dos mais importantes eventos para as terapias alternativas/complementares na saúde pública brasileira, mas também implicou o início de uma extensa controvérsia acerca de quais profissionais estariam habilitados a proceder a tais terapêuticas. O exercício da homeopatia, que já havia sido reconhecida como especialidade pelo CFM em 1980, estava razoavelmente estabelecido como restrito aos profissionais com diploma de medicina e especialização na área. O caso da acupuntura, no entanto, era problemático na medida em que as

²⁴ Como já afirmei, Fátima Tavares (2012) descreve parte da formação dos movimentos profissionais dos terapeutas holísticos que começavam a surgir no final dos anos 1990. Ainda sobre a importância desses movimentos para a própria legitimação das terapias alternativas/complementares no âmbito do Ministério da Saúde, segundo Carmem de Simoni, em entrevista, o primeiro movimento para a elaboração da PNPIC foi feito pelas associações de homeopatia e de acupuntura, que procuraram o ministério com vistas à elaboração de uma política pública específica.

²⁵ A inclusão desses dois procedimentos na tabela do SUS foi justificada pelas resoluções do Ciplan anteriormente descritas (Brasil, 1999).

consultas no SUS, segundo a portaria que normatizou a prática, também estavam restritas a médicos especializados e, com isso, excluía profissionais como fisioterapeutas²⁶ e mesmo médicos diplomados na China, cujo título não podia ser validado por instituições brasileiras.²⁷ O imbróglio acentuou-se com a publicação da PNPIC, que afirmou o caráter multiprofissional dessas terapias. Tal afirmação na política seguiu o caráter generalista do modelo de regulação inclusivista das políticas de PICs e estava dirigida a todas as práticas integrativas e complementares, não fazendo referência específica à acupuntura, mas indiretamente habilitando outros profissionais (não médicos) a procedê-la no SUS. A controvérsia, em seu último (mas sempre provisório) desfecho, teve a sentença do Supremo Tribunal Federal que afirmou a legalidade da prática por diversos profissionais da saúde, desde que tenham especialização na área.²⁸

As regulações relativas à fitoterapia, por sua vez, estiveram pouco relacionadas com os profissionais que poderiam operá-la no âmbito dos serviços de saúde do SUS.²⁹ Três eventos mencionados na cronologia oficial que culmina com a PNPIC dimensionam os termos a partir dos quais a fitoterapia vinha sendo tratada pelas regulações diferencialistas anteriores à portaria que instituiu Política Nacional de PICs.

Na I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária, realizada em 2001, o trecho citado a seguir é descrito como uma meta da Anvisa para os anos subsequentes:

Revisar a Resolução nº 17/00, da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, de modo a facilitar o registro de produtos fitoterápicos de

²⁶ A fisioterapia foi a primeira categoria profissional reconhecida pelo Ministério da Saúde a legitimar o uso de acupuntura. Sobre o tema, ver Santos, et. al. (2009).

²⁷ Sobre controvérsias envolvendo o exercício da acupuntura no Brasil, ver Nascimento (1998).

²⁸ Para uma análise dessa controvérsia, ver Rocha et. al. (2015).

²⁹ Sobre as políticas de fitoterapia no Brasil, ver Czermainski (2009).

origem nacional, e estimular pesquisas com plantas nacionais, a fim de disponibilizar ao consumo produtos com comprovada segurança e eficácia terapêutica, e que esses estudos sejam aceitos na ANVISA, para o registro de medicamentos fitoterápicos. (Brasil, 2001, p. 62).

Dois anos depois, em 2003, a I Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica estabelece como meta a ampliação e o estímulo à pesquisa para o desenvolvimento de medicamentos fitoterápicos:

Fortalecer, incentivar, estimular intercâmbio e, se necessário, criar instituições oficiais de pesquisa para o desenvolvimento de insumos farmacêuticos, avaliação das potencialidades da biodiversidade nacional, desenvolvimento de fitoterápicos e outros produtos naturais, validando seu uso. (Brasil, 2003, p. 70).

Por fim, em 2004, durante a 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, o tópico a seguir é descrito na agenda de prioridades para o atendimento de doenças não transmissíveis:

Desenvolvimento de novos medicamentos, compostos e formulações, incluindo homeopáticos e fitoterápicos, visando à melhoria do tratamento, redução do alto custo e da dependência [da produção farmacológica] externa. (Brasil, 2004a, p. 94).

Como é possível depreender desses três trechos, as constantes menções à fitoterapia nos documentos de regulação e de legitimação das terapias alternativas/complementares anteriores à PNPIC estão relacionadas menos com seu caráter terapêutico e mais com o potencial farmacológico da flora nacional. Até a publicação da PNPIC, a ênfase majoritária não era no uso clínico dos fitoterápicos, mas nas etapas de pesquisa e de produção desses medicamentos. Na cronologia da Política Nacional de PICs esses são os últimos atos de regulação que precedem a publicação da portaria que a instituiu.

Ao acompanhar essa breve série histórica das regulações das terapias alternativas/complementares no Brasil, visibilizando a diferença entre os modelos diferencialistas e inclusivistas que as determinaram, é possível dimensionar que a PNPIC não somente

abriu a possibilidade para que novas práticas terapêuticas fossem incluídas no SUS, mas também estabeleceu um novo regime de regulação para aquelas que vinham sendo debatidas em instâncias oficiais desde a década de 1980. Nos próximos capítulos desta primeira parte tratarei etnograficamente desses dois movimentos abordando a maneira pela qual se decide que uma ou outra terapia seja introduzida numa política de PICs (Capítulo 2) e algumas das consequências da PNPIC para as terapias que já haviam sido incorporadas no SUS antes de 2006, especificamente a acupuntura (Capítulo 3).

Ainda sobre os documentos relativos à fitoterapia, suas características também servem para introduzir a relevância que as pesquisas sobre terapias alternativas/complementares tiveram para a validação do uso dessas práticas no SUS. O tema é uma dimensão central para compreender a própria PNPIC e o modo de uso das PICs em alguns dos ambulatórios, clínicas e hospitais que descreverei a seguir. No Capítulo 3 me deterei nas controvérsias sobre a cientificidade da acupuntura, no Capítulo 5 tratarei da associação entre a dimensão espiritual da saúde e as terapias alternativas/complementares a partir dos discursos das ciências médicas. Neste capítulo, optarei por manter a atenção nos termos da política e, por isso, privilegiarei a seguir a importância que alguns pesquisadores e certos conceitos tiveram para a elaboração da PNPIC. Diferentemente das discussões que farei nos capítulos seguintes, a ciência aqui em questão não é a medicina ou as *hard sciences*, mas sim a sociologia na sua interface com a medicina social e a saúde coletiva.

Práticas integrativas e complementares e o conceito de racionalidades médicas

Em entrevista com Carmem de Simoni, primeira coordenadora nacional da PNPIC e uma das autoras do texto da política, pergunto: “Qual foi o papel dos acadêmicos para a PNPIC? Por exemplo, da Madel Luz?” Com os olhos mareados e a voz embargada Carmem diz:

[...] desculpa [enxugando lágrimas], mas sempre me emociono quando falo disso. Madel é a base conceitual da política, sem o conceito de racionalidade médica nós não teríamos conseguido nada. Porque eles [agentes do Ministério da Saúde e do CNS] exigiam e nos questionavam: “Qual é a base teórica que vocês estão usando?” E a gente respondia: “É Madel Luz, com o *conceito de racionalidades médicas*.” Sem Madel a gente não teria dado nenhum passo. (Carmem de Simoni, em entrevista concedida em maio de 2013).

Em que pese a necessidade de apresentar estudos clínicos capazes de comprovar a eficácia das PICs para que as terapias fossem introduzidas no SUS, a principal base de referências acadêmicas envolvida na formulação da política não é oriunda das ciências médicas, mas sim da sociologia. Especificamente o conceito de “racionalidades médicas”, formulado pela socióloga Madel Luz, operou como um termo-chave no processo de elaboração e de justificação da PNPIC, servindo para afirmar que as PICs são verdadeiros sistemas médicos complexos e não simplesmente técnicas ou procedimentos. Com efeito, quando enunciadas como racionalidades médicas, a biomedicina, a homeopatia, a medicina tradicional chinesa e a medicina ayurvédica são simetrizadas e suas diferenças são estabelecidas como expressões de seu modelo de racionalidade e não de um hipotético maior ou menor grau de cientificidade.

Embora as produções de autoria de Madel Luz sejam extensivamente citadas na bibliografia de referência da PNPIC, no texto da política o termo “racionalidades médicas” não é definido em nenhum momento. Quando mencionado, o termo funciona

quase como sinônimo de “práticas integrativas e complementares”, como por exemplo na passagem a seguir:

O Ministério da Saúde, atendendo à necessidade de se conhecer experiências que já vêm sendo desenvolvidas na rede pública de muitos municípios e estados, adotou como estratégia a realização de um Diagnóstico Nacional que envolvesse as *racionalidades* [médicas] já contempladas no Sistema Único de Saúde [...]. (Brasil, 2006a, p. 13, grifo meu).

Não pretendo aqui realizar uma profunda revisão desse conceito,³⁰ minha intenção é apresentá-lo como um (outro) termo da política. Nesse caso, trata-se, por enquanto, de tomá-lo como objeto de reflexão e não enquanto categoria analítica. Conforme explicitarei a seguir, a importância de fazê-lo justifica-se pelo fato de que, embora o conceito de racionalidades médicas tenha sido central para a PNPIC, descrevê-lo unicamente a partir dos textos de seus teóricos não nos permite compreender os usos dessa categoria nas políticas de PICs.

Desde 1982 Madel Luz vêm se dedicando à realização de pesquisas sobre os processos de institucionalização e de legitimação da homeopatia no Brasil.³¹ Foi somente em 1991, contudo, que suas investigações sobre “sistemas de saúde não hegemônicos” passaram a empregar o conceito de racionalidades médicas e ampliaram seus objetos de análise, contemplando outras práticas terapêuticas além da homeopatia.³² A seguir, cito um excerto em que Madel Luz articula de modo sintético o

³⁰ Para tal revisão, ver Nascimento et al. (2013).

³¹ Na sua trajetória de pesquisas destacam-se os livros *As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia* (Luz, 1979) e *A arte de curar versus a ciência das doenças: história social da homeopatia no Brasil* (Luz, 1996a).

³² Naquele período, teve início o projeto Racionalidades Médicas. Estudo Comparativo da Medicina Ocidental Moderna, da Medicina Tradicional Chinesa, da Medicina Ayurvédica e da Homeopatia, que demarcou essa referida passagem.

desenvolvimento do conceito de racionalidades médicas com sua própria trajetória de pesquisas:

Ao longo de nosso trabalho de pesquisa sócio-histórica, tendo por objeto o que poderíamos designar *cultura médica*, pudemos perceber que esta é profundamente naturalizada, e que a biomedicina, forma de saber erudito que constrói desde o século XVII a medicina ocidental contemporânea, é assumida como única portadora de racionalidade, na medida em que *racionalidade*, nesta cultura, é assimilada à cultura científica. Entretanto, durante o desenvolvimento de nossos estudos sobre a medicina homeopática na década de 80, cremos ter demonstrado que havia ali uma lógica terapêutica e diagnóstica distinta, porém coerente, além de concepções de fisiologia e fisiopatologia estruturadas em plano teórico e empírico, embora diferentes e discordantes das da biomedicina. Em suma, havia ali outra *racionalidade médica*. O fim dos estudos sobre a homeopatia marcou o nascimento da categoria racionalidade médica [...] Nos anos 90, a partir de 1992, iniciamos um estudo teórico sócio-histórico de quatro sistemas médicos complexos: a medicina ocidental contemporânea, a homeopatia, a medicina tradicional chinesa e a ayurveda (medicina indiana). Em 1993, o conceito de *tipo ideal* de racionalidade médica foi assim definido: é racionalidade médica todo sistema médico complexo construído racional e empiricamente em cinco dimensões: uma morfologia humana [definida na medicina ocidental como anatomia], uma dinâmica vital [definida pela medicina ocidental como fisiologia], uma doutrina médica (definidora do que é estar doente ou sadio, do que é tratável ou curável, de como tratar, etc.), um sistema diagnóstico e um sistema terapêutico. Posteriormente, no início da segunda fase do projeto,³³ tornou-se evidente que uma sexta dimensão, a cosmologia, embasava todas as dimensões das diferentes racionalidades médicas, inclusive a medicina ocidental contemporânea. (Luz, 2007, p. 18-19, grifos da autora).³⁴

O efeito simetrizante do conceito de racionalidades médicas foi capaz de justificar e legitimar a validade da homeopatia, da acupuntura, da medicina tradicional chinesa e da medicina ayurvédica no SUS, mesmo que essas práticas não compartilhem das mesmas características morfológicas, vitais, doutrinárias, diagnósticas, terapêuticas e

³³ Os projetos de Madel Luz sobre as racionalidades médicas tiveram, até este momento, três fases. A primeira (1991–1993) investigou comparativamente as racionalidades médicas da medicina ocidental moderna, da medicina tradicional chinesa, da medicina ayurvédica e da homeopatia. A segunda (1994–1997) comparou as “práticas e representações de profissionais de saúde e seus pacientes em serviços públicos de saúde do Rio de Janeiro, referentes às racionalidades pesquisadas na primeira fase, com exceção da medicina ayurvédica” (Luz, 2007, p. 25). A terceira fase expande o interesse de pesquisa das racionalidades médicas para as práticas terapêuticas.

³⁴ Para Luz, o conceito de racionalidades é tributário da matriz sociológica weberiana.

cosmológicas que a biomedicina.³⁵ Tal qualidade do conceito já foi explicitada e explorada por outros autores (Barros, 2000). Em contrapartida, poucos textos mencionam que, no mesmo passo que racionalidade médica é uma categoria capaz de simetrizar distintas práticas terapêuticas, ela também opera hierarquizações, distinguindo as medicinas que verdadeiramente possuem uma racionalidade daquelas que são apenas terapias ou métodos diagnósticos isolados ou fragmentados. Para Luz (2007, p. 147, grifo da autora), os florais de Bach e a iridologia³⁶ são exemplares dessas práticas que, “embora possam ser elementos de uma dimensão específica de uma racionalidade médica, são frequentemente utilizadas de forma isolada, deslocadas de um contexto de significados para outro, em ‘colagens’ ou *bricolagens* teórico-práticas, obedecendo mais a uma *lógica empírica de eficácia* que a uma coerência teórica (ou racionalidade) dos sistemas”.

A precisão teórica que distingue o que é e o que não é racionalidade médica, explicitando a ambiguidade do conceito que simetriza e, ao mesmo tempo, hierarquiza as terapias que descreve, parece não ter sido observada nas políticas de PICs, as quais fizeram do conceito uma das principais referências para legitimar a oferta de práticas que, na teoria, não são racionalidades médicas.³⁷ Além da fitoterapia e do termalismo, previstos pela PNPIC, mas não enquadrados no conceito de racionalidades médicas, é possível citar muitas outras terapias alternativas/complementares previstas pelas políticas estaduais e municipais que mesmo não sendo racionalidades médicas são

³⁵ No limite, para Luz (2007), as diferenças dessas medicinas nessas seis dimensões viabilizaria, inclusive, que elas fossem legitimadas por parâmetros distintos daqueles da racionalidade cartesiana científica que pautam a biomedicina.

³⁶ Ver Tesser e Luz (2008).

³⁷ Além da Política Nacional de PICs, regulações estaduais e municipais também o fazem, como é o caso, por exemplo, do Rio Grande do Sul, de Santa Catarina, de Minas Gerais e da cidade do Rio de Janeiro.

descritas e legitimadas enquanto tais nesses documentos.³⁸ Com isso não quero denunciar possíveis inconsistências dessas políticas. Antes, o que desejo ao apresentar essas diferenças entre o conceito de racionalidades médicas e o seus usos nas resoluções oficiais é reconhecer a relevância do conceito de racionalidades médicas para a legitimação das PICs, sem, contudo, deixar de sublinhar que os termos da política precisam ser observados *na* política e não desassociados dela, como se fossem alheios aos contextos em que estão implicados.

Na PNPIC, o conceito de racionalidades médicas operou como seu fundamento teórico, servindo como justificativa acadêmica àquela formulação política. O sentido originalmente atribuído a ele por seus teóricos, no entanto, é subvertido no contexto da Política Nacional de PICs, bem como o escopo do que sejam racionalidades médicas é alargado a ponto de tornar-se sinônimo de práticas integrativas e complementares. As duas categorias, então, assumem equivalência e a intercambialidade entre elas empresta ao termo “práticas integrativas e complementares” a legitimidade do conceito de “racionalidades médicas”. Na política estadual de Santa Catarina, por exemplo, logo no primeiro parágrafo, a inclusão de PICs na rede estadual do SUS é justificada pela necessidade de ampliação das racionalidades médicas disponíveis aos usuários (Santa Catarina, 2014). Por mais sutis que sejam, deslocamentos terminológicos dessa natureza ajudam a compreender o modo pelo qual a semântica da categoria “práticas integrativas e complementares” vem sendo elaborada e estabelecida desde sua criação, em 2006, com o lançamento da PNPIC.

Na terceira e última parte deste capítulo prossigo no movimento de ampliação das referências para a descrição dos termos da PNPIC. Depois de ter analisado o emprego

³⁸ Madel Luz (2007) chama as práticas que não possuem as seis dimensões citadas anteriormente de *racionalidades terapêuticas*.

das categorias *prática, integrativo e complementar*, e após ter apresentado os movimentos de demanda, de regulação e de definição teórica das terapias previstas nessa política, irei, finalmente, analisar o posicionamento da OMS sobre as terapias alternativas/complementares. Com isso, não pretendo reconstituir a trajetória dos posicionamentos e das regulações da Organização Mundial da Saúde sobre terapias alternativas/complementares, mas sim destacar o modo pelo qual as resoluções dessa agência estimularam a oferta das referidas práticas nos serviços de saúde pública dos países associados à agência, bem como salientar as diferenças entre as formas de regulamentação utilizadas por alguns deles.

A promoção de medicina tradicional e de terapias alternativas/complementares pela OMS

No âmbito da Organização Mundial da Saúde, duas categorias englobantes são majoritariamente utilizadas para designar as práticas terapêuticas não biomédicas, medicina tradicional (MT) e medicina alternativa e complementar (MAC). Embora desde meados da década de 1990 os documentos oficiais da agência tenham se referido a essas práticas estabelecendo uma equivalência entre os termos, utilizando para isso a sigla MT/MAC, essas categorias têm genealogias próprias nas discussões da OMS. Explicitar as variações entre elas no contexto de legitimação e de regulação do uso de terapias alternativas/complementares pela OMS serve não somente para demonstrar como a política brasileira de PICs é uma ação que acompanha processos semelhantes realizados noutros países, como também configura uma espécie de atalho para compreender as motivações da OMS em promover essas terapias.

Um dos primeiros registros do termo “medicina tradicional”³⁹ nos documentos da OMS ocorreu em setembro de 1978, por ocasião da primeira conferência sobre atenção primária, realizada na cidade de Alma Ata, então território da União Soviética. Embora contenha diretrizes de caracteres diversos, o relatório final dessa conferência está significativamente marcado pelo contexto da Guerra Fria e pela sistematização de dados que explicitam a oferta desigual de tecnologias em saúde, profissionais e instituições hospitalares nos diferentes países do mundo. Foi justamente a partir do reconhecimento da indisponibilidade desses recursos para dois terços das nações do globo que a OMS identificou a “medicina tradicional” como uma ação em saúde e recomendou “a formulação de políticas e regulamentações nacionais referentes à utilização de remédios tradicionais de eficácia comprovada e exploração das possibilidades de se incorporar os detentores de conhecimento tradicional às atividades de atenção primária em saúde, fornecendo-lhes treinamento correspondente” (OMS, 1978 apud Brasil, 2005, p. 4).

Assim, se, por um lado, esse reconhecimento contribuiu para a legitimação de saberes tradicionais sobre saúde e doença no âmbito de um organismo de governança global, por outro lado, tal ação está associada ao reconhecimento da escassez, em certas partes do mundo, de recursos humanos e tecnológicos disponíveis para o atendimento conforme os preceitos da biomedicina. Nesse sentido, reconhecer a medicina tradicional como um modo de atenção à saúde foi condição para que a OMS estendesse sua própria capacidade de regulação para mais da metade do planeta, que, naquele momento, não dispunha dos dispositivos e das instituições de saúde sobre as quais a agência “global” poderia ter ingerência.

³⁹ O termo “medicina tradicional” é sempre utilizado no singular nos documentos da OMS. Aqui, em algumas ocasiões, ele será utilizado no plural.

Conforme a OMS, medicina tradicional é a soma total de conhecimentos, habilidades e práticas baseadas em teorias, crenças e experiências nativas de diferentes culturas, explicáveis ou não, usadas na manutenção da saúde, bem como na prevenção, nos diagnósticos e no tratamento de adoecimentos físicos e mentais (cf. Brasil, 2012, p. 18).⁴⁰ Pelas características de sua definição e por aquilo que descrevi anteriormente observa-se que, nessa configuração, o exercício da medicina tradicional, de acordo com a OMS, ocorre principalmente fora do Ocidente e longe do norte global, ou seja, está concentrado nas partes mais pauperizadas do mundo. Além do recorte geográfico, que associa medicina tradicional aos países pobres ou em desenvolvimento, depreendem-se do conceito e dos documentos relativos ao tema elaborados pela OMS duas outras características: primeiro, medicina tradicional é parte de um sistema cultural e, segundo, essas práticas são tradições milenares, anteriores ao desenvolvimento da medicina moderna ocidental.

Fundada na cultura, situada historicamente num passado distante e geograficamente afastada do Ocidente, o exercício da medicina tradicional parece bem sintetizado no trecho a seguir, extraído do documento *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002–2005* (OMS, 2002, p. 7):⁴¹

Ao longo da história, os asiáticos, africanos, árabes, as populações nativas americanas, da Oceania, centro-americanas, sul-americanas, e de outras culturas, têm desenvolvido uma grande variedade de sistemas tradicionais nativos. [...] A medicina tradicional pode se codificar, regular, ser ensinada e praticada aberta e sistematicamente, além de se beneficiar de milhares de anos de experiência.

⁴⁰ Há uma outra definição de MT também presente nos documentos da OMS: “La OMS define la medicina tradicional como prácticas, enfoques, conocimientos y creencias sanitarias diversas que incorporan medicinas basadas en plantas, animales y/o minerales, terapias espirituales, técnicas manuales y ejercicios aplicados de forma individual o en combinación para mantener el bienestar, además de tratar, diagnosticar y prevenir las enfermedades.” (OMS, 2002, p. 7).

⁴¹ As traduções das citações originalmente em língua estrangeira dadas aqui em português foram todas feitas por mim.

Considerações como essa fazem crer, com afirmou Waleska Aureliano (2011, p. 175), que essas práticas são estáticas ou que não sofreram mudanças significativas ao longo de sua história, o que termina por caracterizar as medicinas tradicionais a partir de noções estereotipadas que as reificam enquanto práticas milenares ou ancestrais que sobrevivem aos “avanços da ciência”.

Como já apontei anteriormente, medicina tradicional não é a única categoria forjada pela OMS para lidar com práticas terapêuticas não alinhadas com a biomedicina ocidental. Durante a década de 1990 e, sobretudo, nos anos 2000, a ela passou a ser associado o termo “medicina alternativa e complementar”. Embora articuladas em alguns documentos como se fossem sinônimos, essa segunda categoria diz respeito às práticas de cuidados com a saúde que, realizadas em países desenvolvidos, não compartilham dos mesmos princípios epistemológicos e terapêuticos que a biomedicina.⁴² O vínculo geográfico da MAC com os países desenvolvidos, bem como o contraste genealógico da categoria com a de medicina tradicional na OMS, aparece de modo explícito num documento da agência global dirigido ao uso das terapias não hegemônicas no mundo:

O uso de medicina tradicional segue sendo muito extenso em países em desenvolvimento – Índia (70%), Ruanda (70%) e Etiópia (90%). E em países desenvolvidos – como Estados Unidos, Austrália, Canadá e Reino Unido –, o uso de medicina alternativa e complementar têm aumentado muito rapidamente. (OMS, 2002, p. 5).

⁴² Nos documentos da OMS a definição de MAC diz que “não fazem parte da tradição do próprio país e não estão integradas no sistema dominante de saúde”. Contudo, essa própria definição é contradita nos documentos da agência, uma vez que, mesmo quando integradas aos sistemas de saúde nacionais, a OMS permanece considerando tais terapias como MAC.

Com isso, observa-se o contraste, ao menos no sentido original, entre os conceitos utilizados pela OMS para designar as práticas terapêuticas não hegemônicas. O primeiro, medicina tradicional, está associado a contextos em que a oferta de tratamentos de saúde é escassa e pouco diversificada. O segundo, medicina alternativa e complementar, pelo contrário, é associado à oferta de modalidades de cuidado com a saúde alternativas à hegemonia biomédica. No plano estatal, a oferta de MAC expressaria a consolidação do caráter plural dos sistemas médicos disponíveis no Ocidente, enquanto as medicinas tradicionais seriam as manifestações culturais de regiões com recursos escassos e pouco diversos.⁴³

Ainda sobre as duas categorias, vale ressaltar que, pouco a pouco, no âmbito da OMS, elas passaram a não necessariamente qualificar práticas terapêuticas, mas a caracterizar a relação entre a terapia e o contexto em que ela é utilizada. A medicina tradicional chinesa, por exemplo, quando utilizada na China é, para OMS, um exemplo de medicina tradicional. Quando transladada para fora de sua “cultura de origem”, contudo, e aplicada no Brasil ou nos Estados Unidos, por exemplo, ela se converte em medicina alternativa e complementar. É essa a relação que garante a afirmação, reiterada nos documentos da OMS, de que MT e MAC são termos intercambiáveis, uma vez que a identificação das terapias com essas categorias são instáveis e provisórias. Por um lado, reconheço que esse caráter provisório do vínculo entre as terapias e as categorias MT e MAC é capaz de relativizar o binarismo que associa as práticas não hegemônicas de medicina em países em desenvolvimento à MT e aquelas realizadas em países desenvolvidos à MAC. Por outro, sustento que essa relativização não invalida a

⁴³ Essa associação contrastiva entre a medicina tradicional em países em desenvolvimento e a medicina alternativa e complementar em países desenvolvidos fica ainda mais evidente na medida em que o pluralismo médico tem sido convertido numa variável do processo de modernização dos Estados nacionais por diferentes pesquisadores, tal como enfatizado pela antropóloga Libbet Crandon-Malamud (1991).

pertinência de identificarmos as configurações de poder que fizeram com que cada uma dessas categorias (MT e MAC) emergisse na OMS.

Além da possibilidade de serem utilizadas como sinônimos, afirmada pela OMS (2002, p. 2), essas duas categorias também convergem no estabelecimento da biomedicina como seu principal elemento de referência e na consideração de que, sobre os fundamentos e o exercício da biomedicina não há ou não importam a cultura, o tempo e o espaço. Se, na elaboração original dessas categorias (MT e MAC), há algum esforço de simetrização entre os diferentes saberes médicos (o que inclui a biomedicina), esse empenho passa pela tentativa de afirmar que medicinas tradicionais são formas culturalmente localizadas de práticas terapêuticas médicas, sem, contudo, submeter a biomedicina à localização cultural de suas tradições.

Uma vez reconhecidas e associadas, MT e MAC tornaram-se objeto de atenção de um departamento especial da OMS que, desde 2002, publica regularmente documentos com metas e programas relativos a essas práticas terapêuticas. Numa das publicações mais recentes sobre o tema, *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014–2023*, a OMS estabeleceu quatro objetivos como centrais:⁴⁴

- Políticas. Integrar a MT nos sistemas nacionais de saúde, onde possível, por meio do desenvolvimento e da implementação de políticas e programas nacionais de MT.
- Segurança, eficácia e qualidade. Promover segurança, eficácia e qualidade da MT pela expansão do conhecimento de base e pela promoção de marcos regulatórios e de qualidade específicos da MT.
- Acesso. Aumentar a possibilidade de acesso à MT, com ênfase para o acesso das populações mais pobres.
- Uso racional. Promover apropriadamente o uso terapêutico da MT para profissionais e usuários. (OMS, 2013, p. 11).

⁴⁴ Ao longo do documento citado, utiliza-se apenas o termo “medicina tradicional”. Em seu parágrafo inicial, no entanto, a OMS esclarece que assume a equivalência entre o termo e “medicina alternativa e complementar”.

No mesmo documento, a PNPIC brasileira é citada como uma das experiências exemplares de integração da MT/MAC no sistema de saúde nacional.⁴⁵ Igualmente exemplares, segundo a OMS, são as políticas adotadas em países como Bélgica, Canadá, Camboja e Austrália. Apesar de a lista com descrições detalhadas sobre as experiências de uso de MT/MAC ser restrita no documento citado,⁴⁶ os dados mais panorâmicos fornecidos por ele dimensionam a quantidade de países que têm adotado políticas específicas para regular e introduzir essas terapias em seus sistemas de saúde. No ano de 2012, 119 países tinham regulações sobre alguma MT/MAC, enquanto 69 possuíam políticas públicas específicas para orientar e promover a incorporação dessas práticas em suas redes de atendimento. Tais números são parte de uma série histórica que, desde 1999, indica o aumento progressivo na quantidade de países que legitimam e regulam o uso de terapias alternativas/complementares no mundo.

Embora os dados presentes nesses relatórios possam ser analisados a partir de diferentes perspectivas, capazes de apresentar distintos modos de agrupar os países que produziram políticas nacionais acerca das terapias alternativas/complementares, recupero a presença da “variável” cultura, citada na análise do conceito de medicina tradicional, para explicitar um dos cortes diferenciadores dessas políticas. Minha sugestão é a de que é possível distinguir as variadas políticas dirigidas à MT/MAC a partir do público que pode acessá-las. Isso porque, em países da América Latina, por exemplo, a maior parte dessas políticas compõem um amplo quadro de ações fundadas

⁴⁵A projeção pretendida pelo Ministério da Saúde com a PNPIC não deve ser subestimada. O documento foi traduzido, impresso e disponibilizado na versão eletrônica em português, inglês, espanhol e mandarim. Além disso, em 2008, foi promovido o I Seminário Internacional de PICs, que teve a participação de representantes de países como Cuba, México, China, Itália, além de técnicos e membros de organismos como a OMS e a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas).

⁴⁶ Para um extenso balanço da OMS sobre a situação as políticas de MT/MAC entre seus países membros, ver OMS (2001).

no princípio da interculturalidade. Em nome do reconhecimento da diversidade cultural e do direito ao atendimento médico conforme crenças individuais, a interculturalidade como princípio assegura, por exemplo, que populações indígenas possam demandar, em hospitais, clínicas e ambulatórios, que seu atendimento seja associado a rituais e procedimentos próprios de sua cosmologia. Esses atendimentos, contudo, não estão disponíveis para toda população, mas são restritos aos sujeitos “culturalmente identificados” com aquelas práticas. Ao contrário dessas políticas restritas a grupos culturais específicos estão aquelas que, como a PNPIC, têm como principal característica a universalidade da oferta e do acesso às terapias alternativas/complementares (ver OMS, 2001).

A política pública brasileira citada no relatório sobre medicina tradicional da OMS como modelo exemplar de integração de práticas terapêuticas não hegemônicas em sistemas nacionais de saúde não legitima ou regula, por exemplo, ações em saúde voltadas para populações tradicionais, assim como não delibera sobre a atuação de parteiras nos serviços do SUS. A opção por esse modelo para as políticas de PICs certamente cria tensões. No Rio Grande do Sul, quando acompanhava o processo de elaboração da Política Estadual de PICs, que descreverei no próximo capítulo, técnicos da própria Secretaria da Saúde, ligados ao setor da saúde da população negra,⁴⁷ pediram uma audiência com a comissão responsável pela Pepic. A solicitação foi indeferida pela comissão sob a justificativa de que a política de PICs estava sendo elaborada para toda a rede estadual do SUS e não para grupos populacionais específicos.

O objetivo deste capítulo não foi o de sumarizar a PNPIC, mas sim de torná-la um objeto de reflexão inscrevendo-a num quadro de referências mais amplo que ajuda a

⁴⁷ Na estrutura da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul há um setor, integrado ao Departamento de Ações em Saúde, especializado nos cuidados da saúde da população negra.

situá-la como parte de contínuos processos de legitimação e de regulação da oferta de terapias alternativas/complementares. A partir da reflexão sobre seus termos, procurei demonstrar parte do processo de invenção das práticas integrativas e complementares no Brasil. Nos próximos capítulos, após a análise das instâncias formais dessa política, retomarei alguns dos aspectos aqui referidos na etnografia sobre a elaboração da Pepic/RS.

Mantive o tema da relação entre espiritualidade, saúde e PICs fora das discussões deste capítulo como um recurso narrativo. Isso porque no texto da PNPIC, assim como na maior parte das políticas estaduais, “espiritualidade” não é uma categoria extensivamente presente. Na PNPIC, por exemplo, o termo sequer é mencionado. O que não significa, no entanto, como mostrarei a seguir, que durante a elaboração das políticas de PICs e na sua implementação no SUS o tema esteja ausente. Assim, na própria estrutura desta tese, especialmente nesta primeira parte, procuro reproduzir esse jogo de visibilidade e de invisibilidade que caracteriza a relação da PNPIC, e das políticas que dela se desdobraram, com as referências à dimensão espiritual da saúde.

Capítulo II

O que é uma prática integrativa e complementar?

Como determinada terapia alternativa, marginalizada e com restrita legitimidade no campo da saúde pública, é convertida em prática integrativa e complementar (PIC)? Por quais razões o reiki e não a cromoterapia, por exemplo, foi reconhecido e oficializado na rede de atenção à saúde do estado do Rio Grande do Sul? Como se estabelece, para os agentes do Estado, a plausibilidade da oferta de terapias alternativas/complementares no Sistema Único de Saúde (SUS)? De que modo a relação entre saúde, espiritualidade e terapias alternativas/complementares se expressa nas instâncias estatais de definição das PICs? Enfim, como se faz uma política pública dirigida às práticas integrativas e complementares?

Essas são algumas das questões às quais atentarei ao longo deste capítulo. A elas ainda acrescentarei outras que me mobilizaram durante o período em que realizei trabalho de campo na Secretaria Estadual da Saúde (SES) do Rio Grande do Sul,

participando das reuniões da comissão responsável pela elaboração da Política Estadual de PICs, a Comissão Estadual de Práticas Integrativas e Complementares (Cepic). De junho de 2012 a dezembro de 2013, acompanhei quinzenalmente as reuniões da Cepic, além de ter participado de reuniões extraordinárias e de eventos promovidos pela própria comissão na capital gaúcha e noutras cidades do estado.

Assim como a vivência cotidiana nos postos de saúde e hospitais foi fundamental para que compreendesse a dinâmica de funcionamento das PICs e também para que pudesse me aproximar das experiências e dos extensos itinerários percorridos pelos pacientes em busca de atendimento no SUS, participar da rotina da Secretaria da Saúde foi central para que reconhecesse, no dia a dia dos gestores, alguns de seus dilemas e das razões que os fazem agir. O prolongado e intenso trabalho de campo junto à Cepic permitiria abordar as questões anteriormente mencionadas a partir de diversas perspectivas. Opto por privilegiar dois eixos de reflexão que, conforme sugiro, tanto são capazes de adensar o entendimento sobre as políticas de PICs quanto são pertinentes para refletir sobre a possível cadeia de associação que articula PICs, saúde e espiritualidade. O primeiro eixo está dedicado à constante atenção dos gestores ao tema da espiritualidade, seja para reconhecer sua relevância ou não. Isso porque, como afirmei no Capítulo 1, se essa não é uma categoria constante nos textos das políticas de PICs, ao menos durante a elaboração da Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares (Pepic) as menções a ela foram frequentes e, em algumas ocasiões, balizaram a própria consideração sobre a legitimidade das práticas terapêuticas que estavam sendo avaliadas pela comissão. O segundo eixo de reflexão que pautará as problematizações elaboradas neste capítulo diz respeito ao debate em torno de quais terapias poderiam ou não ser reconhecidas pelo Estado. Como procurarei demonstrar, se as justificativas para que terapias alternativas/complementares tornem-se práticas de

saúde referendadas e institucionalizada no SUS são de caráter técnico, a observação do cotidiano dessas avaliações permite refletir sobre os aspectos que as orientam além do domínio da razão burocrática e da “pura técnica”.

Ao contrário do capítulo anterior, em que me ocupei dos termos da política, aqui não tomarei o texto da Pepic como ponto de partida empírico para as reflexões, mas sim o cotidiano de seu extenso processo de elaboração. Trata-se de seguir interessado na formalização da oferta e do uso das terapias alternativas/complementares no SUS, mas dessa vez com o foco menos dirigido aos dispositivos de legitimação e de regulação quando já instituídos, e mais atento aos processos que os instituem. Ao dar essa espécie de passo atrás diante do texto da Política Estadual de PICs, deparamo-nos imediatamente com a diversidade de interesses, de projetos e de expectativas dos sujeitos que estiveram implicados em sua formulação. Considerar essa pluralidade de agentes envolvidos no processo de criação da Pepic também permite demonstrar que esse dispositivo legal, que institui o próprio objeto de pesquisa desta tese, não é monolítico, mas múltiplo. A publicação da Pepic, em dezembro de 2013, como qualquer documento oficial de Estado, parece produzir um efeito de invisibilização dos antagonismos e das disputas de sujeitos e de interesses que ao longo de um ano e meio convergiram numa das salas de reuniões na Secretaria Estadual da Saúde. Em certo sentido, o objetivo deste capítulo é tentar reverter tal efeito descrevendo o cotidiano das disputas e das decisões que terminaram resultando no texto da Pepic.

A etnografia que apresentarei nas próximas seções é fundamentalmente uma narrativa sobre reuniões. Sistematizá-la é um exercício com dificuldades particulares, distintas daquelas enfrentadas, por exemplo, nos capítulos seguintes, os quais são baseados em trabalhos de campo conduzidos em hospitais, ambulatorios e postos de saúde. Em parte, essas dificuldades estão relacionadas com a dinâmica das reuniões,

muitas vezes apáticas, entediadas e repletas de pautas dirigidas exclusivamente ao funcionamento da própria comissão que estava reunida (organização da lista de e-mails, troca de agenda, dificuldade de estacionamento na secretaria, etc.). Os principais aspectos da diferença entre o processo de pesquisa naquele contexto e noutros espaços, entretanto, não são empíricos, mas metodológicos. Afinal, os modos de negociação com os sujeitos de pesquisa e, sobretudo, o tipo de controle que esses atores têm sobre a condução da investigação são muito desiguais quando comparamos os usuários de postos de saúde com a equipe de técnicos e de gestores – entre eles o próprio secretário-adjunto estadual da Saúde – responsáveis pela elaboração de uma política pública. Diante do reconhecimento das diferenças de relação de poder que se estabelecem entre pesquisador e pesquisado nesses dois contextos – o de elaboração da Pepic e o de atendimento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) –, minha intenção é assinalá-las, ao invés de ocultá-las.

Por ora, menciono o tópico para dar visibilidade e para introduzir a etnografia da Cepic reconhecendo que minha observação/participação naquelas reuniões teve pelo menos duas importantes consequências para este trabalho – e para além dele. Primeiro, como mencionarei nos próximos capítulos, minha participação na comissão foi determinante para o modo pelo qual fui recebido pelos profissionais, terapeutas e gestores de postos de saúde durante toda a pesquisa. Por mais que, na interação com esses sujeitos, tenha sempre procurado esclarecer os interesses de pesquisa, era inevitável, e em alguns momentos até oportuno, que a essa identificação se sobrepusesse a de “participante da Cepic”. Outra consequência do trabalho de campo na comissão está relacionada ao fato de que, participando das reuniões, ainda que oficialmente meu status fosse o de “observador convidado”, em alguns momentos intervi diretamente na

própria elaboração da política pública, sugerindo soluções textuais para o documento final e também me posicionando sobre o uso de certos conceitos e categorias.

Como afirmei anteriormente, este capítulo está pautado por dois eixos de discussão principais. O primeiro, dirigido às avaliações e decisões técnicas que fizeram com que determinadas terapias alternativas/complementares fossem convertidas, no estado do Rio Grande do Sul, em práticas integrativas e complementares. O segundo eixo, focado nas relações entre espiritualidade, saúde e PICs estabelecidas no âmbito da comissão encarregada da elaboração da Política Estadual de PICs. Esses dois interesses fundamentais deste capítulo também estão expressos em sua estrutura narrativa. Na próxima seção apresentarei como fui incorporado à Cepic e descreverei como essa comissão foi constituída. Nela também introduzirei alguns dos atores implicados nesse processo, descrevendo brevemente suas trajetórias de relação com as terapias alternativas/complementares. As seções seguintes serão dedicadas aos tópicos relativos ao primeiro e ao segundo eixos de discussão anteriormente mencionados.

A escassez de dados e o início da Cepic

O Centro Administrativo do Estado (Caff), um edifício emblemático da capital gaúcha, destacado pela forma curva de suas paredes laterais, abriga a Secretaria Estadual da Saúde e alguns de seus principais departamentos. O quarto andar do prédio é ocupado pelo gabinete do secretário-adjunto da Saúde, pelas coordenações do Departamento de Atenção Básica e por uma ampla sala de reuniões. Assim como o cargo de secretário da Saúde, o de secretário-adjunto também é resultado de arranjos políticos provisórios, que nem sempre resistem a todo período do mandato do governador. O secretário-adjunto desempenha propriamente as funções executivas da

secretaria, enquanto a agenda política da pasta é realizada sobretudo por seu superior. Na prática, é o adjunto quem viabiliza as decisões cotidianas da Secretaria da Saúde e quem recebe as demandas dos técnicos e dos gestores municipais.

Em junho de 2012 encontrei-me pela primeira vez com o médico e secretário-adjunto do Estado, Carlos. Na ocasião estava acompanhado por Mariana, farmacêutica e membro da Cepic, e por Livia, médica homeopata e também componente da comissão. Ambas estavam dispostas a me apresentar ao secretário-adjunto para que ele autorizasse minha participação nas atividades do grupo responsável pela elaboração da Pepic. Eu, que soubera da existência da comissão apenas poucas semanas antes, estava absolutamente interessado na possibilidade de integrar aquela instância de discussão, que se constituía como a primeira de caráter deliberativo sobre a legitimação e a regulação das terapias alternativas/complementares no SUS do estado.

Inicialmente, tomei conhecimento sobre a Cepic por conta da publicação, em maio de 2012, no site da Secretaria da Saúde, da portaria que criou e nomeou os técnicos responsáveis pela comissão.⁴⁸ Ao consultar o documento percebi que Livia, a médica homeopata que atendia no Ambulatório de Terapias Naturais e Complementares da Vila 1º de Maio, onde eu estava fazendo trabalho de campo,⁴⁹ compunha a Cepic. Livia foi a responsável por me colocar em contato com Mariana, que, por sua vez, tinha acesso ao secretário-adjunto e pôde agendar a reunião em que me apresentaria a ele.

O encontro com o secretário-adjunto, apesar de agendado com semanas de antecedência, durou apenas poucos minutos, tempo suficiente para que Mariana argumentasse pela importância de minha participação na Cepic por uma razão

⁴⁸ A portaria que instituiu e nomeou os membros da Cepic está registrada com o número 201/2012 na Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul.

⁴⁹ Como descrevi na introdução, apesar de ter feito trabalho de campo no ambulatório, não o descreverei nesta tese. Noutros trabalhos já me detive nesse caso (Toniol, 2014).

específica: com pouco menos de seis meses de pesquisa eu já havia acumulado mais dados e informações sobre a oferta de terapias alternativas/complementares nas UBS, ambulatórios e hospitais do estado, do que dispunha a própria secretaria. A justificativa foi suficiente para que Carlos aceitasse minha participação na Cepic, condicionando-a ao compromisso de que acompanhasse as atividades da comissão até que a Pepic estivesse publicada. Aceitei prontamente e ao fim da reunião recebi um ofício, entregue por sua assessora, que instituía o meu lugar na comissão como “observador convidado”.

Naquele momento, as informações do Estado sobre a oferta de terapias alternativas/complementares no SUS eram escassas justamente porque a secretaria não possuía estrutura burocrática para o controle desses atendimentos, bem como pelo fato de que, na maioria dos casos, quando realizados, esses serviços não eram registrados pelos municípios ou simplesmente eram feitos clandestinamente, sem que os próprios gestores locais soubessem ou autorizassem formalmente a atividade. No período em que comecei a buscar informações sobre as PICs no Rio Grande do Sul, por meio de conversas com conhecidos que trabalhavam no SUS ou via internet, encontrei inúmeros relatos de profissionais de postos de saúde que eventualmente realizavam sessões de reiki ou de acupuntura sem agulhas⁵⁰ em pacientes que, por exemplo, sofriam de hipertensão e não respondiam aos medicamentos. Seguindo as pistas de alguns desses relatos, em junho de 2012, eu já havia visitado cidades no interior do estado, como Uruguaiana, Santo Ângelo, Porto Xavier e Severiano de Almeida, para conhecer algumas dessas experiências de ofertas, oficiais ou não, de terapias alternativas/complementares no SUS. Assim como também já havia circulado em diferentes postos de saúde e hospitais de Porto Alegre onde tais práticas eram oferecidas. Foi nesses

⁵⁰ Assim como a acupuntura, que observa os princípios da medicina tradicional chinesa, a acupuntura sem agulhas é realizada em pontos específicos dos canais de circulação energética, apenas por meio da punção com os dedos.

termos que me integrei à Cepic, declaradamente na condição de observador convidado, mas objetivamente porque tinha mais informação sobre o uso das terapias alternativas/complementares no SUS do que a própria Secretaria da Saúde.

Além de Livia, Mariana, Carlos e eu, a Cepic ainda era constituída por outras sete pessoas, todas servidoras da Secretaria da Saúde e, como descobriria ao longo do trabalho de campo, bastante implicadas no tema das terapias alternativas/complementares. A proposta inicial para a formação daquela comissão havia sido encaminhada por Mariana, que, nos primeiros meses de 2012, assumira a coordenação do comitê gestor de implementação da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos no Rio Grande do Sul e, nessa função, percebera a possibilidade de estimular a formulação de uma política de PICs para o estado. A sugestão foi encaminhada ao secretário-adjunto que, sensibilizado pelos argumentos sobre o potencial de desmedicalização proporcionado pelas terapias alternativas/complementares nos atendimentos de atenção básica e pelo baixo investimento necessário para sua implementação, acatou a proposta e instituiu a Cepic.

Mariana é farmacêutica, professora da Escola de Saúde Pública⁵¹ e entusiasta dos fitoterápicos. Sua trajetória de encontro com o tema das terapias alternativas/complementares é tardio e concretizou-se somente após décadas atuando na gestão de centros de pesquisas e na capacitação de quadros para a Secretaria Estadual da Saúde.

Entre 1999 e 2000 eu assumi a [direção da] Fundação Estadual de Produção e Pesquisa em Saúde (Fepps). Logo que assumi a Fepps o pessoal de Santo Antônio

⁵¹ Segundo o site da escola: “A Escola de Saúde Pública (ESP/RS) é um Centro de Educação e Pesquisa em Saúde da Secretaria Estadual da Saúde (SES/RS) que tem por missão a gestão da educação em Saúde Coletiva no Estado, desenvolvendo ações de formação, educação permanente, pesquisa, extensão e produção de conhecimentos, que contribuam para o fortalecimento do SUS e para a promoção da saúde e da qualidade de vida da população gaúcha.” Ver: <http://www.escoladesaudepublica.rs.gov.br/conteudo/1729/>- (consultado em 07/05/2014).

da Patrulha⁵² me telefonou e me convidou para um evento de fitoterapia em que era para eu falar sobre as possibilidades de fazer fitoterápicos no laboratório farmacêutico do estado. Quando cheguei lá vi quase mil pessoas no ginásio da cidade falando sobre plantas medicinais. Lá estavam com um monte de plantas e garrafadas,⁵³ tudo exposto, no chão... Aí você imagina, naquele momento, também estava sob minha gestão o laboratório de saúde pública, então eu tinha comigo a coisa do sistema de vigilância sanitária. Olhei aquilo e falei: “Meu Deus do céu, o que é isso?” Aí eu fiquei entre dizer “pelo amor de Deus isso não pode!” e reconhecer que aquela gente era maravilhosa, que havia um conhecimento inestimável ali. As pastorais, as bruxinhas,⁵⁴ isso era outro mundo para mim, que eu comecei a descobrir naquele momento. Eu fui e falei, transmitida num telão, que não dava pra fazer fitoterápico [nos laboratórios da Fepps], que eu não era contra, mas que não dava porque era outra linha de produção. Mas ficou a pulga atrás da orelha. No mesmo período a Jussara [Cony] instalou a demanda para que o Executivo criasse uma comissão para elaborar uma política de plantas medicinais.⁵⁵ E aí eu conheci mais esse mundo. E sabia que aquilo ali não podia ser simplesmente rifado pela vigilância sanitária, havia muito conhecimento ali. (Mariana, em entrevista concedida em agosto de 2013).

De sua narrativa pessoal, transcrita parcialmente acima, sublinho dois aspectos que se articulam com argumentos recorrentes neste trabalho. Primeiro, o avanço do processo de legitimação/regulação das terapias alternativas/complementares em instituições estatais tem tornado os debates sobre saúde pública verdadeiros centros de visibilização dessas práticas, agora não mais restritas aos usuários do universo terapêutico esotérico ou da medicina popular. Mariana, por exemplo, aproximou-se da fitoterapia porque foi convocada para responder, enquanto servidora da Secretaria da Saúde, sobre a viabilidade da produção de fitoterápicos num laboratório público. Vale sublinhar que esse modo de presença das terapias alternativas/complementares em debates públicos

⁵² Santo Antônio da Patrulha é uma cidade gaúcha que fica a aproximadamente 90 quilômetros de Porto Alegre.

⁵³ Garrafadas são remédios preparados conforme o conhecimento popular a partir da infusão de plantas e de raízes. Esses remédios são normalmente distribuídos em garrafas de vidro.

⁵⁴ Bruxinhas ou bruxas era uma designação comum entre os membros da Cepic para fazer referência aos terapeutas holísticos.

⁵⁵ Jussara Cony (PCdoB) foi vereadora em Porto Alegre (1982 a 1988) e deputada estadual no Rio Grande do Sul (1991 a 2006). Foi responsável pelas primeiras políticas públicas voltadas para fitoterápicos no Rio Grande do Sul. Sua trajetória de relação com o tema está descrita no livro *Fórum pela Vida: projeto Plantas Vivas* (Cony, 2001).

contrasta significativamente com os dados das etnografias da década de 1980 dedicadas ao tema, que descrevem a oferta e o consumo dessas práticas como eventos reservados a espaços privados de atendimento e ainda revestidos pela aura do segredo (ver Russo, 1993).⁵⁶ Segundo, também importa sublinhar que o interesse dos terapeutas em produzir fitoterápicos numa escala e características produtivas semelhantes às daquelas dos medicamentos sintéticos introduz uma tensão que é permanente na consideração das terapias alternativas/complementares no âmbito da saúde pública, a saber: a valorização do caráter tradicional dessas formas de tratamento e a afirmação da necessidade de associá-las a novas tecnologias (seja para avaliar sua eficácia ou para “modernizá-las”).

Em 2012, quando Mariana apresentou ao secretário-adjunto a proposta para que uma política estadual de PICs fosse elaborada, o temor de ambos era pela possível reação do Sindicato Médico do Rio Grande do Sul (Simers) e dos membros do Conselho Estadual de Saúde, instância pela qual a política necessariamente teria que passar para ser instituída. Como descreverei no próximo capítulo, o receio em relação ao Simers justificava-se pela postura combativa do sindicato contra a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). Na ocasião do lançamento da Política Nacional de PICs, os diretores do sindicato não somente foram a público divulgando no rádio, televisão e jornais que “medicina é uma só e só se faz com médicos”, como também impetraram uma ação civil pública contra a União por conta da oficialização da oferta de práticas integrativas e complementares no SUS.

Antecipando-se às possíveis críticas que a comissão poderia despertar, o secretário-adjunto optou por, em suas próprias palavras, “não fazer alarde [sobre a Copic] e convidar um especialista jurídico” para integrá-la. O referido especialista era Rafael

⁵⁶ Refiro-me às terapias alternativas/complementares de modo geral e não à fitoterapia especificamente, cujo uso tem longa tradição na cultura popular brasileira.

Morosini, funcionário da Fundação Estadual de Produção e Pesquisa em Saúde e advogado responsável pela defesa de uma instituição de ensino de naturopatia num processo, também movido pelo Simers, contra o exercício “de medicina não convencional” por terapeutas holísticos.⁵⁷ A posição de Rafael sobre a Pepic convergia com a do secretário-adjunto, para ele a comissão não deveria atrair a atenção dos setores antagônicos à oferta e ao uso das terapias alternativas/complementares. E, além disso, era fundamental que a política não deliberasse sobre quais profissionais poderiam ou não proceder às PICs, concentrando-se, alternativamente, nos debates sobre quais práticas terapêuticas deveriam ser instituídas no SUS. A definição sobre quem poderia atuar como terapeuta, nesse caso, ficaria a cargo dos municípios e receberia maior atenção do Estado somente depois que a política já estivesse publicada. Essa recomendação pautou o modo de trabalho da Cepic, que durante 18 meses dedicou as reuniões ao debate sobre a viabilidade da introdução das terapias no SUS deixando em segundo plano os imbróglis trabalhistas que cercam o tema.

Por onde começar?

Carlos é médico e por duas vezes foi prefeito do pequeno município de Quinze de Novembro, no interior gaúcho. A cidade, com pouco mais de três mil habitantes, tem altos índices de desenvolvimento humano e de qualidade de vida, mas tem dificuldades para conter o problema do acelerado envelhecimento de sua população devido à emigração dos jovens para as zonas urbanas do estado. Filiado ao PDT desde 1989, Carlos concorreu, sem sucesso, às eleições para o Legislativo estadual em 2010. Como suplente do partido, assumiu, ainda em 2010, o assento na Assembleia Legislativa

⁵⁷ Já tratei do caso relativo a esse processo no capítulo anterior.

deixado por Ciro Simoni (PDT), indicado para a Secretaria da Saúde pelo governo de Tarso Genro (PT). Já no ano seguinte, Carlos deixou a Assembleia e assumiu a função de secretário-adjunto da Saúde, permanecendo no cargo até dezembro de 2014.

Entre os servidores da Secretaria da Saúde, a gestão de Carlos era descrita como sensível às demandas dos pequenos municípios, mas absolutamente refratária a qualquer enfrentamento de associações profissionais, tal como os sindicatos. Não demorou para que a característica do secretário-adjunto ficasse explícita também nas reuniões da Cepic. Em suas intervenções, sempre pontuadas por muitas metáforas, Carlos insistia que, diante de um tema tão controverso como as terapias alternativas/complementares, era preciso lembrar do jargão brizolista: “A sopa quente deve ser comida pelas bordas.” O ditado era repetido durante as reuniões cada vez que a recomendação de não enfrentamento a possíveis antagonistas da Pepic ficava ameaçada – fosse, por exemplo, pelo tom de uma frase escrita no texto da política ou mesmo pelo desejo de divulgação, por parte de alguns membros da comissão, do andamento dos trabalhos daquele grupo. Foi também na tentativa de prevenir as controvérsias que a institucionalização das PICs poderia gerar que o secretário-adjunto, logo na primeira reunião da comissão de que participei, estabeleceu a pauta da qual nos ocuparíamos pelos dois meses seguintes.⁵⁸

Vamos partir da realidade, daquilo que já existe. Nosso primeiro passo precisa ser auscultar a sociedade. Isso é importante para não ficarmos só na teoria e [isso] também nos dará muito respaldo. A função da política para mim é dar suporte ao que já existe ou àquilo que já está sensibilizado. A gente precisa descobrir o que já existe de terapias no estado. (Carlos, em reunião realizada em maio de 2012).

A proposta de Carlos era a de que a comissão seguisse aquilo que também havia sido feito pelo grupo de técnicos responsável pela elaboração da Política Nacional de

⁵⁸ Comecei a participar das reuniões da Cepic pouco menos de um mês depois de a comissão ter sido instituída. Durante 18 meses seguintes, não participei apenas de dois encontros.

PICs e identificasse todos os serviços do SUS que já empregavam terapias alternativas/complementares no estado.⁵⁹ Para isso, um instrumento de pesquisa deveria ser criado e enviado a todos os municípios do Rio Grande do Sul. Junto com Livia, assumi a tarefa de elaboração do questionário, cuja base já estava determinada por instrumentos que haviam sido aplicados noutros estados para finalidades similares.⁶⁰

Em síntese, o questionário enviado aos municípios tinha como objetivo coletar três tipos de informações: se havia alguma prática integrativa e complementar sendo realizada na rede local do SUS, se havia profissionais atuantes na rede de atenção básica com capacitação nessas terapias⁶¹ e, por fim, se o município possuía alguma lei ou ato administrativo que instituísse as PICs. Como já era previsto pelos membros da comissão, acostumados ao funcionamento das secretarias municipais de saúde, o retorno dos questionários correspondeu a apenas 26% das cidades do estado, mantendo, portanto, inacessíveis as informações sobre o uso de terapias alternativas/complementares em 74% dos municípios.⁶² Considerando os questionários retornados, 27% das cidades declararam possuir atendimentos com as terapias no SUS, enquanto 9% responderam que havia profissionais habilitados nessas práticas em seu quadro de funcionários, e que eles eventualmente realizavam algum procedimento nas unidades de

⁵⁹ Conforme descrito na PNPIC, a elaboração de uma pesquisa empírica interessada em identificar o que já havia de oferta de terapias alternativas/complementares no SUS também foi feita logo no início dos trabalhos da comissão encarregada de elaborá-la.

⁶⁰ O instrumento enviado aos municípios do Rio Grande do Sul foi produzido com base, sobretudo, num questionário que havia sido elaborado pelo Ministério da Saúde e noutro elaborado pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.

⁶¹ Perguntar sobre a possível qualificação de servidores do SUS nas práticas integrativas/complementares era de interesse da SES/RS porque a existência dessa mão de obra indicaria a viabilidade para que o início da oferta de atendimentos com PICs prescindisse da realização de concurso público para a contratação de profissionais especializados.

⁶² Em números absolutos, 130 municípios retornaram os questionários e 367 não o responderam.

saúde. Os gestores de 64% dos municípios afirmaram não haver atendimento com terapias alternativas/complementares nas unidades do SUS do município. Em números absolutos esses dados significavam que, pelo menos, 47 cidades do Rio Grande do Sul ofereciam, de modo sistemático ou não, serviços de saúde com terapias alternativas/complementares.

As informações estatísticas das cidades gaúchas acompanharam as médias que já haviam sido identificadas noutros estados e mesmo nacionalmente. Mais instigante do que essa demografia das PICs, no entanto, foram as informações obtidas graças às perguntas abertas do instrumento, que ajudam a dimensionar algo pouco pontuado pelos textos das políticas de PICs e também pelas pesquisas dedicadas ao assunto. Refiro-me ao fato de que a maior parte das terapias alternativas/complementares realizadas no SUS não eram aquelas previstas pela PNPIC. Entre as terapias declaradas pelos municípios gaúchos como procedidas em suas unidades de saúde, 23 não estavam descritas na Política Nacional de PICs; eram elas: terapia floral, reiki, massoterapia, automassagem, tai chi chuan, lian gong, lien chi, tuiná, shantala, ioga, shiatsu, chi gong, quiropraxia, meditação, terapia comunitária, deeksha, hipnose, auriculoterapia, cromoterapia, medicina ayurvédica, reflexologia, terapias com óleos e numerologia. O principal resultado dos questionários, portanto, era o de que havia mais terapias alternativas/complementares no SUS do que práticas integrativas e complementares.

Utilizadas em rotinas de atendimentos de diferentes cidades do estado, essas terapias eram, até aquele momento, invisíveis para a Secretaria da Saúde. A maior parte dos terapeutas que as procediam eram enfermeiros, técnicos e médicos com formação nessas terapias, mas que haviam sido contratados para exercer outras funções nas unidades de saúde. Quando registrados no sistema de gerenciamento do SUS, esses

atendimentos eram descritos como “consultas clínicas”, “atividade de educação em saúde” ou “práticas corporais”.

A constatação, resultante do retorno dos questionários, foi recebida pelos membros da Cepic como evidência de que, em primeiro lugar, os municípios prescindem de políticas de PICs para incorporar terapias alternativas/complementares em suas rotinas de atendimento. E em segundo, a urgência da publicação da Pepic para legitimar as terapias e estabelecer seus marcos de regulação. Noutras palavras, legislar sobre as terapias alternativas/complementares é promulgar, num só ato, aquelas respaldadas pelo Estado e aquelas que permanecerão à margem dele. A diferença entre as terapias oficialmente instituídas no SUS e aquelas ignoradas reside justamente na possibilidade de que elas sejam ou não concebidas como práticas integrativas e complementares. Nesse sentido, vale sublinhar, trata-se de criar os mecanismos de diferenciação entre as terapias que permanecerão sendo alternativas/complementares e aquelas que serão inventadas como PICs. É justamente desse processo que tratarei na próxima seção deste capítulo.

A poética do Estado

Na versão final do texto da Pepic, a Secretaria da Saúde gaúcha referendou, além das práticas terapêuticas já legitimadas/reguladas pela Política Nacional de PICs, outras seis: terapia floral, reiki, práticas corporais integrativas, terapias manuais e manipulativas (massoterapia, osteopatia e quiropraxia), terapia comunitária e dietoterapia. Além dessas, a Cepic também estabeleceu, em uma de suas diretrizes, o dispositivo de “recomendação” da medicina ayurvédica, da meditação, da cromoterapia, da musicoterapia, da aromaterapia e da geoterapia. Cada uma dessas terapias pautou uma ou mais reuniões da comissão, além de também ter sido debatida durante uma

reunião ampliada, que contou com a participação de servidores de todas as coordenadorias regionais de saúde do estado.⁶³ Por via de regra, a comissão baseou-se em três critérios para considerar o apoio à institucionalização de alguma terapia alternativa/complementar no SUS: a) precedência em atendimentos na rede pública de saúde; b) existência de associação profissional organizada; c) afinidade das características da terapêutica com o princípio da integralidade (holismo).

Com relação ao primeiro critério, ele encarna de modo singular a ambiguidade da oficialização das terapias alternativas/complementares, que para serem legitimadas precisam já ter “provado” sua viabilidade no SUS, mas, ao mesmo tempo, enquanto não estiverem descritas em políticas de PICs são consideradas procedimentos ilegais nos espaços de saúde pública. O acesso às informações sobre a existência ou não de precedentes no SUS baseava-se, nesse contexto, nos dados obtidos por meio do questionário enviado aos municípios. Já o segundo critério, privilegiar as terapias alternativas/complementares cuja formação dos especialistas e os procedimentos estivessem avalizados por associações profissionais, foi o recurso encontrado pela comissão para que, ao menos em um primeiro momento, o Estado não tivesse que estabelecer os parâmetros normativos para realização das PICs. E, por fim, o holismo como princípio elementar das terapias alternativas/complementares legitimadas pelo Estado era a condicionante que acompanhava a própria definição de PICs expressa na Pepic: “Práticas integrativas e complementares são práticas de promoção, proteção e recuperação de saúde, *que pressupõe o usuário/paciente na sua integralidade física, mental, emocional, social, ambiental e espiritual [...]*” (Rio Grande do Sul, 2013, p. 15, grifo meu).

⁶³ As coordenadorias regionais de saúde são a principal instância de contato entre a SES e as secretarias municipais de saúde. No Rio Grande do Sul são 19 coordenadorias, que congregam entre 7 e 62 cidades.

Esses três aspectos estabelecidos como norteadores para definir quais terapias alternativas/complementares poderiam ser tornadas PICs estão explicitados no texto da Política Estadual de PICs e também foram apresentados oficialmente durante a realização do I Seminário Regional Sul de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, realizado em 2012, dirigido a prefeitos e secretários de saúde dos três estados da região e organizado numa parceria entre a Secretaria e o Ministério da Saúde. Tais aspectos constituem a razão burocrática do Estado acionada para justificar a nomeação de determinada prática como integrativa e complementar ou não. Contudo, não é a normatividade do Estado que interessa neste capítulo, dimensão discutida no capítulo anterior. Aqui me ocupo parcialmente daquilo que Michael Herzfeld (2008) denominou de “poética do Estado”.

Em seu livro, *Intimidade cultural*, Herzfeld (2008) opera substancialmente dois conceitos, o de poética (social) e o de intimidade cultural. Como bem sintetizou Marcio Goldman (1998), a “intimidade cultural” seria constituída por valores que os indivíduos e grupos consideram como “seus”, e que eles devem, ao mesmo tempo, seguir e apresentar aos demais. Representam-se os valores no sentido teatral do termo, mas isso só adquire sentido no quadro das interações concretas, interações que, simultaneamente, produzem os contextos em que se processam (Goldman, 1998, p. 150). É nessa apresentação criativa do eu individual que se situa a “poética do social”. Ocorre, e é isso o que nos interessa particularmente no texto de Herzfeld, que o Estado também tem sua poética. E parte essencial dela consiste justamente no “esforço para apagar todos os rastros de sua própria criatividade, ao mesmo tempo em que busca impedir a de todos os demais”. Afinal, como afirma Herzfeld (2008, p. 40), “o estado-nação está comprometido ideologicamente com a sua perpetuação ontológica para toda a eternidade. Embora possa tentar adotar a mudança tecnológica ou até social, ele

perpetua a ilusão semiótica da fixidez cultural.” E é por isso, continua o autor noutro trecho, “que as ideologias oficiais costumam recusar a instabilidade semântica: reconhecendo que a instabilidade levaria ao apercebimento de que os próprios sentidos oficiais são instáveis” (Herzfeld, 2008, p. 41).

As consequências dessa perspectiva para estabelecer o modo pelo qual a antropologia contribui para os estudos do Estado são definitivas. O antropólogo deve reinserir “a consciência do fundamento social, cultural e político mesmo do poder mais formal e do conhecimento mais abstrato” (Herzfeld, 2008, p. 46). Noutras palavras,

[...] o antropólogo, que encara esse Estado-nação em seus planos de existência mais concretos – aqueles das experiências vividas pelos indivíduos e grupos que nele habitam –, percebe imediatamente que o que se denomina com esse nome consiste, na verdade, em um conjunto aberto de agentes e operações, possuindo como denominador comum o fato de estarem voltados para uma “despoetização” da vida social, ou seja, para a essencialização, naturalização e literalização de experiências sociais sempre múltiplas e polifônicas. (Goldman, 1998, p. 151).

Ao situar seu interesse na dimensão mais concreta desse conjunto aberto de agentes e operações, Herzfeld reconhece no cotidiano dos agentes estatais, portanto, uma via de acesso privilegiada ao problema da poética do Estado. Afinal, esses sujeitos têm à disposição uma variedade excepcionalmente rica dos próprios dispositivos de apresentação do Estado, uma vez que são autores de leis, burocracias, políticas públicas, etc., que emergem (quase) sem deixar rastros e terminam servindo para reificar essa aparente imutabilidade estatal (Herzfeld, 2008, p. 54).

A perspectiva de Herzfeld oferece um enquadramento analítico oportuno para situar a etnografia deste capítulo dedicada ao trabalho cotidiano de uma comissão encarregada de elaborar uma política pública. É na tentativa de manter a pertinência desse posicionamento teórico que, apesar de enunciar aqueles três aspectos que oficialmente serviram para justificar a conversão de certas terapias alternativas/

complementares em PICs, privilegiarei as negociações cotidianas levadas a cabo pelos agentes estatais implicados nesse processo. Dito de outro modo, sem perder de vista a poética do Estado, afinal também estou interessado na apresentação formal da Política Estadual de PICs, aposto aqui na observação e descrição do cotidiano concreto dos agentes estatais que elaboraram essa política. A partir deles, como mostrarei etnograficamente, também podemos “despoetizar o Estado”.

Os limites da integralidade

Cada uma das terapias alternativas/complementares tornada PIC foi objeto de longos debates que seguramente poderiam render extensas análises. Atentarei, no entanto, apenas para o caso de uma delas, a dietoterapia. Assim procedo não por considerá-la um exemplo médio do processo que envolveu as outras terapias, mas porque descrever como essa prática foi convertidas em PIC é, como sugiro, emblemático das negociações cotidianas que envolvem a formulação de uma política pública.

Durante as reuniões da Cepic em que se avaliava a possibilidade de inclusão de uma prática terapêutica específica nos espaços do serviço público de saúde gaúcho, a correspondência dos modos de cuidado da terapia com o ideal de atenção integral à pessoa era o principal aspecto considerado.⁶⁴ Com isso, buscava-se privilegiar as terapias alternativas/complementares cujo fundamento ontológico apontava para a ideia de que o adoecimento/saúde da pessoa está baseado numa relação inextrincável entre corpo, mente e espírito, e que essa relação pode ser modificada a partir de intervenções externas.

⁶⁴ Aqui a ideia de integralidade implicada no princípio da atenção integral à pessoa está, como descrevi no capítulo anterior, associada à noção de holismo.

O reiki, por exemplo, interviria nessa relação (corpo/mente/espírito) a partir da organização da circulação energética entre os chacras. Os florais, por sua vez, teriam a capacidade de transmutar energias que desorganizam a pessoa em energias equilibradas. Ambas as práticas, isto é, tanto a terapia floral quanto o reiki, foram introduzidas na Pepic. Contudo, a cromoterapia, que funciona de modo semelhante ao reiki, mas cuja intervenção é feita por um canhão de luzes coloridas ao invés de energias canalizadas pelo terapeuta reikiano, não foi oficializada. A razão para essa diferença de apreciação dessas duas terapêuticas orientadas por princípios semelhantes tem, pelo menos, dois níveis explicativos. Primeiro, era consenso entre os membros da Cepic que havia, no estado, mais profissionais capacitados em reiki do que cromoterapeutas, o que tornaria a institucionalização da primeira mais viável do que a da última. E, segundo, cinco membros da Cepic eram reikianos. Essa proximidade dos técnicos da comissão com as terapias introduzidas pela Pepic pode ser elencada como um fator determinante para compreender o reconhecimento das práticas que o Estado do Rio Grande do Sul terminou avalizando no SUS. Entre os integrantes da Cepic, além dos reikianos, também havia terapeutas florais, mestres em práticas corporais e especialistas em terapias manuais (massoterapia, osteopatia e quiropraxia), todas práticas que terminaram legitimadas pela Pepic. Isso certamente não invalida as decisões tomadas pela comissão sobre essas terapias, mas dimensiona a economia política envolvida nas decisões do grupo de técnicos.

Perspectiva holística, ampla oferta de profissionais capacitados e, no plano das negociações internas à comissão, proximidade dos técnicos da Cepic com as terapias: nenhuma dessas características está contemplada pela dietoterapia. Em agosto de 2013, quando a comissão já havia tomado as principais decisões sobre a Pepic e as reuniões

estavam dedicadas à elaboração do texto da política propriamente, Carlos, em uma dessas ocasiões, pediu para iniciar o encontro “apresentando uma proposta”:

Eu estava vindo pra cá e ouvi no carro sobre a trofoterapia. Não sei muito bem o que é, mas tem a ver com a cura pela alimentação. Eu acho que deveríamos avançar nessa área. As pessoas precisam saber que é necessário diminuir o sal, comer menos gordura, etc. Acho que aí iremos avançar. Eu ouvi sobre muitas terapias nesse ano [durante as atividades da comissão], e queria que essa fosse a minha contribuição para a Pepic. (Carlos, em reunião realizada em agosto de 2013).

Nenhum dos membros da Cepic conhecia a trofoterapia. Tampouco Joana, nutricionista, integrante da comissão e coordenadora da Política de Alimentação e Nutrição (PAN) numa das coordenadorias regionais de saúde do estado.

Ainda durante a reunião, que a partir da intervenção de Carlos passou a ser dedicada à trofoterapia, outros técnicos presentes buscaram informações sobre aquela terapia nos manuais da Secretaria da Saúde e na internet. Os resultados que obtivemos descreviam a prática de modo genérico, tal como consta num site especializado encontrado por Joana: “Trofoterapia é o tratamento com base na seleção de alimentos adequados para tratar de cada doença e sintoma.” (Instituto de Terapias Complementares, 2009). Decidiu-se, então, que a reunião seguinte da Cepic seria dedicada ao tema e um assessor da Política de Alimentação e Nutrição do Rio Grande do Sul seria convidado para a atividade.

Duas semanas depois, um dos técnicos envolvidos no processo de implementação da PAN no estado fez uma apresentação daquela política aos membros da Cepic e sobre a trofoterapia esclareceu que jamais havia ouvido falar da prática. Apesar da negativa, Carlos insistiu com a comissão que aquela deveria ser sua contribuição para a política, e que introduzir a trofoterapia ou, em suas palavras, “alguma terapia semelhante que priorize a alimentação”, fortaleceria a Pepic, aproximando-a de outra política de Estado (a PAN) e incidindo sobre um aspecto em torno do qual a categoria médica convergiria,

a “alimentação saudável”. A trofoterapia, contudo, além de ser absolutamente desconhecida pelos membros da comissão, não ter sido demandada por parte dos municípios do estado e explicitamente não dispor de profissionais suficientes para que fosse introduzida em postos de saúde, ambulatórios e hospitais gaúchos, também não estava balizada pelo princípio da integralidade (holismo).

A trofoterapia não atendia a nenhuma das características que justificavam a própria Política Estadual de PICs. Era, no entanto, um desejo do secretário-adjunto, que durante um ano e meio havia dado legitimidade política para aquela comissão. E, além disso, segundo a avaliação de Carlos, a inclusão daquela prática no *rol* das terapias previstas pela Política Estadual de PICs poderia facilitar a aprovação do documento, mesmo que, como todos sabíamos, sua perspectiva de implementação efetiva no SUS era irrealista. A comissão acatou a proposta de Carlos e a terapia, apresentada genericamente como “trofoterapia/dietoterapia” na Pepic, foi convertida em prática integrativa e complementar. No texto da política, uma diretriz específica para a trofoterapia foi criada:

Diretriz 15 – Para implementação da dietoterapia/trofoterapia:

15.1 – Promover a introdução da Dietoterapia/Trofoterapia nos programas de alimentação e nutrição das redes de atenção com ênfase na saúde escolar e doenças metabólicas;

15.2 – Promover cursos e eventos de capacitação para profissionais das redes de Atenção Básica.

Não pretendo, com essa descrição, apresentar a parcialidade das decisões sobre as PICs em caráter de denúncia. Faço-o, antes disso, para explicitar que a avaliação técnica também é política. O caso ainda parece bom para pensar numa lógica inversa. No lugar de enfatizar que a trofoterapia foi tornada uma PIC apesar de não atender ao princípio da integralidade (holismo), também não seria pertinente sugerir que a inclusão da trofoterapia como uma PIC amplia ainda mais as fronteiras da integralidade e

transforma, por normatização precedente, o *rol* de terapias que podem ser consideradas como holísticas? A pergunta deve permanecer aberta e, se pertinente, ser colocada diante de novas pesquisas sobre outras políticas de PICs.

Talvez, a principal lição aqui (menos especulativa do que a anterior) seja a necessidade de reconhecer que, apesar da força da poética do Estado, que nos faz crer na preeminência dos princípios técnicos e na razão burocrática como seus guias inabaláveis, as políticas públicas (assim como todos os atos oficiais) também se fazem contingencialmente. Se essa não é uma constatação original para as pesquisas sobre políticas públicas, cabe a seguir delinear parte das especificidades da contingência da política em questão.

Feiras místicas e a Frente Holística Nacional

Durante o período do trabalho de campo junto à Cepic e enquanto também realizava a pesquisa nos ambulatórios, clínicas e hospitais que descreverei a seguir, soube da realização da 8ª Conferência Saúde e Espiritualidade: Encontro Holístico Brasileiro, em Porto Alegre. As edições anteriores do evento reuniram, em média, dois mil inscritos que acompanhavam palestras de terapeutas holísticos, visitavam os estandes das escolas e dos cursos de terapias alternativas/complementares e inteiravam-se do lançamento de produtos voltados para os atendimentos, tais como máquinas de cromoterapia, de fotografia kirlian ou ainda novos sistemas florais. As características do evento, que associa palestras à venda de serviços e produtos dirigidos sobretudo a práticas holísticas de saúde, assemelham-se àquelas das feiras místicas já descritas por outros autores (Magnani, 1999b). Tal como o Encontro para a Nova Consciência: o Pensamento da Cultura Emergente ou, conforme é conhecido entre os seus

frequentadores, “Carnaval da Alma”, etnografado por Leila Amaral (2000). À primeira vista, a semelhança entre o evento que observei em Porto Alegre e aquele descrito por Amaral é tamanha que o excerto abaixo poderia servir para apresentar a “versão” gaúcha:

[...] constituído por oradores e facilitadores de workshops, convidados pela organização para realizar palestras, participar de debates e conduzir vivências e cursos, é totalmente aberta para um público heterogêneo formado por frequentadores voluntários [...]. Além das palestras e debates, o encontro proporciona aos frequentadores cursos e workshops tipicamente reconhecidos como Nova Era, tais como: florais brasileiros, t'ai chi chu'an, yoga, fotos kirlian, bioenergética, biodança [...]. (Amaral, 2000, p. 189).



Workshops e demonstrações realizadas durante a 8ª e a 10ª edição do Encontro Holístico Brasileiro. Fotos do autor.

Apesar dessas semelhanças, três aspectos inscrevem o Encontro Holístico Brasileiro, realizado em Porto Alegre desde 2005, num registro significativamente distinto das atividades analisadas por Amaral e Magnani, permitindo-nos concebê-lo como um caso emblemático do processo de oficialização das terapias alternativas/complementares no país.⁶⁵ Em primeiro lugar, em vez de ser realizada em bairros com alta concentração de centros esotéricos, o Encontro Holístico ocorre na Assembleia Legislativa do Estado do Rio Grande do Sul.⁶⁶ Em segundo lugar, o evento não foi idealizado por alguma escola de terapia holística, mas por um deputado federal, Giovani Cherini. Uma última diferença refere-se ao fato de que atualmente o principal órgão divulgador do evento não são jornais esotéricos, mas sim a Frente Parlamentar Mista de Práticas Integrativas em Saúde.

A Frente Holística, como também é conhecida, reúne parlamentares do Congresso Nacional engajados na defesa e na oferta das PICs nos serviços públicos de saúde, no apoio ao desenvolvimento de pesquisas dedicadas a essas terapias e na tentativa de

⁶⁵ Processo, aliás, que na introdução deste trabalho argumentei ter recebido pouca atenção de antropólogos.

⁶⁶ Por conta do grande número de inscritos, algumas edições do evento não puderam ser realizadas na Assembleia, mas ocuparam outros espaços que também pertencem ao Estado. Participei de duas edições do encontro (2013 e 2015) e complementei os dados dessas observações com relatos feitos por terapeutas holísticos fartamente difundidos na internet.

regulamentação da profissão de terapeuta holístico.⁶⁷ Atuando como promotora do Encontro Holístico Brasileiro, a Frente Parlamentar tem buscado capitalizar, por meio desse evento, os discursos sobre a legitimidade das terapias alternativas/complementares. Durante o encontro, por exemplo, apesar da heterogeneidade dos expositores, as universidades federais têm estandes permanentes para apresentar experiências de pesquisas que envolvam as PICs ou simplesmente para divulgar os programas de disciplinas, obrigatórias e eletivas, voltadas para as terapias alternativas/complementares oferecidas em cursos de graduação.⁶⁸ Também na tentativa de sublinhar a oficialização das PICs e, nesse caso, sobretudo a validade científica dessas práticas, as últimas três edições do Encontro Holístico Brasileiro têm dado centralidade

⁶⁷ No site oficial, os seguintes objetivos são descritos como metas principais da Frente Holística: a) sugerir e defender políticas públicas que objetivem a inclusão de Terapias Integrativas nos Programas de Saúde; b) divulgar as terapias existentes, bem como os benefícios que elas trazem; c) propor soluções legislativas, ouvindo as propostas das entidades representativas do segmento dos terapeutas, cursos de cuidados integrativos, que objetivem a normatização destas terapias, tais como a adoção de uma política nacional de saúde integrativa (atuação profissional, formação acadêmica e em nível de graduação e especialização, entre outras); d) envidar esforços no sentido de aprovar as propostas legislativas e que tratam sobre as terapias integrativas; realizar encontros, simpósios, seminários, reuniões e outros eventos, com vista a debater as terapias integrativas e a sua importância para a área da saúde; e) articular e integrar as iniciativas e atividades da Frente Parlamentar com as ações de governo e de entidades da sociedade civil, em defesa das terapias integrativas; f) estimular e divulgar as pesquisas acadêmicas e científicas referentes às terapias integrativas sob a visão de novos paradigmas, bem como atuar de forma harmoniosa com profissionais da área da saúde, instituições, sindicatos, cooperativas e as demais entidades ligadas às terapias integrativas; g) analisar, propor mudanças e/ou alterações nos projetos de lei que tratam sobre as práticas integrativas em saúde, em tramitação no Congresso Nacional (Frente Holística, 2013).

⁶⁸ Nas edições do evento que acompanhei, pude observar estandes das Universidades Federais do Rio Grande do Sul, de Pelotas e de Santa Maria.

à divulgação de iniciativas de financiamento de pesquisas sobre PICs e de eventos científicos dedicados ao tema.⁶⁹

Em 2013, quando participei do Encontro Holístico pela primeira vez, a Frente Parlamentar encarregada de sua divulgação e, em alguma medida, organização havia decidido premiar o Ambulatório de Terapias Naturais e Complementares da Vila 1º de Maio, onde realizei trabalho de campo, por conta de seu pioneirismo na oferta de PICs em seus serviços de saúde. No ano anterior, os reikianos que atuam no setor de quimioterapia do Hospital Conceição também já haviam sido premiados. Se essas situações já dimensionam o quanto esse evento tornou-se um meio de visibilização dos serviços de PICs no SUS, alguns deles objetos desta própria pesquisa, na edição de 2013 essa sobreposição ficou ainda mais evidente. Na ocasião, a palestra de abertura do evento, realizada pelo deputado Giovani Cherini, correligionário de Carlos, foi dedicada, sobretudo, a destacar os avanços que, em suas palavras, o Estado do Rio Grande do Sul faria “ao reconhecer novas terapias como PICs, além daquelas já previstas pela Política Nacional”.

Como espero já ter deixado claro, meu objetivo aqui não é descrever o Encontro Holístico Brasileiro, mas usá-lo como uma espécie de evento-chave para insistir no argumento de que a oficialização das terapias alternativas/complementares pelo Estado tornam a deliberação sobre a legitimidade dessas práticas não um ato oficialmente técnico, mas oficiosamente político. Além disso, tomo esse evento como ponto de

⁶⁹ Entre esses destaco a chamada para financiamento de pesquisas sobre PICs, lançada em 2013, a partir de parceria entre CNPq, Ministério da Saúde e Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação; o I Simpósio Internacional de Práticas Integrativas e Complementares Baseadas em Evidências, realizado em Brasília e organizado pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília; e ainda, outra chamada para financiamento de pesquisas sobre PICs, válida por um período de dois anos (2013–2015), realizada num convênio entre CNPq, Fapergs, Secretaria Estadual da Saúde/RS e Ministério da Saúde.

partida para introduzir o tema dos debates sobre espiritualidade no âmbito da Secretaria Estadual da Saúde.

Como assinala na introdução deste trabalho, embora a literatura dedicada aos movimentos da Nova Era tenha sido fundamental para que me aproximasse de tópicos importantes do debate sobre as terapias alternativas/complementares, a análise dessas práticas terapêuticas no contexto de sua introdução nos serviços de saúde pública impõe a necessidade de atenção a dimensões pouco privilegiadas no âmbito daquelas pesquisas. Refiro-me, sobretudo, à atuação do Estado como nova instância de articulação dos sujeitos, discursos e práticas associados às terapias alternativas/complementares que, por sua vez, a partir das políticas de PICs, passaram a estar implicados em processos de legitimação, regulação e, num sentido amplo, de oficialização. É isso o que parece estar em jogo, de modo emblemático, no 8º Encontro Holístico Brasileiro, quando agentes e instituições públicas passaram a protagonizar aquilo que, noutro momento, já fora descrito por pesquisadores como eventos “concebidos e apresentados ao público, com o objetivo de discutir a Nova Era como uma espiritualidade que se constitui no espaço da diversão e do consumo” (Amaral, 2000, p. 123). Evitando, portanto, pautar a presença da categoria espiritualidade nos debates sobre terapias alternativas/complementares no SUS pela chave analítica da Nova Era, descrevo, a seguir, a emergência e o tratamento do tópico nas reuniões da Cepic. Antes, no entanto, é preciso retornar aos questionários enviados às cidades do Rio Grande do Sul como instrumento de consulta sobre o uso das PICs no estado.

Embora não houvesse no instrumento de pesquisa um espaço específico para que os gestores de saúde declarassem seu interesse em introduzir PICs em suas cidades, muitos o fizeram espontaneamente. Essas demandas chegaram à comissão por e-mail ou descritas, na forma de recados, nos próprios questionários devolvidos. Esses pedidos,

por sua vez, não se referiam às terapias previstas pela Política Nacional de PICs, mas, em vez disso, demandavam terapias alternativas/complementares. Entre os 15 encaminhamentos registrados, cinco deles mencionavam o reiki como prática terapêutica de interesse do município, enquanto os dez restantes, oriundos de municípios de regiões distintas do estado, solicitaram que benzedeadas fossem incorporadas às UBS. Para os gestores municipais, parecia razoável que uma política voltada para PICs contemplasse a prática de benzimento.⁷⁰ Antes de usar o caso para reafirmar a suposta falta de esclarecimento dos gestores do SUS sobre as políticas de saúde, quero sublinhar tais demandas em sua dimensão produtiva. Primeiro, porque a situação aponta para o tipo de procedimento que, para gestores e trabalhadores do SUS, está associado às práticas integrativas e complementares. E, segundo, porque essas demandas por benzedeadas foram o ponto de partida para que a discussão sobre os possíveis vínculos entre espiritualidade, saúde e PICs fosse incluída na pauta das reuniões. Na próxima seção dedico-me a descrever o cotidiano das reuniões que trataram do tema da articulação entre espiritualidade, saúde e PICs. Ao fazê-lo, explico, por um lado, como esse debate ocupou a formulação da Política Estadual de PICs e, por outro, trato de tornar menos genéricas as referências “ao Estado”. O esforço narrativo que segue é o de elaboração de um Estado despoetizado, isso é, específico e, antes de tudo, formado por agentes com seus próprios interesses no debate. Formuladas

⁷⁰ Recentemente, em 2012, o ofício de benzedeadas foi reconhecido como medicina tradicional em dois municípios do Paraná, Rebouças e São João do Triunfo. O reconhecimento foi um dos resultados da ação do Movimento Aprendizes da Sabedoria, uma organização que se descreve como defensora dos direitos dos detentores de ofícios tradicionais de cura. No caso das cidades paranaenses, a legitimação da prática de benzedeadas ocorreu por meio de decretos municipais e abriu a possibilidade de que as benzedeadas buscassem a inserção no SUS como agentes comunitárias de saúde. Para uma descrição sobre a prática do benzimento e sua tradição no catolicismo popular, ver Steil (2008).

como pergunta, as reflexões que seguem são uma forma de pensar: de que “Estado” estamos tratando?

A implicação das ciências médicas nos debates sobre espiritualidade e saúde

Em setembro de 2013, diante de uma plateia que lotava a sala de reuniões da Secretaria Estadual da Saúde e dos membros da comissão, que permaneciam sentados em volta de uma mesa, Carlos iniciou outra reunião da Cepic.

Esse é um dia histórico para a Secretaria da Saúde. Essa é a primeira vez que debatemos aqui esse tema, que é tão importante: a espiritualidade. Vocês sabem, eu sou do “interiorzão” e lá, por muito tempo, a população tinha que resolver seus problemas com o que tinha à disposição, chás, ervas, benzedadeiras. Nós estamos aqui para recuperar isso, mas com responsabilidade. Esse é o momento propício para esse debate, as universidades já estão mostrando os efeitos da prática cotidiana de espiritualidade na saúde. Vamos ver no que podemos avançar. De qualquer forma, é um primeiro e importante passo que estamos dando. (Carlos, em reunião realizada em setembro de 2013).

O evento, conduzido em tom quase solene, havia sido planejado pelos membros da Cepic desde o dia em que os resultados dos questionários enviados aos municípios foram apresentados. Em alguma medida, aquela era a resposta oficial da secretaria diante da demanda pela incorporação de benzedadeiras nas unidades de saúde do estado. Ao contrário das outras terapias alternativas/complementares que foram mencionadas pelos gestores municipais e, com isso, adquiriram legitimidade para serem debatidas na Secretaria da Saúde, a menção às benzedadeiras não engendrou discussões sobre essa prática terapêutica em si, mas sim sobre o tema geral da relação entre espiritualidade e saúde. A razão para isso, segundo Mariana, membro da Cepic e umas das principais entusiastas daquela reunião, era tática.

Se tem uma coisa que eu aprendi com a política é ser tática. A gente sabe que nesse momento não podemos bancar as benzedadeiras no SUS, mas temos abertura, por conta de todas as pesquisas que estão sendo feitas em universidades de todo

mundo, para falar sobre espiritualidade. Claro que espiritualidade não é uma terapia, mas é um eixo que pode atravessar todas as terapias. E é um eixo que está respaldado pela demanda popular, pela ciência e pelo nosso entendimento de saúde integral que trata a pessoa como um todo biopsicossocial-espiritual. (Mariana, em reunião realizada em setembro de 2013).

A demanda por benzedeadas foi fundamental para dar legitimidade àquela reunião realizada no âmbito da Cepic. Assim como os encontros que a comissão realizou sobre terapias específicas (reiki, florais, medicina ayurvédica, medicina chinesa, etc.), essa atividade, que tinha como foco a relação entre espiritualidade e saúde, também contou com a presença de um especialista, formalmente convidado pelo próprio secretário-adjunto da Saúde do Estado. A especialista em espiritualidade convidada para a reunião era Raquel Panzini, funcionária da Secretaria Estadual da Saúde e doutora em ciências médicas, com especialidade em psiquiatria, pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Apesar de sua inserção na Secretaria, a presença de Raquel naquela reunião devia-se à sua trajetória acadêmica e não à função que desempenhava na SES como gestora de políticas de atenção básica.

Raquel é formada em psicologia e sua dissertação de mestrado foi dedicada à tradução, adaptação e validação de um instrumento de pesquisa desenvolvido na década de 1990 para avaliar o modo pelo qual as pessoas usam sua espiritualidade para enfrentar situações de estresse (Panzini, 2004). Intitulado Religious Coping Scale, o instrumento foi originalmente elaborado por Kenneth Pargament (1997), psicólogo e um dos pesquisadores pioneiros nos estudos recentes das relações entre saúde e espiritualidade pelas ciências médicas. Em sua dissertação, Raquel Panzini (2004, p. 25) caracteriza o *coping* religioso do seguinte modo:

A religião [...] constitui-se num processo de “busca de significado através de caminhos relacionados ao sagrado” (Pargament, 1997, p. 32). Quando as pessoas se voltam para a religião para lidar com estresse, acontece o *coping* religioso, definido

como uso de crenças e comportamentos religiosos para facilitar a solução e prevenir ou aliviar as consequências emocionais negativas de circunstâncias de vida estressantes.

O resultado da pesquisa de Raquel Panzini foi o desenvolvimento da primeira Escala de *Coping* Religioso-Espiritual adaptada e validada no Brasil.⁷¹ Após sua publicação, esse instrumento serviu como procedimento metodológico para pesquisas realizadas no âmbito das ciências médicas que identificaram correlações positivas entre espiritualidade e, por exemplo, melhora na condição de saúde de pessoas com transtorno bipolar de humor (Stroppa; Moreira-Almeida, 2009) e de pacientes com doenças renais (Valcanti et al., 2012).⁷²

Comprometida com um objeto de investigação semelhante em seu doutorado, Raquel Panzini ainda validou outro instrumento de pesquisa dirigido a espiritualidade, o WHOQOL-SRPB. Trata-se, mais especificamente, da extensa seção dedicada a

⁷¹ Sobre a oscilação entre as categorias “religião” e “espiritualidade” nas pesquisas das ciências médicas, especificamente naquelas realizadas por Panzini, reproduzo a seguir uma esclarecedora nota retirada de um de seus textos: “Segundo George, Larson, Koenig e McCullough (2000), embora ainda hoje sejam usadas como sinônimos, vem crescendo a utilização distinta das palavras religião e espiritualidade. A primeira com o cunho de ser institucionalmente socializada, vinculada a uma doutrina coletivamente compartilhada e/ou praticada. A segunda refere-se também a buscas e práticas subjetivas, individuais e não-institucionais. Ambas têm em comum a busca do sagrado – conceito ainda não avaliado diretamente pelos instrumentos de medida atuais. Apenas a partir de 1997 há um movimento discutindo e buscando distintas conceituações/operacionalizações das palavras religião e espiritualidade para a criação de uma linguagem teórica uniforme (Larson, Swyers & McCullough, 1997). Por isso, textos mais antigos referem-se somente a ‘*coping* religioso’, e deste modo aparecem neste texto, embora muitas vezes possam estar se referindo também a *coping* espiritual. Um exemplo é a escala RCOPE, que apesar de referir-se textualmente apenas a *coping* religioso é composta tanto de itens de *coping* religioso, quanto de *coping* espiritual, sendo que alguns itens podem ser classificados em ambos. O próprio Pargament, primeiro autor da RCOPE *Scale*, utiliza em textos posteriores o termo ‘*religious/spiritual coping*’. Seguindo a nova tendência, nomeou-se a escala traduzida de Escala de *Coping* Religioso-Espiritual (Escala CRE).” (Panzini, 2004, p. 25).

⁷² Essas foram algumas das pesquisas elaboradas a partir do instrumento validado por Raquel Panzini e que ajudam a dimensionar a amplitude das possíveis correlações entre saúde e espiritualidade.

espiritualidade no questionário sobre qualidade de vida desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e aplicado como protocolo de pesquisa, mas também como metodologia para avaliação clínica de pacientes em hospitais.⁷³ Durante toda reunião da Cepic, Raquel apresentou os instrumentos por ela validados e uma série de dados, oriundos de pesquisas médicas, que demonstram a existência de correlações entre espiritualidade e saúde.

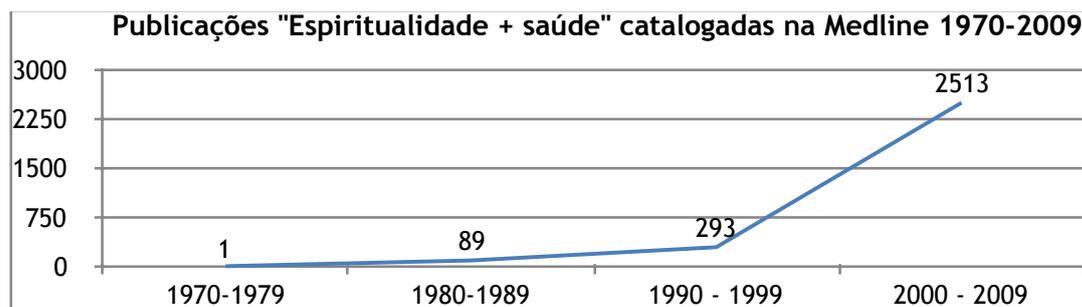
Como se pode deduzir do tipo de inserção acadêmica de Raquel e do empenho de agências de saúde como a OMS na produção de tecnologias dirigidas à espiritualidade, o tema dos possíveis vínculos que articulam saúde e espiritualidade tem adquirido cada vez mais legitimidade no campo das ciências médicas. A constatação também é

⁷³ Sobre os hospitais que os aplicam como protocolo de avaliação e de anamnese, vale destacar que esses instrumentos têm características bastante variadas; alguns deles são genéricos e deveriam ser capazes de captar a “situação da espiritualidade” de qualquer um, enquanto outros são mais específicos, voltados para pacientes com perfis clínicos determinados. Daqueles que podem ser amplamente utilizados, certamente o mais frequente é o já citado WHOQOL Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs (SRPB), desenvolvido pela OMS em 2002 com a colaboração de profissionais ligados a 18 centros de pesquisa de diferentes continentes. O instrumento tem 142 questões, diante das quais os sujeitos pesquisados devem responder, a partir de um gradiente que vai de “nada” a “muito importante”, perguntas como “até que ponto a conexão com um ser espiritual pode ajudá-lo a passar por momentos difíceis?”; “até que ponto você sente a existência de uma força espiritual interior?”; “até que ponto a fé contribui para o seu bem-estar?”; “até que ponto você sente alguma conexão entre sua mente, corpo e alma?”; “quão satisfeito você está com relação a seu equilíbrio entre mente, corpo e alma?”. Entre os instrumentos específicos mais utilizados vale mencionar dois. Primeiro, o Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being (Brady et al., 1999), aplicado nos estudos envolvendo a espiritualidade de pacientes com câncer. O índice desse instrumento é resultante do nível de identificação do paciente diante de 12 declarações, tais como: Eu me sinto tranquilo comigo mesmo; Eu tenho uma razão para viver; Eu reconheço um sentido e propósito para a minha vida; Eu sou capaz de me sentir bem quando estou sozinho; Eu sinto uma sensação de harmonia dentro de mim; Eu sei qual é o estado da minha doença e sei que as coisas vão ficar bem. Já nas pesquisas sobre saúde mental o índice mais utilizado é o Daily Spiritual Experiences Scale (Underwood; Teresi, 2002), cujo principal objetivo é “captar a experiência cotidiana da espiritualidade”. As alternativas às 14 afirmações apresentadas aos pesquisados são de frequência (muitas vezes ao dia; todos os dias; muitos dias; alguns dias; de vez em quando; nunca ou quase nunca). E entre as afirmações estão: Eu sinto paz e harmonia em meu interior; Eu sinto a presença de Deus; Durante o culto, ou em outros momentos, quando me conecto com Deus, sinto uma alegria que afasta minhas preocupações diárias; Eu me sinto espiritualmente tocado pela beleza da criação.

assinalada por médicos e pesquisadores dedicados ao assunto. Peter Hill e Keneth Pargament (2003), pioneiros na investigação dos efeitos da espiritualidade na saúde, relatam como esse campo tem se adensado e diversificado nas duas últimas décadas.

Harold Koenig (2008), num texto mais recente – “Concerns about measuring ‘spirituality’ in research” – também confirma esse *boom* das pesquisas sobre o tópico e indica que, apesar da expansão ter sido mais substancial nos anos 2000, desde 1980 era possível observar um interesse progressivo sobre ele. Nesse artigo, Koenig argumenta que uma prova incontestável da maior legitimidade e atenção que o tema vem recebendo por parte dos pesquisadores é o número de trabalhos publicados que associam as palavras “saúde” e “espiritualidade”. A partir de gráficos e de séries históricas comparativas, Koenig demonstra esse crescimento tomando como referência os textos indexados na base de dados Medline.⁷⁴ Seguindo a sugestão do autor e atualizando as informações referentes à primeira década dos anos 2000, obtemos o resultado expresso no gráfico abaixo, que indica de forma contundente o progresso no número de ocorrências da correlação “espiritualidade e saúde”, entre os anos de 1970 e 2010.

⁷⁴ Medline é um dos mais importantes bancos de dados das ciências médicas do mundo. Ele organiza e armazena artigos, coleções de periódicos, resumos de congressos e citações relacionados ao campo da medicina.



Fonte: do autor.

Entre 1970 e 1979 apenas um artigo associou espiritualidade e saúde. Na década seguinte o número saltou para 89 ocorrências. Entre 1990 e 1999 foram 293 e, finalmente, entre 2000 e 2009 o aumento foi emblemático, 2513 trabalhos estabeleceram a relação. A evidente expansão no número de periódicos, livros e textos científicos desde 1970 não diminui a relevância desses números, mas, pelo contrário, a reforça.⁷⁵ A progressão nos números de publicações e os significativos incrementos em todos os intervalos são, de fato, um argumento contumaz de Koenig para fundamentar a percepção generalizada entre os pesquisadores do tema de que há maior interesse das ciências médicas pela espiritualidade. Do mesmo modo que o aumento quantitativo das produções médico-científicas dedicadas à espiritualidade é um dado reiterado pelos cientistas implicados nesse campo, também é possível afirmar a diversificação das

⁷⁵ Na comparação entre o crescimento percentual da totalidade de textos indexados na Medline e dos materiais que estabelecem a associação aqui tematizada, encontramos os seguintes dados: na comparação entre 1980 e 1990 o número geral de publicações cresceu 177% e o específico (espiritualidade + saúde) 229%; nas décadas seguintes o aumento foi de 55% para um e 757% para o outro. Realizei o levantamento e a série temporal a partir do site <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed> (consultado em 07/05/2012). No artigo citado, Koenig (2008) apresenta, além da comparação histórica dos textos sobre espiritualidade na Medline, os dados relativos a Psycinfo, que é uma base de dados semelhante à primeira, mas exclusiva de periódicos e livros dos saberes psi. O crescimento nas publicações (espiritualidade + saúde) na Psycinfo é semelhante ao da Medline: 5 textos (1970–1979), 248 textos (1980–1989), 1625 (1990–1999), 4353 (2000–2007).

características dessas pesquisas que deixaram de ser um tema restrito aos psiquiatras e passaram a também reverberar, por exemplo, entre neurologistas e cardiologistas.

Apresentar a emergência desse campo de interesse das ciências médicas pela espiritualidade a partir da presença de uma de suas pesquisadoras numa reunião da Cepic ajuda a explicitar a ampla capacidade mobilizadora da própria categoria espiritualidade. Isso porque, apesar do caráter variado e impreciso do termo – cuja dificuldade em delimitar parece não estar na falta de definições atribuídas a ele, mas na proliferação delas (Bender, 2010, p. 5) –, o uso da categoria espiritualidade na Cepic foi capaz de agregar pesquisadores das ciências médicas, técnicos interessados em elaborar uma política pública de atendimento com terapias alternativas/complementares e o tema da demanda por benzedeiros no SUS.

Diante disso, minha sugestão para acompanhar os modos de variação da categoria espiritualidade, sobretudo entre os membros da Cepic e os pesquisadores das ciências médicas, é dar visibilidade mais aos usos do termo e menos aos seus sentidos. Isso porque, embora as ciências médicas sejam uma importante fonte de legitimação da sentença *espiritualidade é saúde*, há uma tensão permanente entre constatar, por exemplo, que pessoas mais espiritualizadas enfartam menos e instituir a espiritualidade como um eixo transversal numa política pública de atendimento em saúde. A referida tensão consiste, em síntese, no uso da espiritualidade enquanto objeto de investigação científica por parte dos pesquisadores e como uma dimensão da pessoa que deve ser privilegiada no atendimento clínico. No limite, como descreverei nos capítulos da segunda parte deste livro, a valorização da espiritualidade na sua dimensão clínica implica a possibilidade de prescrevê-la aos usuários do SUS como uma *forma de promover saúde*, enquanto para os pesquisadores, o empenho é para torná-la uma variável legível em suas *investigações sobre saúde*.

A heterogeneidade das considerações sobre espiritualidade feitas pelos cientistas e pelos responsáveis da Pepic não inviabiliza a associação de seus discursos. A lição, provocativamente, pode ser apreendida das reflexões da filósofa belga Isabelle Stengers sobre a invenção das ciências modernas. O entendimento da descoberta do fato científico como um fato político, sugerido por Stengers (2002), nos permite jogar com esses termos e assumir que, para produzir uma descoberta ou uma política, é preciso multiplicar os aliados. E, em ambos os casos, multiplicá-los depende mais de engajá-los no fato (científico ou político) do que fazê-los concordar univocamente sobre ele. É nesse sentido que trato a multiplicidade dos entendimentos e dos usos da categoria espiritualidade por parte dos atores envolvidos com a produção das políticas de PICs. Engajar a multiplicidade dos agentes numa rede de aliados é, nesse caso, a síntese da tarefa dos membros da comissão encarregada de elaborar a Pepic, que, até esse ponto da narrativa, já lidavam com benzedeiras, cientistas, psicólogos, políticos e terapeutas. A seguir explicitarei como o debate sobre a relação entre saúde e espiritualidade, a partir do tema das terapias alternativas/complementares, foi ainda mais amplo no cotidiano da comissão. À matriz discursiva das ciências médicas foram associadas outras formas de relacionar PICs, saúde e espiritualidade que, embora distintas e muitas vezes até divergentes em suas características, não pulverizaram a pertinência dessa articulação, mas, pelo contrário, a reforçaram.

Dos aliados das ciências médicas aos aliados das ciências quânticas

Numa reunião da Cepic realizada em maio 2013, Joana, nutricionista, coordenadora regional de políticas de atenção básica na região da cidade de Alegrete e membro da comissão, relatou que, durante uma palestra sobre PICs em Uruguaiana, dirigida aos agentes comunitários de saúde, perguntou “quem tinha formação em alguma terapia

alternativas/complementar”. “Olha!”, contava Joana na reunião, “você não têm ideia. Eram todos bruxos. Tinha dois lá que não eram nada, mas os outros eram ou reikianos ou benzedeiros...” Antes mesmo que completasse a frase, Mariana a interrompeu:

Que bom que você tocou nesse ponto, Joana. Eu pensei muito sobre a nossa decisão de não falar sobre as benzedoras [na Pepic], fiquei pensando que essa poderia ser uma oportunidade de ouro para fazer esse avanço [o de incorporar as benzedoras ao SUS], mas depois, durante uma sessão de musicoterapia, me dei conta que as benzedoras estarão contempladas se colocarmos o reiki na política e também me dei conta que nem tudo [as terapias] está aí para servir ao Estado, tem coisas que devem ficar como estão [fora do SUS]. (Mariana, em reunião realizada em maio de 2013)

A colocação de Mariana foi acompanhada pela concordância enfática de Carlos. E pela observação feita por Joana:

Nisso eu concordo com a Mariana. Reiki e benzedoras são curas quânticas, pra mim são denominações diferentes para o mesmo princípio terapêutico, mas não há cursos de benzedoras, então, se queremos profissionais no SUS, o caminho é mesmo investir no reiki. [...] E está muito certo isso de que nem tudo tem que virar PIC. Eu, por exemplo, trabalho com a cura quântica estelar. Esse trabalho tem tudo a ver com espiritualidade e seria ótimo que ele fosse difundido, mas ele não pode ir para o SUS e ficar à mercê das decisões do Estado. A coisa é muito superior a essas políticas. (Joana, em reunião realizada em maio de 2013).

Joana foi integrada como membro da Cepic quando o grupo já havia começado a reunir-se. Indicada para substituir outro servidor que estava nomeado para a comissão, mas que não pôde acompanhar as atividades do grupo, a nutricionista e terapeuta quântica tinha um vasto conhecimento sobre as terapias alternativas/complementares e, no cotidiano das reuniões, sempre ajudava a esclarecer as diferenças sutis (ao menos para mim) entre, por exemplo, cura quântica e cura radiante, mencionadas pelos terapeutas convidados a expor os fundamentos de suas práticas para a Cepic. A trajetória de Joana como terapeuta já completava mais de dez anos quando ela passou a participar das reuniões da comissão, em outubro de 2012. Desde o início dos anos 2000, Joana

frequentou cursos de reiki, de cromoterapia, de cura quântica, de radiestesia, de neurolinguística e de desdobramento astral, além de alguns outros que ela mesma já não recorda. Apesar do intenso investimento pessoal nessa formação, Joana não atua profissionalmente como terapeuta, mas eventualmente realiza algum procedimento para amigos e parentes. “Quando eu me aposentar”, afirmava em uma de nossas entrevistas, “talvez eu consiga me dedicar a isso.”

De volta à reunião em que a defesa da incorporação do reiki na Pepic era justificada por conta da proximidade entre a prática e a benzedura, Mariana sublinhou a importância da Política Estadual de PICs assumir, em suas palavras, “um claro posicionamento sobre a relevância da espiritualidade para a saúde”. Efetivamente, na versão final do texto da Pepic, numa das passagens da introdução do documento que apresentam os delineamentos gerais da política, lê-se:

[A Pepic contribuirá para] [...] ir além do biologicismo em que se baseiam preponderantemente as práticas convencionais de saúde, [e permitirá abordar] questões como a dimensão espiritual na saúde [...]. Essa dimensão vem sendo objeto de projetos de pesquisas e de debates científicos [...], cuja contribuição dos *estudos de física quântica* [...] começam a se incorporar à pesquisa em saúde, *tanto no campo do diagnóstico como da terapêutica* [...]. (Rio Grande do Sul, 2013, p. 5, grifo meu).

Observa-se, portanto, que apesar da participação de Raquel como especialista em espiritualidade e saúde na reunião da Cepic, foram as pesquisas oriundas da física quântica e não das ciências médicas que emprestaram legitimidade à Pepic na enunciação da relevância do tópico. A opção pela ênfase na física quântica reside justamente na tensão que apontei anteriormente: enquanto as pesquisas das ciências médicas constataam a relevância da espiritualidade para a manutenção da saúde, os formuladores da Pepic estavam interessados em discursos que permitissem estender a sentença “espiritualidade é saúde” para a clínica. É isso o que parece estar enfatizado na

última parte do excerto acima, que sublinha as contribuições da física quântica “tanto no campo do diagnóstico como da terapêutica”.

Os pesquisadores das ciências médicas tiveram ainda um papel importante após a publicação da Pepic, quando uma comissão permanente de coordenação da política instituiu o Grupo de Trabalho Saúde e Espiritualidade. Tal GT reúne-se mensalmente na Secretaria da Saúde para debater a possibilidade de investigar a correlação entre o *coping* espiritual de usuários do SUS tratados com PICs e a recuperação da saúde desses sujeitos. Além do grupo dedicado à exploração dos vínculos entre espiritualidade e saúde, organizado por um coletivo de pesquisadores das ciências médicas e coordenado por Raquel, foram formados outros grupos para debater o processo de implementação de terapias específicas no SUS/RS (grupo de trabalho para reiki, terapia floral, homeopatia, etc.).

Sobre a referência à física quântica, é certo afirmar que historicamente ela tem sido usualmente utilizada por terapeutas holísticos como um discurso acionado para questionar os limites da ciência cartesiana, incapaz de constatar os benefícios das terapias alternativas/complementares para a saúde. Durante os encontros da Cepic era comum que os terapeutas convidados, assim como os membros da comissão, fizessem menções à física quântica nesse sentido. Tal como está registrado na ata de reunião do dia 22 de março de 2013, quando terapeutas florais foram convidados a expor as características da técnica e a viabilidade de sua implementação na rotina de atendimento do SUS:

A Terapia Floral age por ressonância no campo da consciência, facilitando o acesso à origem dos conflitos. [...] *Pela ciência atual, sua confirmação é feita pela Física Quântica [...], que rompe com os paradigmas cartesianos.* Os extratos líquidos agem na alma para trazer à tona os benefícios no corpo. A Terapia Floral atua nos campos energéticos, trazendo uma melhor qualidade de vida para a pessoa. (Ata Cepic de 22/03/2013, grifo meu).

Noutra ata, que registra uma reunião em que Joana dissertou longamente sobre a explicação quântica para a eficácia do reiki, lemos:

Joana explana sobre seus estudos sobre a Física Quântica e sobre uma linha reikiana da qual é adepta, a Cura Quântica Estelar. E cita também o evento Seminário Intercrenças para comentar que a sociedade já está avançando [nos debates sobre espiritualidade e saúde], algo que está acontecendo inclusive nas universidades. [...], mas infelizmente com restrições de alguns cientistas fechados no método cartesiano. A reunião foi encerrada com a distribuição, por Joana, de um DVD a todos sobre Física Quântica, a nova referência em saúde. (Ata Cepic de 02/08/2013).

Referências à física quântica feitas por sujeitos engajados na oferta e no uso de terapias alternativas/complementares é um dado que já foi sistematicamente observado por pesquisadores do tema. Leila Amaral (2000), Fátima Tavares (2012), Waleska Aureliano (2011) e Paulo Henrique Martins (1999) sublinharam o recurso às contribuições da física quântica como forma de legitimação do valor científico das terapias em questão. Aureliano (2011, p. 117), comentando o trabalho de Madel Luz (1988) sobre as disputas entre alopatas e homeopatas, observou a constante remissão à física, por parte dos homeopatas, para “provar que suas teorias não eram vagas ou absurdas, heranças de um passado medieval, mas ao contrário, estavam apoiadas na modernidade científica, em conjunção com o que haveria de mais avançado nos estudos da física moderna”.

Apesar da pertinência das observações contidas nesses trabalhos, todos eles consideram essa associação unilateralmente, partindo exclusivamente dos terapeutas holísticos em direção à ciência – nesse caso, à física quântica. Consequência desse modelo analítico é perder de vista os movimentos dessas ciências em direção a temas como, por exemplo, a espiritualidade. Isto é, refiro-me aos limites das reflexões que assumem a perspectiva dos terapeutas holísticos e estabelecem um plano narrativo em

que apenas eles apropriam-se e interpretam as contribuições da ciência. O que procuro fazer aqui, em parte por conta da própria singularidade empírica do caso analisado, é atentar para o engajamento tanto dos terapeutas quanto dos cientistas nos debates sobre a relação entre espiritualidade e saúde. Trata-se de privilegiar os interesses de ambos nesse debate, sem centrar a narrativa exclusivamente na posição de um desses atores.

Uma observação de teor semelhante havia sido feita por Otávio Velho num texto de 1998, “O que a religião pode fazer pelas ciências sociais?”. No artigo, Velho (1998, p. 11) diz ter ficado espantado diante das contribuições de “*hard-scientists*, nacionais e estrangeiros, para um volume da revista da SBPC (Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência), dedicado à consciência”. A radicalidade das abordagens desses pesquisadores, escreve Velho (1998, p. 11), parece indicar que “nossos colegas de outras áreas, aparentemente mais ortodoxas segundo um modelo genérico de ciência, sentem-se mais à vontade para se permitirem ousadas” que os cientistas sociais.⁷⁶ Marcelo Camurça (2011), num artigo recente, também sublinha a necessidade de reflexão sobre os movimentos das ciências em direção “ao religioso”. Para isso, Camurça (2011, p. 19) recupera as contribuições do antropólogo belga Albert Piette, que se ocupa das “apropriações que determinadas visões de mundo ditas laicas/científicas fazem do sagrado, numa composição intencional entre transcendência e ciência, com o objetivo de legitimar esta nova articulação”.

⁷⁶ Marcelo Camurça (2011) já havia chamado a atenção para essa passagem do texto de Otávio Velho. A “ousadia” referida por Otávio Velho (2007, p. 249-250) é explicada por ele nos seguintes termos: “Impressionou-me a radicalidade de nossos *hard-scientists*, nacionais e estrangeiros. Por um lado, está colocada a ideia de que a ciência experimental, devido ao behaviorismo, atrasou-se no estudo dos estados de consciência e deveria apelar para os conhecimentos advindos de outras tradições, como por exemplo o budismo e o xamanismo. E, por outro lado, chega-se a discutir seriamente a necessidade de uma ‘ciência estado-específica’, em que um estado de consciência só pode ser conhecido em profundidade quando o observador se encontra no mesmo estado de consciência, devendo os complicados problemas metodológicos daí advindos ser enfrentados.”

Isto Piette designou como construção de elemento de transcendência a partir de um locus secular. Ou seja, a estratégia da parte de um discurso que se reivindica científico de “gravar sobre um conteúdo tradicionalmente religioso (alma, reencarnação) uma forma técnico-científica, começando assim uma nova relação sincrética entre atividade secular (no caso, a ciência) e a religião”. (Camurça, 2011, p. 19).

O trabalho de Piette (1993) e a leitura de sua contribuição às pesquisas das ciências sociais da religião feita por Camurça (2011) respaldam a necessidade de reconhecer que, para descrever as convergências entre terapeutas holísticos e cientistas, interessa tanto atentar para as apropriações que os terapeutas holísticos fazem das contribuições das ciências duras para legitimar a sentença *espiritualidade é saúde* quanto observar o interesse dos *hard-scientists* pelo par espiritualidade e saúde.

Essa descrição inicial sobre as referências à categoria espiritualidade feitas no âmbito da Cepic demarca o interesse narrativo que mantereí ao longo da segunda parte deste livro, quando tomarei como referência o próprio Estado, a partir das políticas de PICs, para descrever a cadeia de associação que articula PICs, saúde e espiritualidade. Trata-se, como já afirmei, de sublinhar que o processo de introdução dessas práticas terapêuticas no SUS também institui um plano de convergência para discussões sobre saúde e espiritualidade. O que não significa, como demonstrarei, concordância no entendimento sobre o que seja o “espiritual”. No caso da Cepic, as referências à espiritualidade foram variadas, partiram da demanda por benzedadeiras, passaram pelos aportes das ciências médicas sobre o tema, foram debatidas em termos das terapias quânticas e terminaram expressas na política remetendo à física. Por ora, meu interesse é justamente o de assinalar essa pluralidade de referências naquela instância para, na análise da oferta e do uso de terapias alternativas/complementares no SUS, explicitar seus desdobramentos na prática clínica em ambulatórios, hospitais e unidades de saúde do estado.

* * *

Visibilizar a multiplicidade de sujeitos e discursos nas reuniões da Cepic não serve, aqui, para sugerir que, quando textualizada e transformada em lei essa pluralidade tenha sido desfeita e convertida numa unidade. Apresentar-se como uma unidade homogênea é, como afirmou Herzfeld, parte da poética do Estado. Como procurei mostrar ao longo deste capítulo, no entanto, a pluralidade de linhas que se entrelaçam pela Pepic está condenada à instabilidade. A multiplicidade dos atores, instituições, discursos e perspectivas associadas por conta da comissão não pode ser contida pela política de PICs. Tendo em vista o Capítulo 1, aqui preferi centrar atenção no cotidiano de decisões da Cepic a deter-me na normatividade do texto da Política Estadual de PICs. Também explicitarei a presença do debate sobre a relação entre espiritualidade, saúde e PICs que, apesar de sua tímida presença no documento da Pepic, atravessou todo seu processo de formulação.

A narrativa etnográfica que apresentarei no próximo capítulo está baseada no trabalho de campo realizado em uma das UBS do Rio Grande do Sul que oferecem serviços com PICs. Tal como no Capítulo 1, não tratarei do tema da espiritualidade. Pretendo, com isso, estabelecer uma nova camada ao jogo de visibilidade e de invisibilidade que o tópico tem entre as instituições e agentes implicados no uso e na oferta de PICs no SUS. Nesse próximo capítulo, analisarei um tema central para o entendimento do funcionamento geral das políticas de PICs: a relação entre as terapias alternativas/complementares e a biomedicina.

Capítulo III

Terminando a dor



Desenho da *Série trágica*, de Flávio de Carvalho. Carvão sobre papel, 1947. Acervo do Museu de Arte Contemporânea da Universidade de São Paulo.

Em 19 abril de 1947, Flávio de Carvalho saiu às pressas da Fazenda Capuava, ícone da arquitetura modernista brasileira, no interior de São Paulo, para a capital paulista, onde sua mãe, Ophélia, padecia de um incurável e doloroso câncer. Diante do estertor da mãe, Flávio, filho único, empunhou papel e caneta para registrar suas últimas horas de vida. No início da tarde, a agonia chegara ao fim. Meses depois os croquis a caneta transformaram-se em nove desenhos a carvão sobre papel. A *Série trágica*, que perfila a agonia da mãe, no entanto, não culmina com um retrato derradeiro da morte. Não era o corpo sem vida que mobilizara o autor, mas sim a tentativa de retratar, para jamais esquecer, o sofrimento e a dor que emudeceram Ophélia. A dor que Flávio de Carvalho velava, aquela sensação no limite do dizível, no limite do narrável, parecia flertar, em sua dimensão inapreensível, com o sagrado, como ele mesmo sugeriu.⁷⁷ Talvez o sagrado a que Flávio de Carvalho referia-se tenha sido aquele mais cotidiano, quase ordinário, de que nos falou Michel Leiris (1979): o tipo de sagrado que nos desperta um misto de temor e de apego, a atitude ambígua pela aproximação de algo ao mesmo tempo atraente e perigoso, prestigioso e rejeitado.⁷⁸

Neste capítulo também estou interessado no caráter movediço e de difícil captura da dor. Mais precisamente, atentarei para o empenho de certas práticas clínicas em

⁷⁷ Sobre a *Série trágica*, Sangirardi Júnior (1985), autor de uma das biografias de Flávio de Carvalho, escreveu que, além de abalar “o burgo piratiningano, rico e burguês, mas submisso aos padrões estereotipados da moral e do sentimentalismo herdados do reinado patriarcal de Don Pedro II”, a exposição dos desenhos feitos no leito de morte da mãe foi também repreendida pela família do artista. Seu tio, Custódio Ribeiro de Carvalho, interpelou o sobrinho: “Perguntei-lhe um dia, e com aquela simplicidade e candura que o invadiam nos momentos tranquilos, ele respondeu-me com os olhos ardentes, após um segundo em que fitou o infinito: ‘Eu não desejava esquecer seu grande sofrimento e dor’.” (Sangirardi Júnior, 1985, p. 81).

⁷⁸A passagem de Michel Leiris que cito está no texto “O sagrado na vida cotidiana”, apresentado pela primeira vez em 1938. Agradeço a Fernanda Arêas Peixoto pela sugestão tanto da *Série trágica* como alegoria para este capítulo como também pela indicação do texto de Leiris sobre essa aura de sacralidade que envolve a dor.

aprender a *experiência da dor* a partir de distintos quadros de referências sobre saúde e doença. Assim, pretendo deixar claro que o verbo *terminar* em seu título está carregado de um duplo sentido. Por um lado, refere-se ao objetivo de *pôr fim à dor, fazer chegá-la a seu termo, extirpá-la* do corpo que padece. Por outro lado, valho-me de um significado menos usual da palavra, o de *delimitar, demarcar os limites*. O uso do verbo no gerúndio também joga com esses sentidos sugerindo os esforços necessariamente contínuos por parte dos especialistas que se engajam, a um só tempo, em acabar com as dores de seus pacientes e na custosa tarefa de *(de)terminar* a natureza da dor por eles experimentada. Vale dizer, é preciso estabelecer associações em escalas variadas e muito trabalho para poder *terminar a dor*.

Apesar de sublinhar inicialmente essas duas instâncias do processo de terminar a dor, não privilegiarei, neste capítulo, uma ou outra, mas sim o modo pelo qual elas se articulam. Afinal, para poder ser tratada, a dor precisa deixar de ser experiência para passar a ser um ente clinicamente manipulável, inscrito em um prontuário, classificado e qualificado conforme protocolos específicos. Parafraseando Annemarie Mol (2002), em seu estudo sobre pacientes com arteriosclerose, os exames, as teorias, as prescrições, a diferenciação e a mensuração da dor procedida cotidianamente nos ambulatórios efetivamente produzem-na como entidade clínica. Assim, embora a “visibilização da dor” possa ser compreendida a partir dos princípios ontológicos mobilizados pelos terapeutas para entender o corpo, a doença e o organismo, opto pela recomendação de Mol e acompanho etnograficamente a minúcia das práticas cotidianas no ambulatório médico. Nesse caso, assumo como ponto de partida que os procedimentos para *terminar a dor* não podem ser dissociados da produção de conhecimento sobre ela.

Faço da dor o fio narrativo deste capítulo porque ela constitui, enquanto entidade clínica, um dos elementos desencadeadores da controvérsia que acompanhei a partir do

Ambulatório da Dor e Acupuntura, localizado no Centro de Saúde Modelo, em Porto Alegre. Nesse ambulatório, quatro médicos e alguns estagiários atendem a pessoas que sofrem com dores crônicas. Esses profissionais utilizam agulhas e procedem ao agulhamento como recurso terapêutico no tratamento de todos os pacientes. Enquanto uns manipulam a agulha conforme os princípios da medicina tradicional chinesa (MTC), buscando, a cada agulhamento, alcançar os meridianos, regular os canais energéticos e alterar o fluxo do *chi* nos corpos com dores, outros usam as agulhas para modular o sistema nervoso periférico, visando, com seus agulhamentos, acessar as zonas neuroreativas mais adequadas para tratar a dor. São esses dois modos de *terminar a dor* o que procuro descrever neste capítulo.

Ao longo de um ano e meio, participei semanalmente da rotina do Ambulatório da Dor e Acupuntura. Nesse período, observei inúmeras vezes os médicos e seus estagiários agulharem os pacientes. Também pude ver de perto a evolução do quadro clínico de usuários que conviveram com dores por décadas e que se submetiam pela primeira vez à acupuntura. A partir da convivência com os médicos, também tive acesso a publicações de artigos e livros especializados em medicina tradicional chinesa e em neuroanatomia e neurofuncionalidade.

Em relação à organização mais geral dos capítulos da primeira parte deste livro, nas seções que seguem tematizo a relação entre terapias alternativas/complementares e a medicina de base fisiológica.⁷⁹ O tópico é um tema clássico nos estudos sobre medicina

⁷⁹ Faço referência às terapias alternativas/complementares e à medicina de base fisiológica de forma contrastiva porque, como mostrarei neste capítulo, essa formulação é comum no cotidiano do Ambulatório da Dor e Acupuntura, objeto deste capítulo.

alternativa e complementar (MAC)⁸⁰ e um assunto latente nos espaços de instituição dessas terapias nas unidades de atendimento do SUS. A opção por explorar essa relação a partir do Ambulatório da Dor e Acupuntura é justificada por três razões distintas, mas, como veremos, relacionadas. Primeiro, porque no ambulatório esse debate está firmemente balizado pela métrica da “legitimidade científica”, assumindo contornos que também o caracterizam noutros loci de pesquisa aqui descritos. Segundo, porque parte dos tensionamentos performados pelas práticas cotidianas dos médicos do ambulatório desdobraram-se no engajamento de alguns deles em uma controvérsia, que resultou na judicialização da própria Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). E, terceiro, porque no Ambulatório da Dor e Acupuntura a prática terapêutica “complementar/alternativa” não é a medicina tradicional chinesa, mas sim a biomedicina, expressa por meio da acupuntura neurofuncional.

Tal como destaquei na introdução deste livro, este capítulo aporta tópicos importantes para avançarmos no entendimento sobre como se inventa uma prática integrativa e complementar (PIC). Por um lado, porque ele explicita a emergência das PICs na sua relação com a biomedicina. E, em alguma medida, poderíamos afirmar que, sendo “práticas integrativas e complementares” a categoria englobante que inventa as terapias alternativas/complementares no Sistema Único de Saúde (SUS), e sendo o sistema de saúde brasileiro majoritariamente biomédico, as PICs estão inextricavelmente em relação com a biomedicina. Por outro lado, porque este capítulo também permite problematizar a vigência da *política da complementariedade* que recai

⁸⁰ Embora opte por usar o termo em português, também é usual o termo em inglês, *complementary and alternative medicine* (CAM). A dimensão da relevância do tópico nos países de língua inglesa pode ser mais bem observada se considerarmos que diversos periódicos científicos recentemente criados têm em suas políticas editoriais a proposta de discutir a relação entre CAM e biomedicina. Entre as principais revistas com esse perfil, cito: *BMC Complementary and Alternative Medicine*, *Alternative Medicine Review* e *Journal of Alternative and Complementary Medicine*.

sobre as PICs no SUS, explicitando como a relação entre esses saberes ocorre, na prática, de modo muito mais instável e complexo do que o termo “complementar” nos faz supor.

Modelo em saúde

No centro de Porto Alegre, próximo a uma de suas principais avenidas de ligação com a zona sul da cidade, está situado o Centro de Saúde Modelo. Além dos atendimentos ambulatoriais comuns a outros postos de saúde e dispensados exclusivamente aos habitantes de seus entornos, o Modelo é acessado por moradores de outras partes da cidade que buscam os serviços médicos especializados ali oferecidos, tais como a odontologia para pacientes especiais, a homeopatia, a ginecologia e a acupuntura.

Apesar de ter conhecimento da oferta de PICs naquela unidade de saúde desde o início da pesquisa, foi Dona Elisa, uma paciente do Ambulatório de Terapias Naturais e Complementares da Vila 1º de Maio, quem me levou pela primeira vez ao lugar. Quando a conheci, ainda nos primeiros meses de trabalho de campo, em abril de 2012, Dona Elisa acabara de fazer uma cirurgia de varizes e tratava-se com a homeopata no posto da Vila 1º de Maio. Na sala de espera, enquanto aguardava, a senhora de 67 anos inteirava-me de seu percurso de tratamentos médicos nos últimos 15 anos, marcado por inúmeras tentativas de colocar fim a uma progressiva dor nas pernas que a afastou do trabalho e da maior parte das atividades sociais. No período mais recente, as dores haviam se estabilizado, mas a intervenção cirúrgica para as varizes fora inevitável. Após uma rápida recuperação, as dores parecem finalmente ter chegado ao fim. Nossa conversa, interrompida pela consulta, foi retomada quando Dona Elisa, de saída do

posto e percebendo que eu também me preparava para ir em direção ao centro, perguntou se gostaria de acompanhá-la até o Modelo, onde deveria retirar gratuitamente o medicamento homeopático receitado por Lívia, médica homeopata do Ambulatório de Terapias Naturais e integrante da Comissão Estadual de Práticas Integrativas e Complementares (Cepic).

O Centro de Saúde Modelo é uma referência histórica no processo de incorporação de terapias alternativas/complementares no sistema de saúde público nacional. A trajetória de vanguarda dessa unidade de saúde, repetidamente sublinhada por gestores do SUS no Rio Grande do Sul, teve seu início ainda em 1988, quando um ambulatório de acupuntura foi ali inaugurado. No mesmo período, uma pequena horta de plantas medicinais foi criada na área externa da unidade, mantida com a cooperação de voluntários e de fitoterapeutas. No início dos anos 1990 a fitoterapia foi instituída como uma das opções terapêuticas oferecidas aos pacientes e três médicos homeopatas foram contratados para atuar no posto. Em 1991 uma das primeiras farmácias homeopáticas públicas do país foi montada no prédio. No organograma da Secretaria Municipal de Saúde, o Modelo também é a sede das comissões dedicadas às PICs na prefeitura, responsáveis pelo apoio técnico para a elaboração de informes, resoluções e notas relacionadas com essas práticas terapêuticas.⁸¹

Quando chegamos na sala de retirada de medicamentos, Dona Elisa tratou de me apresentar à Lívia, a farmacêutica especializada em homeopatia que trabalha na unidade

⁸¹ Essas informações foram oferecidas sobretudo por Lívia. Além de menções ao ambulatório em comunicações oficiais sobre o histórico de implementação das terapias alternativas/complementares no SUS, os médicos que ali trabalham são presenças constantes em seminários nacionais e locais sobre o tema. Somente em 2013, por exemplo, a experiência do ambulatório foi apresentada no II Seminário de Práticas Integrativas e Complementares da Região Sul, promovido pelo Ministério da Saúde, em Florianópolis, também no Congresso Internacional de Ayurveda e III Jornada Científica do Hospital de Medicina Alternativa, ambos realizados em Goiânia e promovidos pela Secretaria da Saúde do Estado de Goiás e Embaixada da Índia.

desde a inauguração do serviço. Lívia foi a profissional selecionada no primeiro concurso público destinado à contratação de um especialista em práticas integrativas e complementares no estado, em 1990. O que parecia ser o início de uma incorporação progressiva de técnicos em PICs, no entanto, arrefeceu nos anos seguintes, de modo que, atualmente, Lívia continua sendo a única farmacêutica homeopata do SUS no Rio Grande do Sul. A tendência foi seguida na oferta dos outros serviços relacionados com as PICs. Dos cinco homeopatas que atendiam no Modelo em 1996, apenas uma médica ainda permanece atuando. As consultas com fitoterapeutas foram extintas por mais de duas décadas, tendo sido retomadas apenas em 2013, sete anos depois da promulgação da PNPIC. A farmácia, única do tipo no Rio Grande do Sul, sofre o risco iminente de ser fechada, já que Lívia está prestes a se aposentar e nenhum concurso público foi aberto para que alguém a substitua na função. O contraponto ao diagnóstico de decadência da oferta de PICs no Modelo fica por conta do Ambulatório da Dor e Acupuntura. Nesse ambulatório, em funcionamento desde 1988, o número de médicos contratados aumentou expressivamente, os encaminhamentos de pacientes vindos de outras unidades de saúde da cidade é cada vez maior e a visibilidade de um dos métodos de trabalho do lugar tem atraído a atenção de pesquisadores do Brasil e do exterior. Quando soube de meus interesses de investigação, Lívia ofereceu-se para me apresentar

aos médicos do ambulatório, “bastiões das PICs que deram certo”, como ela mesma resumiu.⁸²

No segundo andar do Centro de Saúde Modelo, a sala ocupada pelo Ambulatório da Dor e Acupuntura é identificada pelo ideograma do *yin* e *yang* colocado em sua porta. Os pacientes são atendidos em alguma das quase 20 macas enfileiradas e separadas por cortinas azuis. No primeiro terço do espaço ficam os homens e, no restante, as mulheres. Ao lado de algumas das macas há uma pequena mesa que apoia as caixas com as agulhas de acupuntura de diferentes calibres e tamanhos, além dos aparelhos de eletroestimulação usados em certos procedimentos. Os pacientes encaminhados são submetidos à anamnese diante da própria maca e não em um espaço reservado, tal como costuma acontecer noutros ambulatórios e clínicas, compartimentados em módulos privados de atendimento. A única mesa do lugar fica ao fundo da sala, depois de todas as macas. Ao seu lado direito há um esqueleto que, com a

⁸² Ao me despedir de Dona Elisa e dizer que ficaria para conhecer o serviço de acupuntura, soube que da farmácia homeopática ela seguiria para a casa de algumas religiosas católicas na Vila Nova, na zona sul de Porto Alegre, onde faria tratamento de auto-hemoterapia. Auto-hemoterapia é uma prática terapêutica que consiste na retirada de sangue venoso de uma pessoa, isto é, por meio de alguma de suas veias, e sua reinjeção na mesma pessoa por via intramuscular. Não poderei tratar aqui da oferta dessa terapêutica por parte das religiosas. Tampouco foi meu propósito acompanhar o itinerário terapêutico de meus interlocutores. Apesar de reconhecer os possíveis ganhos analíticos dessa perspectiva, acioná-la implicaria não somente um redesenho metodológico dessa investigação, cujos trabalhos de campo estiveram focados nos espaços de oferta e discussão das PICs, como também um necessário esforço de compatibilização teórica entre esse aporte tributário da antropologia médica estadunidense e a orientação analítica mais geral desta tese. Vale destacar, no entanto, que o percurso de Dona Elisa entre o Ambulatório de Terapias Naturais e Complementares da Vila 1º de Maio, a farmácia homeopática e o tratamento de auto-hemoterapia é significativo para identificarmos um dos níveis de conexão entre alguns dos espaços de oferta de terapias alternativas/complementares no SUS. A esse tipo de conexão, feita cotidianamente pelos usuários, sobrepõem-se outras. Refiro-me, por exemplo, aos enunciados sobre as PICs que circulam na Secretaria Estadual da Saúde e nos ambulatórios, às conexões que os terapeutas tecem ao participarem de atividades de formação e intercâmbio de experiências entre as unidades de saúde e, também, às que eu próprio, enquanto pesquisador, estabeleço ao articular os lugares em que fiz trabalho de campo num texto.

altura de um humano, às vezes ajuda os médicos a explicarem aos pacientes o porquê de suas dores. Apoiado na mesa, mas do lado oposto ao esqueleto, há outra representação de um humano, um boneco, pintado uniformemente de bege, medindo por volta de 60 centímetros, em cuja superfície estão traçadas dezenas de linhas, intercaladas por pontos, que atravessam todo o corpo.

Diariamente pela manhã, quatro médicos atendem aos usuários de várias regiões da cidade. A fila de espera para o atendimento no ambulatório é longa, de modo que um paciente, depois de encaminhado para o tratamento com acupuntura, pode demorar anos até ser atendido. Após 48 ou 60 meses de espera é comum que o paciente vacile diante da pergunta “o que o traz aqui?” disparada pelos médicos do ambulatório na primeira consulta. Em algumas dessas situações, o usuário já não tem mais as mesmas queixas que o levaram a buscar o serviço. As dores, antes pontuais, podem ter evoluído para quadros crônicos, mudado de lado, tornando-se mais agudas. De qualquer maneira, como me disse certa vez um paciente que esperou dois anos até ser chamado para o tratamento, “dor a gente sempre tem”.

Por intermédio de Lívia fui apresentado a Joel e Janete, dois dos médicos que atendem no ambulatório. Devido a um problema no sistema de agendamento das sessões, nenhum paciente havia tido sua consulta marcada para aquele dia. Quando cheguei, já próximo ao final do expediente, ambos trabalhavam na organização dos prontuários das pessoas atendidas no ambulatório ao longo de todo o seu período de funcionamento – tarefa em que eu mesmo me engajaria posteriormente e que tinha como finalidade gerar um relatório sobre o impacto e a importância do lugar para o sistema municipal de saúde. Expliquei aos dois médicos como vinha conduzindo minha pesquisa até aquele momento e sondei a possibilidade de realizar trabalho de campo também no ambulatório. O aceite de minha presença no cotidiano do Modelo foi

imediatamente. Essa disposição estava explicitamente relacionada com o interesse que ambos tinham em minha inserção na comissão estadual dedicada a elaborar a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares (Pepic). As notícias do andamento dos trabalhos da comissão eram motivo de preocupação não somente por conta do modo pelo qual a acupuntura estaria descrita no documento estadual, mas, sobretudo, como disse Janete, “para saber qual tipo de acupuntura será apoiado, quem poderá praticá-la e se as outras terapias previstas [pela Pepic] serão aquelas que têm respaldo científico”.

Enquanto explicava aos médicos que meu lugar na Cepic era o de um observador convidado, o que, na prática, significava que eu não tinha poder deliberativo, usei por duas vezes o termo “terapias alternativas”. Quando o fiz pela segunda vez, Joel me interrompeu para dizer que aquele não era o desígnio correto das terapias que, fundamentadas nos princípios da medicina baseada em evidências, tal como a acupuntura que praticavam no ambulatório, deixaram de ser “alternativas”. Mesmo com o curto período de trabalho de campo que tinha até aquele momento, em meados de 2012, a fala de Joel destoou significativamente dos diálogos que havia tido com outros médicos e terapeutas das PICs, que, apesar de poderem refutar o título “alternativo”, não o faziam alegando praticar “medicina baseada em evidências”, mas antes para evitar a armadilha linguística do termo que sugere o papel de “concorrência” com outras práticas terapêuticas.

Janete é médica, fez residência e atuou como obstetra por 15 anos. Depois se afastou da especialidade e se aproximou da acupuntura. Fez o curso em uma escola de medicina tradicional chinesa, no início dos anos 2000, junto com Joel, que, na época, exercia a função de médico sanitário. Ambos fizeram seu estágio no Ambulatório da Dor e Acupuntura. Antes mesmo de terminarem o curso de MTC pediram transferência de suas antigas funções nas unidades em que trabalhavam para atenderem como

acupunturistas no próprio ambulatório. Em pouco mais de dez anos atuando na área, os dois já foram presidentes da seção estadual da Associação Médica Brasileira de Acupuntura e pareceristas da Câmara Técnica de Acupuntura do Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul. Durante esse período, no entanto, seus modos de proceder ao agulhamento mudaram.

Quando se transferiram para o ambulatório, Joel e Janete encontraram, além de Silvio – médico, professor e responsável pela sua formação em MTC –, Cláudio, que iniciava sua pesquisa de mestrado em ciências médicas na Universidade Federal do Rio Grande do Sul sobre o uso do agulhamento como uma técnica de modulação do sistema nervoso periférico capaz de aplacar a dor miofascial crônica. Assim, enquanto Silvio usava a agulha para regular o fluxo do *chi* através dos meridianos, Cláudio procedia a uma forma de agulhamento chamada de estimulação intramuscular, que modula a atividade anormal do sistema nervoso e de seus sistemas associados.

Por pouco mais de um ano, Janete e Joel agulharam conforme haviam aprendido com Silvio, buscando os canais energéticos e fazendo a seleção de pontos a partir da anamnese da medicina tradicional chinesa, que incluía o exame da língua e a aferição das três profundidades dos pulsos do paciente.⁸³ A partir de 2006, no entanto, ambos se aproximaram definitivamente do modo de proceder à estimulação intramuscular feita por Cláudio. Naquele mesmo ano, os três médicos e outros acupunturistas da região Sul do país fundaram o Grupo de Estudos de Acupuntura Neurofuncional (Geanf).

⁸³ Os exames da língua e dos pulsos são fundamentais para a seleção de pontos na acupuntura feita conforme as prescrições da MTC. A partir deles “a qualidade da energia de cada órgão pode ser classificada como normal, em excesso, estagnada, deficiente ou inexistente, sendo que cada uma dessas características acarretará numa sintomatologia diferenciada no paciente, que é tratado com a estimulação, a sedação ou a harmonização de pontos de acupuntura específicos” (Silva, 2010, p. 209).

O Geanf, com sede no Ambulatório da Dor e Acupuntura do Centro de Saúde Modelo, tem como objetivos: “1. Promover cursos, programas de educação continuada, fomentar pesquisas e estudos com base nas descobertas científicas e no estudo neuroanatômico e neurofuncional do corpo humano; 2. Estimular e promover a elaboração e difusão de trabalhos de cunho científico e técnico relacionados com as áreas do conhecimento referidas anteriormente; 3. Promover congressos, seminários, simpósios, convenções, ciclos de conferência e estudos.” (Grupo de Estudos de Acupuntura Neurofuncional, 2012). A “ciência”, que parece operar como a palavra de ordem na descrição dos objetivos do grupo, também é o elemento que explica, para Janete, sua adesão à técnica de estimulação intramuscular. “Aquilo”, disse a médica referindo-se à acupuntura feita conforme a MTC, “é uma receita de bolo, só precisa decorar. Mas quando você começa a estudar e a querer entender cientificamente o que acontece, a coisa não resiste. Aí fui fazer o que era mais sério, o que tinha mais embasamento.”

Com a participação de Janete, Joel e Cláudio no grupo de acupuntura neurofuncional, apenas Silvio e alguns estagiários que o acompanham em seus atendimentos seguem intervindo na dor dos pacientes orientados pelos princípios da medicina tradicional chinesa. Apesar dessa distinção nos modos de proceder ao agulhamento entre os profissionais que trabalham no ambulatório, para a gestão dos atendimentos, agendamentos de consultas e encaminhamentos dos usuários com dores crônicas, os quatro médicos são, igualmente, acupunturistas e contribuem para que o Modelo seja uma das Unidades Básicas de Saúde (UBS) mais antigas e ativas na oferta de práticas integrativas e complementares do país. Quando encaminhados ao ambulatório, portanto, os pacientes podem ser atendidos tanto por aqueles que tentarão manipular seus fluxos energéticos por meio dos meridianos como pelos que modularão

suas áreas neuroreativas. O modo de agulhamento administrado dependerá, em última instância, da agenda menos lotada.

O surgimento do Geanf, e, conseqüentemente, a transformação no modo de agulhar de alguns dos médicos do ambulatório, expressou-se em uma mudança sutil, mas significativa, no nome do lugar, que deixou de ser denominado “Ambulatório de Acupuntura” para tornar-se “Ambulatório da Dor e Acupuntura”, em 2007. Não é somente a dor enquanto experiência a que se refere o termo acrescido ao nome do ambulatório, mas sobretudo a dor como uma entidade clínica que, para se fazer visível, precisa associar-se com modos de compreender o corpo, sua fisiologia e funcionamento. Uma dor que para ser tratada precisa ser *terminada*, processo que, como sugiro a seguir, realiza-se cotidianamente no ambulatório e constitui uma dimensão privilegiada para o entendimento da relação entre esses dois modos de agulhar.

Manipulando a dor

Numa manhã de janeiro de 2013, Janete atendeu pela primeira vez Dona Lili. Encaminhada há oito meses para a acupuntura no ambulatório, a paciente, sentada numa cadeira ao lado de uma maca, respondia às questões feitas pela médica enquanto tentava encontrar a posição mais confortável para acomodar as suas dores daquele dia. A entrevista seguia um protocolo atualizado meses antes pelos pesquisadores do Geanf e, a partir de então, empregado por todos os especialistas do grupo. Com oito páginas no total, esse instrumento padronizou a entrevista inicial a ser feita com o usuário e criou tabelas e imagens que, uma vez preenchidas, poderiam servir para o acompanhamento individual da progressão de cada estado clínico e também como elemento de comparação entre os pacientes atendidos. Logo na primeira página, a imagem de um

corpo humano em suas faces frontal, traseira e laterais oferece aos médicos a possibilidade de inscrever, em seus prontuários, a experiência da dor descrita pelos doridos. Cabe ao terapeuta converter essa descrição de dor em hachuras que variam em intensidade e localização.

Transcrevo abaixo, em paralelo, parte desse procedimento inicial – e inexorável para os especialistas do Geanf – que faz da experiência de dor narrada pelo paciente um objeto a ser tratado pelo médico.

Janete: Dona Lili, quantos anos a senhora tem e o que faz?

Dona Lili: Eu tenho 52 anos e sou costureira.

J: Costureira. Então deve ter muita dor. Costura ainda? Faz quanto tempo?

L: Costuro faz 25 anos. Tenho dor da cabeça aos pés, doutora. Às vezes dá dor até na língua. Ferroa a língua. Dói tudo, porque eu tenho fibromialgia, mas agora é a perna que incomoda mais.

J: Tá, vamos devagar pra eu poder anotar tudo. A senhora tem dor no pescoço?

L: Tenho. Nos dois lados.

J: Qual lado dói mais?

L: É mais o direito.

J: E passa pro ombro?

L: Vai pro ombro. Chega até nas mãos.

J: Mas dói o braço inteiro ou corre assim por dentro e por fora?

L: É por dentro.

J: E vai até onde nas mãos?

L: Até os dedos, nas duas mãos.

J: E dói nas juntas?

L: Dói. E dá formigamento.

J: Qual mão dá mais formigamento, Dona Lili?

L: É mais a esquerda.

J: E o ombro esquerdo como é?

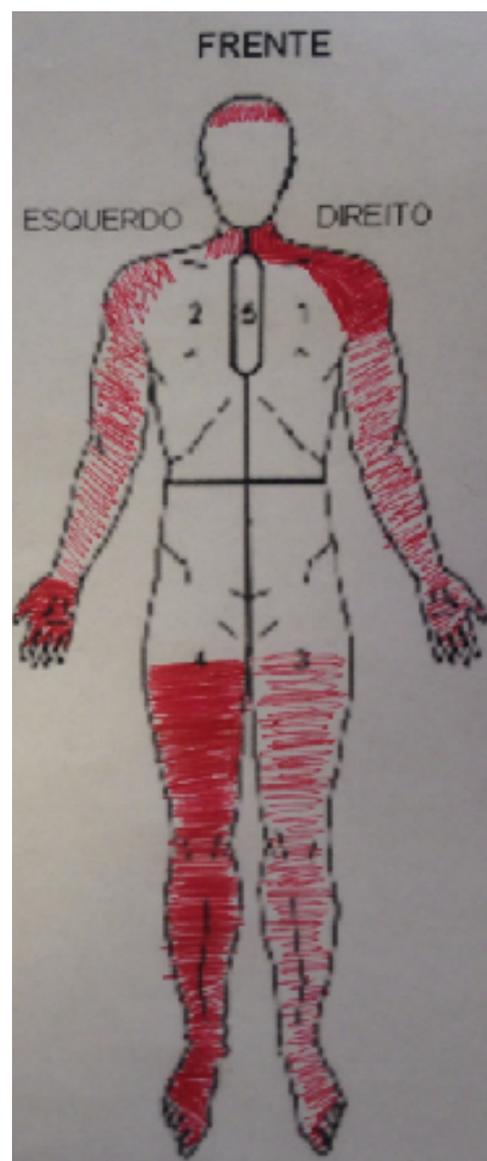
L: Dói, mas não é tanto.

J: Tá, então vamos fazer um fraquinho.

E a senhora tem dificuldade pra segurar as coisas? Abrir e fechar as mãos?

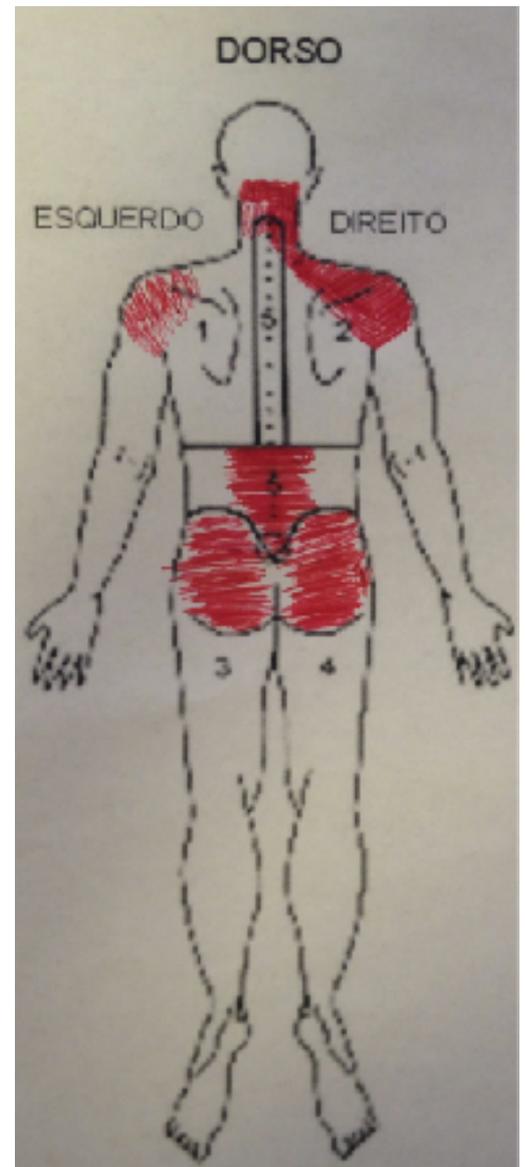
L: Tenho. Às vezes as coisas escapam. E tem dia que não dá pra abrir direito.

J: E a dor do braço pula pra perna ou tem dor nas costas também?



Representação das partes doridas do corpo de Dona Lili. Desenho do autor.

L Tenho! Tenho dor nas costas.
 J: Toda ela?
 L: Toda ela. Deu no exame que eu tenho escoliose e lordose.
 J: É, isso quase todo mundo tem mesmo. Mas a lombar incomoda?
 L: Incomoda.
 J: Algum lugar que dói mais?
 L: É no meio das costas.
 J: E a dor não anda de um lado para o outro?
 L: Não.
 J: E inclui esse osso aqui embaixo? Vai pra nádega?
 L: Inclui o ossinho. Vai pra bunda.
 J: E a dor corre por onde? Pelo lado, por trás, pela frente?
 L: É mais pela frente. E pela perna esquerda.
 J: E ela pula o joelho ou vai no joelho também?
 L: Vai no joelho.
 J: E desce até o pé?
 L: Até o pé. Até o dedão. Tenho esporão.
 J: E qual pé dói mais?
 L: É o esquerdo. O direito é só um negocinho.
 J: Então, se eu entendi bem o braço pior é o direito e a perna pior é a esquerda.
 L: Isso mesmo.
 J: Faz quanto tempo que a senhora tem dores, Dona Lili?
 L: Faz 22 anos.
 J: Costureira há 25, então... E a senhora caiu ou alguma coisa assim?
 L: Olha, pelo tratamento que eu fiz com a doutora da fibromialgia, ela falou que foi por causa de um susto que eu levei. Peguei minha filha bebê assim desmaiada no berço, como se estivesse morta. Aí deu um choque. Dali pra frente não parei de sentir dor.
 J: Mas a senhora não lembra de cair, fraturar uma vértebra ou alguma coisa assim? Não caiu do ônibus?
 L: Não. Foi depois do susto, mesmo.
 J: E a senhora tem dor de cabeça?
 L: Tenho.
 J: Onde?
 L: Na nuca.
 J: Lado direito ou esquerdo? Vem pra frente da cabeça também?
 L: Dos dois lados. Às vezes vem pra frente.
 J: E na barriga não tem nada?
 L: Na barriga é mais tranquilo. Mas já tive muita complicação.
 J: E o que melhora sua dor, Dona Lili?
 L: Alongamento.
 J: A senhora acorda com dor?



Representação das partes doridas do corpo de Dona Lili. Desenho do autor.

L: Acordo. Tem dias que acordo por causa da dor.

J: Tem outros problemas de saúde?

L: Tenho hipertensão.

J: De 0 a 10, Dona Lili, 0 é como quando a senhora era mocinha e 10 é pra se atirar da janela pra se matar porque não aguenta mais de dor. Dá uma nota pra sua dor na coluna.

L: Eu acho que é 8.

J: Tá bom. Nós aqui usamos um aparelho que faz o resultado do nosso trabalho ser mais rápido do que o normal. Aqui a gente tem um esquema que são 6 consultas para cada paciente. Então tu tá cheia de dor, no corpo todo, mas imagina que a gente vai ter que colocar uma lanterna em ti pra focar em um lugar. Pro teu azar o ombro pior é de um lado e a perna de outro, mas isso faz parte de seu quadro. Então vou fazer uma geral, mas vou pegar mais sua perna. A gente vai focar num lugar.

L: Mas eu tenho dor por tudo, doutora.

J: [Nesse momento Janete se vira para mim, que acompanho a conversa atrás da médica: “Tá vendo, ela é uma poliqueixosa.”] Dona Lili, vamos lá, me ajuda a focar num lugar.

Ora de um lado, ora de outro. Mais intensa ou mais aguda. A dor que pula, que corre, que formiga. A dor de um poliqueixoso não somente é múltipla como, pior, é nômade. Ao nomadismo espacial das dores dos poliqueixosos, que não podem circunscrevê-las numa única parte do corpo, soma-se a extensão temporal da dor que não tem começo, meio ou fim, que é crônica. Mas para ser tratada, elaborada como entidade clínica tal como procedem os médicos do Geanf, é preciso localizar a dor, sedimentá-la.

Reconhecer a dor como objeto de atenção terapêutica é, para alguns analistas (Clarke et al., 2003), a expressão de processos de biomedicalização mais recentes, que têm transformado certos tipos de experiências, práticas e períodos da vida em fenômenos de interesse da expertise médica à medida que a medicina especializa-se em funções e órgãos vitais. Entre os exemplos mais citados pelas pesquisas que investem na descrição e análise desse processo estão a medicina do trabalho, a gerontologia e os cuidados paliativos. Mesmo reconhecendo que a emergência de clínicas especializadas no tratamento da dor possa estar relacionada com esse movimento de biomedicalização

da vida, é preciso assinalar que há, na relação paciente-dor-especialista, certas singularidades que não podem ser descritas se levarmos em conta apenas esse tipo de referência.

Em primeiro lugar, a dor, que a partir de certos olhares clínicos constitui uma substância de doença servindo para compor, junto com outros sintomas, um diagnóstico capaz de constatar a verdadeira causa do padecimento, adquire, no Ambulatório da Dor e Acupuntura, uma rara centralidade. O sintoma dor, um efeito puramente derivado da real doença, torna-se absoluto no ambulatório, secundariza o próprio diagnóstico e deve ser o alvo do tratamento, já que abrange e explica todos os fenômenos a ele associados. É a dor o que totaliza o campo da experiência do paciente e o que se inscreve no prontuário clínico, e não a doença com a qual ela associa-se. Assim, a fibromialgia de Dona Lili, por exemplo, é transformada, pelo instrumento do Geanf, num fenômeno que gravita em torno de sua dor.

Em segundo lugar, o caráter movediço, anômalo e nômade da dor converte o paciente na principal testemunha de sua experiência.⁸⁴ Por mais que outros agentes também possam testemunhar sobre ela, tal como exames clínicos e de imagens, é o próprio sujeito da dor quem pode falar sobre por onde ela tem se concentrado, quando desaparece e de que modo espalha-se pelo corpo.⁸⁵

⁸⁴ O uso da ideia de testemunho na antropologia está marcado pela apropriação feita por pesquisadores do campo das ciências sociais da religião e pelas análises do campo jurídico. No entanto, acompanho Otávio Velho (1997, p. 151) quando afirma uma possível rentabilidade do conceito de “testemunho” para outros campos de pesquisas. Seguramente a obra *A verdade e as formas jurídicas*, de Michel Foucault (1996), que pode ser lida como um texto sobre a relação entre produção de verdade e a figura da testemunha, oferece algumas pistas para explorarmos outras possibilidades dessa figura.

⁸⁵ Com essa afirmação não estou sugerindo a indiferença dos médicos em relação a outros tipos de testemunhos sobre o estado de saúde de seus pacientes. Inclusive, é somente com uma quantidade considerável de exames comprovando diagnósticos que implicam dor que um usuário pode ser encaminhado para o ambulatório. Além disso, os médicos do ambulatório têm acesso ao histórico de prontuários e avaliações precedentes de cada paciente atendido.

Por fim, o sujeito como ser inalienável de sua própria dor, por mais que testemunhe sobre o que sente, não pode, em última instância, determiná-la. Essa determinação sempre depende do especialista que torna o processo de objetivação da experiência do paciente um momento-chave na produção de seu modelo terapêutico e, por conseguinte, de conhecimento sobre a dor. O testemunho do paciente é tornado, portanto, um objeto de verdade parcial que precisa ser colocada sob a avaliação e análise daquele que pode finalmente emitir a verdade *real* sobre a natureza da dor, o médico. O primeiro momento de testemunho é seguido, necessariamente, por um outro relato que tenta introduzir nele algum nível de estabilidade. Nesse processo, o prontuário em que se inscreve a dor é fundamental para que ela emergja como um ente clínico.

No instrumento utilizado pelo Geanf, são as hachuras nas imagens dos corpos o que estabelece os contornos da dor a ser sujeitada ao tratamento. Silvio e seus estagiários, por sua vez, performam essa inscrição de outro modo.

Na primeira vez em que acompanhei Silvio em algum atendimento, Mário, um médico anestesista com 30 anos de profissão, cumpria suas últimas horas de estágio obrigatório para obtenção do título de acupunturista. Mário, já em vias de aposentar-se da função de anestesista em blocos cirúrgicos, tentava fazer da medicina tradicional chinesa uma alternativa de trabalho para seus últimos anos de carreira, quando desejava voltar a clinicar em um pequeno consultório no interior do estado. Além de ser menos desgastante e tenso do que passar horas a fio num procedimento cirúrgico, para Mário, o estudo da MTC tem a vantagem de ser um tipo de conhecimento desafiante. “Isso aqui”, dizia o estagiário de quase 60 anos, “não é pra qualquer um. É toda uma filosofia, tem um jeito de pensar por trás que é difícil de entender. Se você vê uma consulta sem ter conhecimento parece uma coisa de outro mundo.”

Os prontuários utilizados por Silvio são os mesmos desde o início do funcionamento do ambulatório em 1988. Na primeira de suas duas páginas, há um curto espaço para preencher informações pessoais do usuário e, abaixo, uma tabela simples, com lacunas onde devem ser colocados os códigos dos pontos de agulhamento procedidos em cada sessão. Na página seguinte, raramente preenchida em sua totalidade, informações adicionais sobre a progressão das dores, o tempo de duração das crises mais agudas e o histórico familiar de doenças reumáticas podem ser acrescentadas.

Conforme a medicina tradicional chinesa, o corpo de cada sujeito é habitado por fluxos energéticos de cinco tipos de substâncias vitais: *chi*, *xue*, *jingye*, *jing* e *shen*. Essas substâncias, assim como os órgãos e vísceras, estão genericamente conectadas pelo sistema dos meridianos, constituído por um conjunto de estruturas com funções específicas: 12 meridianos principais, 8 meridianos extraordinários, 12 meridianos distintos, 15 meridianos colaterais, 12 meridianos tendinomusculares e 12 zonas cutâneas. Essa foi sumariamente a explicação que recebi de Silvio naquela manhã de julho de 2012, quando pedi para que ele falasse um pouco sobre as noções de medicina tradicional chinesa necessárias para que eu pudesse acompanhar seu trabalho junto aos pacientes.⁸⁶ Diante do pequeno boneco com os traços dos meridianos delineados por todo o corpo, o médico concluía:

Esses meridianos não têm existência visível, sua existência é física. Mas não estamos falando da física clássica, newtoniana, mas da quântica. É nesse plano energético que os meridianos existem. Se a MTC não tem comprovação científica é porque a ciência ainda precisa avançar muito para chegar no plano em que estamos trabalhando há 6000 anos. Se há algo defasado aqui, é a ciência. (Silvio Harres, em entrevista concedida em julho de 2012).

⁸⁶ Para complementar e precisar as informações que tinha anotado em meu diário de campo utilizei os dados da dissertação *Categorias epistemológicas e bases científicas da medicina tradicional chinesa*, de Lilian Moreira Jacques (2003).

A dor, assim como qualquer outro processo biológico, segundo a MTC, está relacionada com a circulação das substâncias vitais nos corpos dos indivíduos. Quando, por alguma razão, o *chi*, por exemplo, não flui, pode haver dor. Noutras palavras, a estagnação do *chi* ou de qualquer uma das outras substâncias provoca um desequilíbrio, manifesto, entre outras possibilidades, na forma de dor.⁸⁷

Dona Antônia foi uma das pacientes atendidas por Silvio naquele dia. Suas dores nos ombros já a acompanham há 17 anos. O que pareceu inicialmente ser apenas um mau jeito durante uma faxina de rotina no colégio em que trabalha transformou-se numa dor crônica. Com períodos de crise em que não consegue mover sequer os dedos das mãos, a mulher de 73 anos fez inúmeras infiltrações de analgésicos e chegou a fazer uma cirurgia de raspagem em um de seus ombros, mas o resultado de ambos os procedimentos foi apenas provisório.

“A acupuntura quem me encaminhou foi o doutor Osório, que até já morreu. Ele me mandou pra cá porque não aguentava mais me ver no consultório dele, essa que é a verdade”, explicou Dona Antônia a Mário que, assim como eu, a conhecera naquela ocasião. Ao contrário do tratamento realizado pelos médicos do Geanf, que tem um limite de duração de seis sessões, os atendimentos procedidos por Silvio são irrestritos. Dona Antônia é paciente do Ambulatório do Dor e Acupuntura desde 2001, com um período de interrupção de dois anos, entre 2007 e 2009. “Faz 11 anos que faço

⁸⁷ Não é meu objetivo aqui tentar reproduzir a minúcia da classificação, diagnóstico e características da dor na perspectiva da medicina tradicional chinesa. Apesar de ter acompanhado alguns cursos on-line, lido textos especializados e tido sessões explicativas sobre o tema com os meus interlocutores durante o período de trabalho de campo, o que me interessa não é o tema em sua formulação geral e versão escolar, mas sim a dor tal como performada no cotidiano do ambulatório, durante os encontros entre médico e paciente, nas discussões entre os especialistas sobre cada caso e nos agulhamentos procedidos. Minha sugestão é que a descrição desses diferentes modos de *terminar* a dor nos dão pistas para considerar a relação entre PICs e biomedicina, tematizada neste capítulo e conectada com o restante da tese.

acupuntura na Dona Antônia”, dizia Silvio, enquanto preparava o material que usaria naquele agulhamento. “Alguns podem dizer que isso é uma prova da baixa resolubilidade da MTC, mas é o contrário. É uma atenção permanente com o paciente. De que adianta eu liberar o paciente se ela ainda tem dor? Isso só é resolutivo para o médico”.⁸⁸

O que Silvio inscreve em seu prontuário não é a localização da dor, mas o modo pelo qual a dor foi manipulada através do agulhamento. Cada agulha colocada em pontos específicos para devolver ao organismo o fluxo adequado de substância vital é cifrada num código que descreve com precisão o tipo e local do agulhamento. Assim, a série temporal a que Silvio tem acesso por meio de seu prontuário não é a da evolução da dor da paciente, mas a da localização dos agulhamentos a que procedeu. A essa inscrição, feita numa tabela, adiciona-se a transcrição breve dos comentários do próprio sujeito que sofre com as dores sobre a reação de seu corpo após a sessão precedente. Em síntese, a localização que se inscreve no prontuário de Silvio não é a da dor, mas a do agulhamento. Isso porque, por mais que a experiência de dor possa estar restrita a um ponto específico do corpo, os ombros de Dona Antônia por exemplo, a causa é sistêmica. Refere-se à circulação das substâncias vitais pelos canais energéticos, não havendo, portanto, ponto a ser tratado, mas fluxos a serem harmonizados.

No ambulatório, como venho descrevendo, parte do trabalho dos médicos é atribuir os limites da dor experimentada, a fim de que ela seja convertida num fenômeno clínico possível de ser tratado. Antes do diagnóstico, isto é, do ato instaurador do médico, a

⁸⁸ Embora Silvio permaneça atendendo a alguns usuários que frequentam o ambulatório há anos, esse tipo de atendimento muito extenso no tempo tem se tornado cada vez mais raro. Isso porque o sistema de agendamento de consultas que organiza o cotidiano dos médicos do Modelo prevê o ingresso contínuo de novos usuários e aponta uma inconsistência quando usuários antigos ocupam turnos que deveriam ser dedicados a “pacientes de primeira consulta”. Alguns índices de produtividade aos quais os profissionais e as próprias unidades de saúde estão submetidos também dificultam que esses longos tratamentos sejam realizados.

doença não existe e, nesse caso, tampouco a dor que recebe a atenção dos especialistas. Essa perspectiva, tributária em alguma medida dos trabalhos de Michel Foucault (1987) sobre *o nascimento da clínica*, inspira o movimento esboçado pela etnografia de Annemarie Mol (2002) de atenção às práticas cotidianas como performances que instituem (*enact*) aquilo que há para ser curado.⁸⁹ Por isso, neste capítulo, a narrativa procura acompanhar os modos pelos quais os médicos com que trabalhei *procedem* a suas conversas com os pacientes, discussões e, sobretudo, agulhamentos.⁹⁰ Atentar para a minúcia desse cotidiano dos profissionais do ambulatório foi a saída etnográfica encontrada para tratar da relação entre terapias alternativas/complementares e biomedicina, um tema cercado por tensionamentos e controvérsias que adquiriram novas proporções com a publicação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares.

⁸⁹ Embora longo, vale citar um trecho esclarecedor sobre o entendimento de Mol (2002, p. ix) acerca da ideia de *enact* e sobre a necessária atenção etnográfica às práticas cotidianas que performam as doenças: “This book is a study of the enactment of reality in practice makes it possible to ethnographically explore the body multiple and its diseases in all their fleshiness. [...] It is possible to say that in practices objects are enacted. This suggests that activities take place – but leaves the actors vague. It also suggests that in the act, and only then and there, something is – being enacted. Both suggestions fit in fine with the praxiography that I try to engage in here. Thus, an ethnographer/praxiographer out to investigate diseases never isolates these from the practices in which they are, what one may call, enacted. She stubbornly takes notice of the techniques that make things visible, audible, tangible, knowable.”

⁹⁰ O diálogo com a etnografia de Mol (2002), *The body multiple: ontology in medical practice*, também é relevante aqui por ser um ponto de convergência com o campo dos estudos sociais da ciência que subsidiaram algumas das formulações metodológicas desta tese. A partir da descrição do cotidiano de um hospital holandês, Mol explora como a medicina performa a arteriosclerose. Os médicos clínicos, os patologistas, os acadêmicos e outros profissionais que lidam com esse diagnóstico dão à própria doença realidades múltiplas. A aproximação que sugiro com o trabalho da autora também se dirige a um argumento teórico-metodológico mais geral deste capítulo, a saber: o de que a descrição dos procedimentos dos médicos do ambulatório é uma via de acesso às realidades (múltiplas) da dor ali performada cotidianamente.

O que a dor esconde?

Os médicos acupunturistas do Ambulatório da Dor e Acupuntura, que, para os gestores do SUS, são os mantenedores de um espaço emblemático da oficialização do uso de práticas integrativas e complementares no país, performam a dor dos pacientes e a manipulam de maneiras distintas. Dona Lili, poliqueixosa, foi tratada por Janete com estimulação intramuscular a partir de uma agulha que modulou parte da comunicação entre as terminações nervosas de sua perna esquerda e seu cérebro, ao longo de seis sessões. Dona Antônia, com dores localizadas no ombro, sofre de uma invasão dos meridianos do ombro por frio exterior, que causa uma deficiência geral na circulação do *chi* e contribui para a formação de mucosidade nas juntas, como me explicou Mário, analisando o quadro dos agulhamentos que ela recebeu na última década.

A generalidade da dor dos poliqueixosos precisa de uma localização para que possa ser tratada pelos médicos do Geanf. Durante o período de trabalho de campo no ambulatório, acompanhei o empenho de Joel, Janete e Cláudio na discussão de casos clínicos em que a dor do paciente parecia ser tão intensa e anômala que não tinha um lugar e, assim, resistia às tentativas de *(de)terminação* empreendidas pelos médicos. Esse foi o caso de Marilda, uma jovem de 35 anos, viúva e sem filhos. Quando chegou ao ambulatório pela primeira vez, em maio de 2013, Marilda caminhava vagarosamente por conta das dores que sentia em todo o corpo. Cláudio, que a atendeu inicialmente, recebeu da mulher o formulário de encaminhamento escrito por um psiquiatra, junto com uma pasta repleta de exames de imagem e ambulatoriais, além de duas tomografias que a própria paciente trazia consigo. A jovem contou que os problemas de saúde começaram por conta da morte de seu marido num acidente de carro. Logo após o diagnóstico psiquiátrico de que era acometida por uma depressão severa, veio também a

sentença clínica de uma anemia profunda. Em pouco mais de cinco meses Marilda definhou, perdeu forças e, então, as dores surgiram. Inicialmente nas costas, depois nas pernas e braços para, logo em seguida, espalharem-se para as outras partes do corpo. O tratamento com antidepressivos acompanhado por psicoterapia surtiu efeitos e, depois de dois anos, Marilda pôde voltar a exercer sua atividade profissional e a manter uma rede de relações pessoais estável. As dores, contudo, jamais deixaram de acompanhá-la.

Ao analisar os exames que Marilda apresentou, Cláudio constatou o que outros dois médicos já haviam dito para a paciente: não havia nada de errado com ela. Todos os índices e padrões clínicos da longa série de exames não davam margem para a dúvida de que a jovem tinha todos os seus parâmetros dentro dos limites de normalidade. Eu estava com Cláudio na ocasião de sua segunda consulta, quando o médico, após analisar os exames junto com os outros colegas do Geanf, conversou com Marilda e disse que não havia muito que ele pudesse fazer. Isso porque, apesar de sentir dores, ela não tinha nenhuma função musculoesquelética comprometida, característica explícita na sua capacidade para subir escadas, erguer os braços, torcer o tronco e o pescoço, mover as pernas e agachar. Por mais que a execução de algum desses movimentos tivesse que ser feita lentamente ou mesmo que, eventualmente, um novo exame apresentasse alguma ligeira alteração comparado aos anteriores, as dores que a jovem sentia eram desproporcionais ao seu quadro clínico. Ao confirmar a normalidade dos exames e inteirar Marilda da exígua perspectiva de melhora que os agulhamentos poderiam oferecer, Cláudio repetiu algumas vezes que aquilo não significava que a paciente estivesse mentindo quanto às suas dores, mas também não se podia dizer que os dados dos exames estivessem errados.

Numa reunião entre os médicos, posterior à consulta de Marilda, Janete manifestou sua concordância com a maneira pela qual Cláudio conduziu o caso, dizendo que a

paciente tinha como característica psíquica o acionamento constante de “pensamentos catastróficos”, um tipo de pensamento que inviabiliza qualquer tratamento porque transforma toda experiência ruim em dor. “Em algum momento”, prosseguiu a médica, “ela teve mesmo um problema neuroanatômico que gerava dor”, mas a persistência do padecimento mesmo com a reconstituição fisiológica do corpo sugeria uma outra ordem de problemas. Na mesma reunião, Cláudio afirmou que Marilda havia ficado “superalgésica depois da depressão. Extremamente sensível. O problema é que aquilo já não é mais dor, mas sim sofrimento. E isso não tem como tratarmos. No máximo podemos tentar fazer a neuromodulação para ‘esclarecer’ para o cérebro que não há mais o porquê da dor.”

Marilda foi noutras duas sessões, mas depois abandonou o tratamento. Ainda que o “esclarecimento ao cérebro” sobre a falta de motivos para as dores a partir da estimulação intramuscular seja possível, como propôs Cláudio, não havia como garantir sua eficácia.

A acupuntura neurofuncional procedida pelos médicos do Geanf tem como objetivo, diante da dor, restabelecer a função comprometida. Como sintetizou Joel:

Aqui é um ambulatório de dor, mas não podemos ser reféns da dor. Então a gente fez um deslocamento quando fundou o grupo. Dor é uma sensação muito subjetiva, não tem como controlar ou dizer que o paciente não vai mais sentir depois do tratamento. Mas eu posso garantir que depois da acupuntura neurofuncional o paciente que não conseguia erguer o braço porque doía vai voltar a conseguir. O cara sente na forma de dor, mas na verdade é uma transmissão nervosa, um desgaste, uma contusão ou uma causa psíquica. A gente que trata não pode ficar só na dor, temos que saber o que está por trás dela. (Joel, em entrevista concedida em setembro de 2013).

Para *terminar* a dor é preciso, portanto, descobrir o que se esconde por trás dela. Silvio, que agulha conforme a medicina tradicional chinesa, não discorda da afirmação de Joel, mas diverge sobre a natureza daquilo que, de alguma forma, anima a dor.

Quando soube do caso de Marilda e como ele foi tratado pelos colegas do ambulatório, Silvio recuperou o prontuário da paciente e sentenciou para mim e para um estagiário que o acompanhava naquele dia um possível diagnóstico de acordo com a MTC. Baseado nos princípios de estagnação e excesso das substâncias vitais, o médico retomou a indicação dos padrões normais expressa nos exames de Marilda para dizer que, em suas próprias palavras, “uma análise cartesiana desses exames não consegue mesmo encontrar a causa dessas dores. Para mim, eles só servem para dizer a essas pessoas [os médicos que procedem à neuromodulação], ‘você está procurando no lugar errado e do jeito errado.’” O plano em que Silvio encontra o substrato das dores que trata é aquele real, mas não concreto, das energias, dos meridianos e dos fluxos vitais.

Assim como o caso de Marilda ajuda a explicitar algumas das tensões nos modos de conceber e tratar a dor entre os médicos do ambulatório, ele também nos deixa algumas pistas sobre uma das dimensões que aproximam invariavelmente os dois grupos: ambos usam a agulha e o agulhamento respectivamente como ferramenta e técnica terapêutica. Seja para avisar ao cérebro que não há mais motivos para sentir dor, seja para desestagnar o *chi*, é com a agulha que se procede. Por vezes, como veremos a seguir, ambos os objetivos citados seriam buscados a partir de agulhamentos muito semelhantes, desfazendo, ainda que provisoriamente, diante da pequenez de uma agulha, a sugerida incomensurabilidade entre a medicina tradicional chinesa e a medicina de base fisiológica.

Fronteiras, materialidades e procedimentos

Por mais fascinante e profícuo que seja o tema da *dor* para ser desdobrado em questões de absoluta pertinência para a antropologia, em nenhum momento do trabalho

de campo e de escrita deste texto pretendi fazer dele, em si, o mote principal da descrição.⁹¹ Num primeiro momento da pesquisa empírica, no Centro de Saúde Modelo, interessava-me pelo funcionamento do Ambulatório da Dor e Acupuntura por conta das referências históricas daquele espaço para o processo que, em termos gerais, ocupo-me neste livro: o de incorporação das terapias alternativas/complementares no SUS. Não precisei de muitas idas ao ambulatório para reconhecer a existência de dois modos de proceder ao agulhamento no local: um conforme as prescrições da medicina tradicional chinesa, terapia reconhecida e promovida pela Política Nacional de PICs, e outro chamado de acupuntura neurofuncional, uma técnica de estimulação intramuscular recentemente desenvolvida a partir da colaboração ativa de médicos do ambulatório. Ambos os procedimentos são conduzidos cotidianamente em pacientes que têm dores. As dores que eles experimentam são variadas: correm pelo corpo, ferroam, aparecem e desaparecem, latejam, não têm fim. Essas, no entanto, em seu estado “puramente fenomenológico” não podem ser tratadas. Para que sejam tornadas entes sujeitos à intervenção clínica, as dores precisam, primeiro, ser inscritas em um prontuário, compreendidas a partir da circulação das substâncias vitais ou decifradas por aquilo que escondem. A etnografia do cotidiano de trabalho dos profissionais desses dois grupos que colocam os termos na dor de modos distintos abre a possibilidade de atentar para as semelhanças e diferenças entre a forma dos agulhamentos realizados por Silvio e aquela realizada pelos acupunturistas neurofuncionais. Nas seções que seguem continuo

⁹¹ Não desconheço a emergente e significativa produção antropológica sobre “dor”. Meu interesse nesta seção, assim como neste capítulo, entretanto, não é na “experiência da dor” em si, mas no modo pelo qual ela é tratada no âmbito de um ambulatório emblemático da presença de terapias alternativas/complementares no SUS. De todo modo, a leitura de textos antropológicos sobre dor foi fundamental para que pudesse apurar a etnografia e atentar para alguns aspectos durante o trabalho de campo. Entre essas obras destaco *Pain as human experience* (Good et al., 1994), *Camp pain* (Jackson, 2011) e *Anthropologie de la douleur* (Le Breton, 2006).

insistindo na possibilidade de desdobrar esse tema sem recorrer a um plano formal de diferenciação ontológica entre esses modelos terapêuticos. Para levar tal proposta a cabo, estabeleço três principais feixes analíticos: a ideia de fronteira, de material e de procedimento.

Da fronteira ao trabalho *para* a fronteira

O esforço, por parte dos médicos, para estabelecer pontos de inflexão entre os dois modelos terapêuticos empregados no ambulatório tem um limite, o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM⁹² do SUS – Sigtap. Esse é o sistema de gestão de todas as ações feitas no âmbito do SUS e que também gera as planilhas para a compra de materiais, os relatórios sobre qualidade de vida nas diferentes regiões do país e o pagamento para os profissionais. Se um atendimento realizado em alguma unidade de saúde não for registrado no software do Sigtap, a cadeia de informações não é alimentada e nenhum pagamento, reposição ou tabela sobre o procedimento poderá ser gerada.

Como citado anteriormente, a existência de atendimentos com terapias alternativas/complementares no SUS precede a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. A própria história do Ambulatório da Dor e Acupuntura, iniciada em 1988, 18 anos antes da promulgação da PNPIC, é exemplo da anterioridade do uso das terapias em relação à sua formalização como uma política de Estado. A partir de 2006, com o lançamento da PNPIC, o que ocorreu foi um extenso processo de rotinização das terapias alternativas/complementares no quadro dos atendimentos disponíveis pelo serviço público de saúde – processo cujo primeiro passo é convertê-las em PICs. Entre

⁹² A sigla OPM abrevia “órtese, prótese e materiais especiais”.

as principais mudanças ocorridas por conta da portaria nº 971 do Ministério da Saúde (Brasil, 2006b), que promulgou a Política Nacional de PICs com a subscrição do presidente da República, está a criação, no sistema de gerenciamento burocrático do SUS, de rubricas como “práticas corporais em medicina tradicional chinesa” e “sessão de acupuntura com inserção de agulhas”. Na prática, essa existência virtual dos procedimentos no Sigtap permite que eles sejam contabilizados tanto para os profissionais que os executam, quanto para as unidades onde são procedidos. Sem a criação dessas rubricas, o pagamento dos terapeutas e a compra dos materiais necessários às terapias não poderiam ser feitos em seus próprios termos, de modo que dependeriam da habilidade dos gestores locais em encontrar alternativas, via o próprio sistema, declarando a realização de algum outro procedimento, ou por meio de verbas da Secretaria da Saúde não vinculadas ao Sigtap. Com o lançamento da política e a criação dessas rubricas específicas, também se inseriu, no software do SUS, o campo mais abrangente das práticas integrativas e complementares.

Todas as consultas e os procedimentos realizados no âmbito do Ambulatório da Dor e Acupuntura são registrados no sistema de gestão do SUS como um atendimento em PICs. Desse modo, assim como na agenda de marcação de consultas não há diferença entre a acupuntura neurofuncional e a MTC, também não há para o programa de gestão e geração de dados do SUS. Nesse plano, tudo o que se faz no Ambulatório da Dor e Acupuntura é prática integrativa e complementar. A gerência das ações em PICs a partir desse novo campo do Sigtap também trouxe consequências para os profissionais interessados em acioná-las, já que o registro do atendimento está condicionado ao cadastro e necessária certificação do especialista que procedeu a ele. Os próprios médicos que atuam no Geanf, para serem deslocados de suas antigas funções para o ambulatório, tiveram que comprovar sua formação em medicina tradicional chinesa, a

única “escola” clínica habilitada para formação dos acupunturistas que podem ser inscritos no sistema. Ou seja, no limite, a viabilidade dos procedimentos de estimulação intramuscular que visa as zonas neuroreativas do corpo em direção ao cérebro depende do reconhecimento burocrático da “medicina dos meridianos invisíveis”. No caso do ambulatório, enquanto a medicina tradicional chinesa apresenta-se como a terapêutica oficial e estabelecida, a biomedicina, por meio da acupuntura neurofuncional, assume a posição de tratamento alternativo, no sentido de que essa modalidade de prática é extraoficial, pouco regulada pelos gestores do SUS e ainda em vias de estabelecimento no país.

Reconhecer essa associação poderá trazer implicações para o tratamento do tópico particular deste capítulo que mais interessa ao argumento geral deste livro, aquele sobre a relação entre PICs e modelos terapêuticos biomédicos. Uma delas será deixar de conceber essa relação como fundada *no e pelo* contraste em todas as suas dimensões. A força e a importância do argumento implícito nesse tipo de posicionamento para o campo dos estudos sobre as terapias alternativas/complementares tornam-se mais evidentes quando consideramos o uso extensivo de uma linguagem bélica nas pesquisas dedicadas à relação que aqui tematizo. Quando orientados por essa matriz discursiva, em que terapias alternativas/complementares e biomedicina relacionam-se num jogo de soma zero (ver Fadlon, 2005), os autores apelam para imagens como a da captura, da domesticação, da hegemonia, da capitulação e da assimilação. Se em algum nível da relação entre esses modelos terapêuticos tais chaves heurísticas podem funcionar, quando totalizadas, prometendo, igual e inteiramente, a visão sobre tudo a partir de lugar nenhum, elas eclipsam as variadas configurações que a relação entre esses saberes podem assumir.

Lançar mão de enunciados com contornos mais definitivos sobre a relação entre PICs e medicina de base fisiológica pode ser ainda mais tentador quando se está diante de uma política de Estado que reconhece e oficializa as primeiras como uma opção terapêutica a ser disponibilizada de forma gratuita e universal em todo o país. A experiência do trabalho de campo nos espaços de aplicação e nas instâncias burocráticas de regulação da oferta de PICs, contudo, explicita um tipo de relação muito mais instável entre os termos em questão do que as sentenças sobre a “abertura da biomedicina” ou sobre a “domesticação das terapias alternativas” podem captar. A etnografia do Ambulatório da Dor e Acupuntura, um dos mais antigos serviços de atendimentos com terapias alternativas/complementares do país, recentemente em evidência por conta da aplicação de uma técnica que recusa os princípios da medicina tradicional chinesa, mas que depende da legitimação desse tipo de conhecimento para ser viabilizada no SUS, é exemplar da complexidade das configurações que a relação entre PICs e biomedicina assume.

Em outra perspectiva, há um conjunto de pesquisas que trata das tensões e distensões entre esses modelos terapêuticos a partir da noção de fronteira (ver Unschuld, 1987). A consequência é que esses textos terminam convertendo terapias alternativas/complementares e a biomedicina em territórios cujo limite fronteiro expõe as conquistas de um sobre o outro. Numa versão mais atenuada, a fronteira serve como uma espécie de recurso retórico que enfatiza o caráter fugaz da linha que fraciona os dois conjuntos referidos. Um termo que se dirigiria, enfim, menos à distinção absoluta dos territórios e mais ao caráter poroso dos limites que os separam. O tributo pago pelos pesquisadores que fazem uso dessas duas “versões” da ideia de fronteira é o risco da reificação da diferença. Afinal, como afirmou Donna Haraway (2009) em “Saberes localizados”, atentar exclusivamente para as fronteiras é uma prática muito arriscada, na

medida em que mapeá-las – mesmo para falar das coisas que escapam dela – é também as assentar.

Com isso não estou negando – e tampouco Haraway o faz – a existência virtual das fronteiras e a realidade concreta de seus efeitos de poder. Antes, o que está em jogo é um deslocamento do foco *nas* fronteiras para uma ênfase *no trabalho que as produz enquanto fronteiras*. Adiar o olhar sobre as fronteiras em favor de um interesse pela penosa tarefa de estabelecê-las, implica, analiticamente, atentar para as práticas que instituem essas diferenças em planos variados. Os exemplos para o caso aqui pesquisado poderiam ser a promulgação de políticas públicas, a publicação de textos acadêmicos, a emergência de controvérsias jurídicas sobre acupuntura, os atendimentos em ambientes clínicos e os miúdos agulhamentos. A descrição que faço do Ambulatório da Dor e Acupuntura constitui-se, portanto, como uma etnografia pouco interessada em precisar as fronteiras entre os grupos que ali atuam, mas muito atenta ao trabalho de instituição de suas diferenças e semelhanças.

Esse tipo de consideração sobre a ideia de fronteira é próxima da noção de *boundary-work* desenvolvida por Thomas Gieryn (1983) para descrever o empenho dos cientistas em demarcar as diferenças entre suas atividades e aquelas que são produtos das “não ciências”. Apesar de o texto de Gieryn tratar especificamente da construção da imagem pública da ciência e da autoridade dos cientistas, questões às quais não me dedico,⁹³ valho-me de seu entusiasmo com a produção de etnografias atentas ao

⁹³ O trabalho de Thomas Gieryn (1983) também pode oferecer uma importante contribuição para os debates sobre as categorias profissionais que disputam a legitimidade do uso de terapias alternativas/complementares. O caso da acupuntura no Brasil é um exemplo seminal para o diálogo com a ideia de *trabalho-fronteira*. Como mostra Marilene do Nascimento (1998), em *De panacéia mística a especialidade médica*, a acupuntura passou do absoluto rechaço por parte dos sindicatos médicos na década de 1970 para a judicialização da prática nos anos 2000, em favor do monopólio médico no exercício da especialidade.

*trabalho-fronteira*⁹⁴ para descrever a relação entre a acupuntura neurofuncional e a medicina tradicional chinesa no ambulatório. Desse modo, a referência ao trabalho de Gieryn (1983) é apenas evocativa, um exercício de “pensamento frouxo”, como diria Gregory Bateson (1972), já que um uso mais estrito do conceito de *boundary-work* também implicaria adesão a um detalhado procedimento metodológico descrito pelo autor.⁹⁵ O que pretendo com a remissão ao termo é habilitar o uso da ideia de fronteira, sublinhando o deslocamento analítico que faço ao evitar assumir a anterioridade da fronteira em relação às práticas que trabalham para que ela seja instituída. Para tanto, opto, nas seções seguintes, por descrever esse *trabalho-fronteira* performado cotidianamente a partir de dois elementos que operam ambigualmente nessa etnografia, ora como dispositivos narrativos, ora como princípios teóricos: a materialidade da agulha e o procedimento do agulhamento.

Variação das coisas

Em agosto de 2013, Pedro, paciente de Joel no ambulatório, foi para sua última sessão de acupuntura da série de seis atendimentos prescritos pelo protocolo do Geanf. Pedro é pedreiro, trabalhou por mais de 30 anos na construção de edifícios de grande

⁹⁴ A grafia original do conceito emprega o hífen como sinal de conexão entre as palavras “trabalho” e “fronteira”. A descrição do conceito feita por Gieryn (1983), no entanto, permite fazer alguns jogos semânticos, tal como no título desse tópico, que reforcem a ideia de que é preciso o trabalho de uma série de agentes *para que* uma fronteira exista.

⁹⁵ Para Gieryn (1983, p. 782), a metodologia de pesquisa interessada no *trabalho-fronteira* dos cientistas deveria atentar para “their attribution of selected characteristics to the institution of science (i.e., to its practitioners, methods, stock of knowledge, values and work organization) for purposes of constructing a social boundary that distinguishes some intellectual activities as ‘non-science’”. Em seus próprios termos, “boundary-work is analyzed as a rhetorical style common in ‘public science’, in which scientists describe science for the public and its political authorities, sometimes hoping to enlarge the material and symbolic resources of scientists or to defend professional autonomy” (Gieryn, 1983, p. 782).

porte. O agravamento de uma dor nas costas, no entanto, afastou-o do ofício. Quando recebeu o benefício da aposentadoria, seu plano era voltar a morar no interior do estado. Em 2009, no entanto, sua esposa sofreu um AVC e, desde então, ele dedica seus dias a assisti-la em casa e na exaustiva rotina de consultas, exames e fisioterapia que a mulher passou a cumprir. Nesse período, as dores nas costas, que haviam desaparecido, voltaram e, por isso, Pedro foi encaminhado ao ambulatório. Naquele dia, entretanto, o senhor de 78 anos respondeu à pergunta sobre a situação de suas dores de um modo que eu havia presenciado poucas vezes: “Elas sumiram, doutor. Não sinto mais nada.” Joel não escondeu a satisfação, e nem Pedro, os risos, ao perceber meu espanto diante de sua frase. A raridade de casos como o de Pedro não significa que sejam poucos os pacientes do ambulatório que deixam de sentir dores, mas explicita simplesmente que, quando a dor desaparece, os usuários abandonam o tratamento. Para os médicos do Geanf essa prática reduz as chances de um resultado positivo duradouro, já que as seis sessões previstas obedecem a uma sequência de agulhamentos previamente estabelecida e que deve ser cumprida integralmente.



Nervo trigêmeo. Destaque para a emergência na parte frontal da face, entre os olhos.

Conforme já constava no prontuário de Pedro, nessa última série de estimulações intramusculares, os agulhamentos procedidos privilegiariam a área de correspondência trigeminal. Manipulando agulhas nessa região, Joel poderia acessar o nervo trigêmeo, assim chamado por possuir ramificações em três zonas nervosas: a mandibular, a oftálmica e a maxilar. “Essa área”, explicou Janete noutra ocasião, “é especial porque nos permite tratar de problemas como dor de cabeça, estresse e tensões.”

O nervo é extenso e, por isso, as possibilidades de pontos para estimulá-lo são variadas. Entre as zonas possíveis para o procedimento, Joel selecionou aquela entre as

sobrancelhas e logo acima do nariz. Além desse ponto na face, outros, noutras partes do corpo, também foram estimulados. Como de costume, depois de inserir todas as agulhas em Pedro, Joel deixou-o em repouso e foi atender a outro paciente.

Durante esse tempo, Nuno, um dos estagiários de Silvio, chegou um pouco mais cedo do que seu professor de medicina tradicional chinesa e foi observar os agulhamentos dos pacientes que já haviam sido atendidos naquela manhã. Eu o acompanhei e, como sempre fazia com os estagiários, pedi para que me explicasse a função de cada ponto e o modo como se relacionavam naquele conjunto dos agulhamentos. O primeiro paciente que Nuno observou foi Pedro.

Postado ao lado da maca, o estagiário começou a sua descrição pelo ponto que até aquele momento para mim estimulava a área de correspondência trigeminal:



Bom, provavelmente você já conhece esse aqui. É um dos pontos mais clássicos da acupuntura, chama-se *yintang*. Ele não tem um canal de meridiano específico, então é o que chamamos de ponto extra. Você pode usar ele para muitas coisas, problemas respiratórios, sinusite, mas também ansiedade, estresse e dor de cabeça. É um ponto que acalma a mente (Nuno Fernandes, agosto de 2013).

Yintang. Ponto clássico da acupuntura da medicina tradicional chinesa.

Nuno não tinha dúvidas, aquele era o *yintang*. Joel, por sua vez, descreveu no prontuário e explicou para mim que o objetivo daquele procedimento era o nervo trigêmeo. Ao contrário do que poderíamos imaginar, o vasto horizonte de controvérsias que envolvem a relação entre medicina tradicional chinesa e a biomedicina no ambulatório não é suspenso quando ambos os modelos terapêuticos convergem sobre a localização do ponto que deve ser agulhado. Isso porque, na ponta da agulha, numa espessura milimétrica, suficientemente fina para confirmarmos a precisão da técnica do agulhamento, também há margem para que o trabalho de produção de fronteiras seja performado.

Já me preparava para perguntar a Nuno sobre os outros agulhamentos quando Joel, tendo escutado a conversa, veio até a maca para retirar as agulhas de Pedro e, enquanto o fazia, asseverava:

Acontece que a minha agulha não fala chinês. Essa é a diferença. Já faz alguns anos que nenhuma agulha que eu coloco no paciente passa por meridiano, por *chi* ou por *yintang*. Eu nem lembro direito dos nomes [dos pontos da MTC]. Claro que respeito esse saber. Essa até é uma questão meio filosófica porque pode ser o mesmo ponto, mas a minha agulha nesse ponto está no nervo trigêmeo e a sua, no meridiano. (Joel Safir, em agosto de 2013).

Embora numa mesma localização, cada uma dessas agulhas têm suas próprias possibilidades de correspondência, uma com tecidos cutâneos, nervos e sinapses, e outra com fluxos de energia, yin e yang. O procedimento de Joel incide sobre zonas neuroreativas específicas capazes de modular a comunicação entre o sistema nervoso e o cérebro, aplacando a dor e devolvendo as funções musculoesqueléticas do paciente. Já o descrito por Nuno teria sido feito visando um ponto extra, fora das linhas dos canais energéticos, alterando as substâncias vitais de modo a acalmar a mente. Há, portanto, uma sobreposição nos pontos dos agulhamentos e, por vezes, também uma convergência acerca dos efeitos esperados com o procedimento, tratar dores de cabeça, por exemplo. O dissenso sobre “o que se está agulhando”, no entanto, transforma a localização coincidente da agulha numa semelhança apenas superficial – ou, poderíamos dizer, epidérmica.

Registrar que a semelhança entre os pontos agulhados não tem profundidade não significa que os terapeutas deixem de se empenhar em esclarecê-la. Numa ocasião, quando observava uma sessão feita por Janete, identifiquei que uma das agulhas inseridas pela médica estava num ponto recorrentemente utilizado pelos acupunturistas da medicina tradicional chinesa que eu acompanhara durante os trabalhos de campo. Perguntei sobre a razão da coincidência para aquela localização específica, alegando que

na semana anterior havia observado o trabalho de Silvio e visto um agulhamento que parecia ser idêntico.

É verdade, esse é um ponto bombril para eles, serve pra tudo. Mas isso não significa que se eu colocar uma agulha aqui estou fazendo MTC. Sabe por que eu coloquei a agulha aqui? Porque esse é um ponto sistêmico, tem uma grande quantidade de inervações tibiais com conexões altas. Isto é, que vão para o sistema nervoso e cérebro. Eu não tenho nada a dizer sobre os meridianos. Aliás, sempre digo que a maior bobagem que podem dizer é que estamos traduzindo a MTC para a biomedicina. Como assim traduzir? Ninguém está interessado em dizer que o meridiano “x” é a inervação tal. Meridiano é meridiano, inervação é inervação. (Janete Bandeira, em outubro de 2013).

Diante do reconhecimento de que a localização do ponto é semelhante, Janete parece apontar para uma nova instância de diferenciação, a da razão técnica do agulhamento, o “porquê da agulha aqui”. Nessa justificativa de seu agulhamento, os meridianos são novamente assinalados como um não possível, como elementos fora do horizonte de todo seu procedimento, desde a anamnese e prontuário até a estimulação intramuscular. A insistente recusa do uso e acesso dessa “anatomia da MTC” por parte dos médicos do Geanf, contudo, não significa que eles a situem no plano da irrealidade. É isso que Joel parece frisar quando afirma que “nesse mesmo ponto, a minha agulha está no nervo trigêmeo e a sua, no meridiano”. Trata-se, portanto, de dois modelos anatômicos reais, distintos e, como sugere Janete, não equivalentes, intraduzíveis.

A ressalva feita pela médica acupunturista sobre o equívoco do uso da ideia de tradução para tratar da relação entre terapias alternativas/complementares e biomedicina é importante. Na literatura especializada sobre o tema, são comuns os textos que caracterizam essa relação a partir do princípio da tradutibilidade dos conhecimentos de MTC para os da medicina de base fisiológica (por exemplo, ver Jongyoung, 2006). Implícita nessa perspectiva está a sugestão de que as diferenças entre ambas as medicinas são apenas terminológicas e não substanciais. O uso biomédico da

acupuntura seria uma atualização dos conhecimentos já enunciados pela medicina chinesa há milênios, estando, por isso, subordinado à originalidade das ideias sobre as quais caberia apenas traduzir. Nessa mesma direção, alguns autores alegam que essa tradução é sempre parcial, de modo que os serviços prestados pela medicina ocidental, apesar de parecerem um ato de legitimação são, na verdade, parte de um processo mal disfarçado de assimilação (Fadlon, 2005).

Por mais que essas análises que remetem à ideia de tradução possam oferecer aportes significativos para compreender a relação entre biomedicina e terapias alternativas/complementares, elas o fazem num plano generalizante que faz perder de vista a sugestão que venho tentando seguir na etnografia deste capítulo, de que cada um desses modelos terapêuticos é radicalmente performado (*enact*) no monótono cotidiano de procedimentos do ambulatório. Não me interessa ir o mais longe que puder na caracterização dos princípios ontológicos da MTC e da medicina de base fisiológica para tratar da localização coincidente da ponta de uma agulha. Antes disso, prefiro apostar na potência da frase de Joel, “faz alguns anos que nenhuma agulha que coloco passa por meridiano”, para explorar essa relação.

Se, atualmente, a agulha manipulada nos procedimentos de Joel não visa e nem é capaz de associar-se com os meridianos descritos pela anatomia chinesa, em algum momento ela já foi. Para compreender tal oscilação, proponho uma distinção entre a materialidade da agulha, aquele conjunto instável de associações que caracteriza provisoriamente a *coisa*, e o *objeto-agulha*, determinado pela constituição invariante de sua forma. Enquanto o objeto-agulha pode ser descrito como metálico, pontiagudo e

com contornos definidos, a materialidade da agulha é múltipla, contingente e não definida pela superfície do objeto.⁹⁶

O que se transformou com a adesão de Joel aos protocolos de estimulação intramuscular propostos pelo Geanf não foi o objeto-agulha, instrumento de sua técnica terapêutica, mas a materialidade da agulha, resultado dos fluxos que se conectam a cada agulhamento. Explicitar esse tipo de perspectiva, orientada teoricamente pelas contribuições de autores como Martin Heidegger (1971), Jane Bennett (2010)⁹⁷ e Tim Ingold (2012a), aporta, em suma, duas lições fundamentais sobre o desenvolvimento desta etnografia. A primeira poderia ser sintetizada com a afirmação: a materialidade das coisas não está definida pela superfície dos objetos, mas pelos fluxos que as atravessam. Ao mesmo tempo, a semelhança de forma dos objetos não significa que eles tenham

⁹⁶ A oposição proposta entre coisa e objeto tem inspiração original no ensaio de Martin Heidegger (1971) intitulado *A coisa*. O texto, apesar de seu hermético diálogo com a tradição de pensamento da fenomenologia husserliana, tem sido uma importante referência para os filósofos do chamado *novo materialismo* e para os *antropólogos da materialidade*. *Coisa*, nos diz Heidegger no início de seu texto, *é uma jarra*. E assim o é porque tal como a imagem da jarra, permite-nos imaginar. A qualidade da coisa é ser um *receptáculo*, *algo que recebe outro dentro de si*. A coisa, assim como a jarra, goza da plena possibilidade de mundo, da capacidade de ser interpelada ou, no caso da última, de ser preenchida sem que seja, por isso, totalizada. É essa característica que permite Heidegger estabelecer uma distinção fundante entre *coisa* e *objeto*. A coisa é inefável já que, enquanto receptáculo, está sempre envolvida em um novo arranjo; o objeto, por sua vez, está encerrado, fechado em si mesmo, totalizado e estático. A opção pelo termo *coisa* também se justifica pela etimologia da palavra *Ding*, que, no alemão antigo, nas formas de *thing* ou *dinc*, designa a reunião convocada para tratar de um assunto em questão (Heidegger, 1971, p. 152). É assim que se soma, à qualidade de receptáculo da *coisa*, o sentido de um “lugar” de encontro, de entrelaçamento. Se levarmos em conta essa justificativa etimológica pormenorizada no texto de Heidegger, talvez possamos melhor compreender a afirmação de Tim Ingold sobre o assunto: “A coisa [...] refere-se a ‘um acontecer’, ou melhor, a um lugar onde vários acontecimentos se entrelaçam. Observar uma coisa não é ser trancado do lado de fora, mas ser convidado para a *reunião*.” (Ingold, 2012b, p. 29, grifo meu). A observação é importante porque dispõe a *coisa*, receptáculo, como algo não passivo, uma vez que mais do que simplesmente “receber”, ela também *reúne*.

⁹⁷A obra *Vibrant matter: a political ecology of things* (Bennett, 2010) merece destaque pela ampla apresentação que faz das possíveis relações entre filosofias vitalistas e a produção antropológica interessada no tema das materialidades.

uma mesma materialidade. A segunda lição que os comentários acima oferecem é de ordem metodológica.⁹⁸ Para conhecer os materiais é preciso seguir os fluxos que nele se reúnem e considerá-los na sua característica de não objetos: afeitos à variação e refratários à fixidez. A materialidade que reúne, descrita por Deleuze e Guattari (2002) como matéria-fluxo, só pode ser acompanhada se seguirmos suas itinações, seus movimentos de devir. Trata-se de entendê-las, afinal, não pelo que elas *são*, mas pelo que elas podem *ser*.

Refletir sobre o tema da sobreposição da localização dos agulhamentos a partir dessa perspectiva da materialidade permite que concebamos os procedimentos, anatomias e modelos terapêuticos utilizados no ambulatório como realidades concomitantes, sem que pese sobre elas a “verdade da natureza biológica unívoca”, sobre a qual caberia apenas sentenciar se a agulha está no nervo trigêmeo ou no *yintang*. A possibilidade de acessar cada um desses elementos não se faz no derradeiro momento em que a agulha é colocada no paciente. O nervo trigêmeo e o *yintang* tornam-se agulháveis apenas na medida em que a anamnese, o exame clínico e o diagnóstico são mobilizados para isso. O dia em que as agulhas manipuladas por Joel perderam o acesso aos meridianos foi o mesmo em que as dores narradas por seus pacientes foram inscritas no prontuário na forma de hachuras mais ou menos intensas. É por isso que os procedimentos não são simplesmente reflexos de um modelo terapêutico já dado, mas são eles mesmos as *performances que os instituem* diariamente.⁹⁹

⁹⁸ Na introdução do livro *Thinking through things* (Henare; Holbraad; Wastell, 2007), o argumento sobre as contribuições de ordem metodológica aportadas pelo tema à antropologia é extensamente desdobrado.

⁹⁹ Essa é a própria definição mais geral da ideia de *enact* tal como utilizada por Annemarie Mol (2002).

Atenção aos procedimentos

Tendo já descrito nas seções anteriores parte dos protocolos de atendimento de cada um dos grupos, o modo de preenchimento de seus prontuários, o conteúdo e a forma pela qual as discussões de alguns casos clínicos são encaminhadas, resta ainda me deter na própria técnica terapêutica do agulhamento. O tópico é relevante porque, primeiro, é somente a partir da descrição da manipulação da agulha que posso levar a cabo o projeto de seguir os fluxos das associações reunidas em sua materialidade. E, segundo, porque permite apresentar aspectos centrais de uma das controvérsias que têm ocupado os profissionais do ambulatório desde o lançamento da PNPIC, a saber: como lidar com a complexa identificação da acupuntura neurofuncional como uma prática integrativa e complementar no plano burocrático e, ao mesmo tempo, no plano clínico, com a recusa dos princípios terapêuticos previstos pela Política Nacional de PICs?

Quando já estava para completar um ano de trabalho de campo no ambulatório, entre os meses de fevereiro e março de 2013, passei a acompanhar as sessões de acupuntura de um modo diferente do que vinha fazendo até então. No lugar do silêncio costumeiro durante os agulhamentos, eventualmente rompido pela exclamação de dor do paciente provocada pela colocação de uma agulha, pedi para que os médicos descrevessem seus procedimentos enquanto os realizavam. Com isso, mais do que a relatos especializados, pouco convidativos à reflexão antropológica, tive acesso às conexões esperadas e estabelecidas em cada técnica procedida – conforme a variação de profundidade e inclinação da agulha, uso do aparelho de eletroestimulação e associação de pontos estimulados.

Lúcia é paciente de Cláudio, um dos idealizadores do Geanf. Encaminhada ao ambulatório quatro meses antes de sua primeira consulta, a mulher de 29 anos sofre com uma intensa dor no braço direito. Apesar de sentir algum incômodo naquela região há

dez anos, fazia oito meses que a dor tornara-se insuportável sem o uso de analgésicos. O agravamento do caso ficou explícito quando, em setembro de 2012, Lúcia não pôde mais fazer qualquer movimento de rotação ou elevação do ombro. No primeiro atendimento, o relato sobre a progressão de suas dores e os exames realizados por Cláudio deram as bases para que emergisse um objeto clínico possível de ser tratado a partir dos marcos estabelecidos pelos protocolos do Geanf. O delineamento dos objetivos a serem atingidos nas sessões seguintes estava claro no prontuário da paciente, o fim das dores de Lúcia e o restabelecimento da função musculoesquelética de seu ombro dependiam da eficiência dos procedimentos de estimulação intramuscular em desativar *pontos de gatilho*. “A ideia não é muito difícil de entender”, tentava me explicar Cláudio:

O paciente chega e diz que está com dor em todo o ombro, braço e nuca. Você pode achar que o problema dele é em toda essa região, mas não é exatamente verdade. Essas zonas doloridas são projeções de um *ponto de gatilho*. Esses pontos irradiam a dor, eles a estendem para outras partes. Então o ponto de gatilho pode estar, por exemplo, no músculo infraespinhal, mas a dor estará em todo o braço. É uma dor projetada pelas conexões neurais, que enganam o cérebro. Então a gente tem que desativar esse ponto de gatilho para tratar a dor. Aliás, é mais do que isso, temos que trabalhar para fazer o paciente recuperar o movimento que, por causa da dor, ele não consegue mais fazer. (Cláudio Couto, em março de 2013).

A dor que Lúcia experimenta estende-se da ponta dos dedos da mão direita ao pescoço. No entanto, por trás dessa sensação difusa há um ponto de irradiação de dor com localização precisa, o *ponto de gatilho*. Desfazer o engano entre a fonte da dor e seus efeitos projetivos, pelos quais as conexões nervosas têm responsabilidade, é o objetivo terapêutico de Cláudio nos agulhamentos procedidos. Embora a potência de irradiação de dor desse ponto seja oculta para o paciente, encontrá-lo não é uma tarefa difícil. O relato de Lúcia sobre as zonas mais doloridas, associado ao conhecimento neuroanatômico do médico, permitia supor que o referido ponto estivesse na região do

trapézio. Como havíamos combinado, Cláudio narrava enquanto procedia ao exame clínico: “Ela disse que tem dor em todo o braço, mas tem um ponto que causa isso. Lúcia, vou apertar alguns lugares e você diz onde é que mais dói.” Não foram necessárias muitas tentativas para que o grito de exclamação de Lúcia, “é aí!”, fosse seguido pelo de Cláudio, “achei!”. Uma pequena saliência no músculo infraespinhal, ali estava o ponto de gatilho das dores de Lúcia.

Os agulhamentos foram procedidos sobre aquela área e sobre as principais zonas de projeção de dor. O conjunto deles, por sua vez, delineava os “contornos da doença” e o segmento do corpo tratado. Na segunda sessão do tratamento, oito agulhas foram colocadas, nenhuma fora do braço, lado direito do pescoço ou da região espinhal superior. Elas variavam em sua inclinação e profundidade conforme a localização dos músculos e fibras nervosas sobre os quais precisavam intervir. O preciso posicionamento das agulhas é condição para que o tratamento seja eficaz. Isso porque somente um conjunto específico de agulhamentos, realizados em zonas neuroreativas determinadas, é capaz de modular os impulsos nervosos, de modo a extinguir a projeção da dor e, ao mesmo tempo, acelerar a reconstituição fisiológica do músculo lesionado. Segundo os protocolos do Geanf, contudo, a associação agulha-músculo-zona neuroreativa-cérebro-dor precisa ainda de um outro elemento para ser completada, impulsos elétricos. Com a aplicação de uma corrente elétrica alternada de baixa intensidade, as transmissões nervosas se normalizam e o efeito analgésico é imediato. Para isso, os médicos empregam um pequeno aparelho de eletroestimulação, que se liga com as agulhas por meio de fios e plugues, a partir do qual podem controlar o tipo e intensidade da energia transmitida.

No procedimento de Cláudio, a agulha de acupuntura converte-se num eletrodo. Sua manipulação, que visa desativar o ponto de gatilho e, por conseguinte, seus efeitos

de projeção de dor, deve ser precisa na associação entre sistema muscular, sistema nervoso, tempo e frequência da tensão elétrica utilizada. Na materialidade da agulha inserida por Silvio, por sua vez, as conexões esperadas e promovidas são de outra ordem, assim como são de outro tipo a anatomia e a energia manipulada.

Maria é paciente de Silvio. Ela tem 40 anos e já havia feito acupuntura no ambulatório em 1994, mas naquela ocasião era uma dor na lombar que a incomodava e não a enxaqueca, que, dessa vez, fizera o clínico da unidade de saúde de seu bairro encaminhá-la para a terapia com agulhas. Foram dois meses de espera até que Maria tivesse sua primeira consulta agendada. Na manhã em que foi ao ambulatório para o início de seu tratamento, a mulher ainda se recuperava da forte dor de cabeça que tivera nos dias anteriores. O problema começou em 2012, com dores esporádicas e que podiam ser controladas com medicamentos, mas no ano seguinte o aumento de intensidade e na regularidade das crises só não preocuparam mais do que sua duração, entre três e quatro dias.

Silvio trata de outros pacientes que sofrem com enxaquecas, alguns deles com sintomas muito semelhantes àqueles relatados por Maria, mas isso não significa que a série e objetivos dos agulhamentos nesses casos sejam iguais. Afinal, como o médico afirmou quando perguntei sobre a regularidade de casos como aquele: “Os sintomas e até o diagnóstico de enxaqueca são apenas dimensões de um problema que deve ser tratado e observado na perspectiva da integralidade.” Durante a anamnese, Silvio perguntou a Maria sobre suas preferências de temperatura, calor ou frio, e também sobre o sabor de seus alimentos prediletos, doces ou salgados. A essas perguntas, que poderiam indicar possíveis desequilíbrios entre o ying e o yang, seguiram outras sobre a qualidade dos relacionamentos pessoais que Maria vinha estabelecendo nos últimos anos. Antes mesmo que respondesse a essas últimas questões, Maria começou a chorar.

Foi quando Silvio e eu soubemos que, no mesmo período em que a enxaqueca intensificou-se, a paciente havia passado por um processo de separação e de disputa pela guarda dos filhos. Após o término do atendimento, Silvio comentou a relação daquela informação sobre a vida familiar de Maria e suas dores de cabeça:

Essa é a maior contribuição da PNPIC para a saúde no Brasil, apoiar um tipo de medicina que enxerga além da anatomia. Vai me dizer que a enxaqueca da Dona Maria não está relacionada com a situação familiar dela? É por isso que eu te disse que só saber da enxaqueca não adianta. A enxaqueca dela é diferente da do outro que não está passando por uma situação dessas na vida, mas que sente uma dor de cabeça “igual”. O tratamento precisa levar isso em conta e não só identificar o problema. Você quer acompanhar como eu trato, certo? Então pode anotar aí que essa informação [sobre a separação e disputa de guarda dos filhos] foi determinante para o diagnóstico e escolha dos pontos que agulhei. Isso aqui é uma medicina da totalidade, sem segmentação. (Silvio Harres, em fevereiro de 2013).

Maria, diagnosticou Silvio sem detalhar as razões técnicas que permitiam tal afirmação, tinha enxaqueca por umidade-calor na vesícula biliar, associada à rebeldia do *chi* e estagnação de energia no fígado.

Na medicina tradicional chinesa, a vesícula biliar é um órgão que, além de suas funções metabólicas, caracteriza-se por concentrar e gerar a força para as tomadas de decisões da pessoa. Por isso, diante de uma situação que demanda posicionamentos assertivos, como as disputas judiciais nas quais Maria estava envolvida, esse era um órgão bastante afetado. Raiva e frustração, sentimentos que na narrativa da paciente caracterizavam sua disposição psíquica nos últimos meses, trazem calor para a vesícula e comprometem o fluxo do *chi* no fígado, explicou Silvio. Os órgãos referidos, no entanto, estendem-se para além dos limites físicos dos seus homônimos na anatomia da medicina ocidental, ou seja, o fígado da MTC não tem os mesmos contornos que o fígado descrito pela biomedicina. Isso porque, o que importa na anatomia que orienta o diagnóstico e os agulhamentos de Silvio é a ação energética do corpo e não as dimensões espaciais e visíveis de suas partes.

Cada agulhamento procedido pelo médico é uma tentativa de estimular a circulação energética onde as substâncias vitais estão estagnadas ou fluindo de um modo não harmônico. Na primeira sessão do tratamento de Maria foram 14 agulhas inseridas nos dois pés, pernas, braços e mãos, além de outras na face, cabeça, tronco e barriga. “Não pode ser diferente”, dizia Silvio enquanto agulhava, “os meridianos circulam por todo o corpo e por mais que o problema possa aparecer como uma enxaqueca, o desequilíbrio é geral. Não tem corpo segmentado na medicina integrativa.”

Os pontos energéticos agulhados são invisíveis, mas suas localizações estão protocoladas. Por isso é possível que Silvio descreva seus agulhamentos a partir de códigos que informam com precisão a área do procedimento, tais como: 20VG, 17VC, 37E e 10B. Na série procedida em Maria, todas as agulhas foram colocadas profundamente, já que o caráter de sua dor é crônico – caso não fosse, o agulhamento seria mais superficial –, e em ângulos variados, conforme a região do corpo em que eram inseridas. A eficácia da acupuntura feita pelo médico dependia da intervenção precisa nos pontos e meridianos capazes de alterar a dinâmica de circulação energética da paciente que, uma vez harmonizada, terminaria com a enxaqueca.

As técnicas procedidas por Cláudio e por Silvio em seus agulhamentos respondem a diferentes princípios terapêuticos. Os usuários não sabem previamente dessa diferença e, muitas vezes, tampouco a concebem durante ou após os tratamentos. Para a administração do Centro de Saúde Modelo, a unidade básica que sedia o Ambulatório da Dor e Acupuntura, as diferenças técnicas não são notadas e, por conta disso, nem mesmo a marcação das consultas as leva em consideração. A Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre contabiliza os serviços oferecidos em sua rede a partir dos relatórios gerados pelo Sigtap, o sistema de gerenciamento do SUS. Nesse software, todos os procedimentos de acupuntura realizados no ambulatório são subscritos na

rubrica dos atendimentos em práticas integrativas e complementares. No final de todos os anos, o relatório produzido pela Comissão Nacional da Política Nacional de PICs, que também utiliza os dados do Sigtap, servirá de base para a publicação de notícias como a que estampou a capa do jornal *O Estado de São Paulo* em dezembro de 2012: “Busca por acupuntura no SUS cresce 429% em 5 anos” (Bassette, 2012). Nessa extensa cadeia de informações, os distintos modos de proceder aos agulhamentos no ambulatório desaparecem progressivamente, de modo que ter conhecimento sobre eles parece ser algo restrito aos próprios médicos que lá trabalham, aos pacientes mais atentos e a eventuais etnógrafos por eles interessados. Essas diferenças técnicas, no entanto, adquiriram outras proporções nos últimos anos, quando passaram a ser enunciadas pelos profissionais do Geanf e por outros sujeitos e entidades que se engajaram em denunciar a falta de legitimidade científica das práticas integrativas e complementares. Nessa instância da relação entre biomedicina e a medicina tradicional chinesa performada no ambulatório que adquiriu a forma de uma controvérsia jurídica, me deterei na próxima seção.

A métrica da ciência e a legitimidade das PICs

Como venho tentando descrever neste capítulo, o cotidiano dos procedimentos realizados no ambulatório é uma via de acesso privilegiada às diferentes dimensões das performances que instituem as diferenças entre a acupuntura feita conforme a MTC e a estimulação intramuscular. Apesar de essas diferenças serem significativas no plano técnico, seus termos não podem ser identificados pelos dispositivos burocráticos do Sistema Único de Saúde, de modo que se tornam, além de invisíveis, irrastreáveis para os gestores da saúde pública nacional. O efeito desse “desencontro” é o estabelecimento

de uma provocativa configuração na economia geral da legitimidade das práticas médicas: enquanto a estimulação intramuscular nas zonas neuroreativas, um procedimento baseado nos princípios da biomedicina, continuar sendo *inscrita* no SUS como uma prática integrativa e complementar, ela poderá ser realizada e mantida pelo Estado. Isto é, foi no rastro do reconhecimento das “terapias alternativas” que a acupuntura neurofuncional pôde se estabelecer em Porto Alegre. Como já havia advertido anteriormente, no entanto, os arranjos da relação entre esses modelos terapêuticos são contingentes e, por isso, pouco sujeitos a fixação.

Em maio de 2006, a portaria nº 971 do Ministério da Saúde instituiu a PNPIC. Apenas quatro meses depois, em setembro, o Sindicato Médico do Rio Grande do Sul (Simers) ingressou com uma ação civil pública no Tribunal Regional Federal da 4ª Região requerendo a anulação da PNPIC:¹⁰⁰

[...] especialmente no que concerne à autorização da prática da acupuntura por profissionais não médicos e à institucionalização de tratamentos sem comprovação científica no âmbito do SUS, bem como a condenação da ré [a União] ao pagamento de indenização por danos morais e pelos prejuízos causados à saúde pública em decorrência da prática de procedimentos que carecem de comprovação científica.¹⁰¹

A ação foi resultado de uma mobilização do setor jurídico do Sindicato Médico e também do corpo de suas câmaras técnicas, em especial daquela dedicada à acupuntura. Os médicos do Geanf contribuíram com os argumentos apresentados na ação a partir de pareceres em que afirmavam “não ser possível a prática de acupuntura e de outras

¹⁰⁰ Trata-se da ação civil pública número 2006.71.00.033780-3 (RS) / 0033780-12.2006.404.7100.

¹⁰¹ O trecho citado foi extraído do processo disponível no site do Tribunal Regional Federal. Embora o tenha transcrito em sua maior parte fiz pequenos ajustes de linguagem e, por isso, a citação não é literal.

terapias alternativas sem observância de normas aplicáveis à pesquisa em seres humanos”.¹⁰²

No extenso processo, ainda corrente em 2015, dois argumentos são acionados para fundamentar a judicialização da PNPIC: a) a utilização de agulhas para fins terapêuticos demanda uma técnica apurada e um conhecimento anatômico que apenas médicos detêm;¹⁰³ b) as práticas integrativas e complementares não têm comprovação científica e por isso não podem ser apoiadas ou oferecidas pelo SUS.¹⁰⁴

Apesar de serem apresentadas como duas alegações distintas, cada uma das quais com suas próprias justificações legais no processo, quero apostar aqui na relação que as associa, ou melhor, no argumento que emerge como efeito da relação.¹⁰⁵ A acupuntura e a homeopatia são duas especialidades médicas reconhecidas há anos pelo Conselho Federal de Medicina (CFM). Com isso, na história recente da medicina no Brasil, as disputas judiciais envolvendo essas especialidades e as entidades da classe médica deixaram de ser sobre a validade técnica dessas práticas e passaram a concentrar-se, sobretudo, na determinação dos profissionais que poderiam exercê-las. Numa espécie de

¹⁰² Assim como no trecho anteriormente citado, nessa transcrição fiz alguns ajustes de linguagem. Aos pareceres das câmaras técnicas tive acesso por meio das publicações no site do Sindicato Médico do Rio Grande do Sul.

¹⁰³ Em um dos trechos do processo pode-se ler: “[...] a utilização de agulhas para fins terapêuticos é procedimento de técnica apurada, pondo em risco a vida do paciente se não efetuado por profissional habilitado, podendo provocar infecção, perfuração da medula, dos pulmões, vísceras e órgãos vitais, e até mesmo a morte”.

¹⁰⁴ No texto do processo, esse argumento está sempre acompanhado por uma ênfase em algumas terapêuticas: “[...] o SIMERS requereu a declaração de nulidade da Portaria nº 971/2006 do Ministério da Saúde por não ser possível a prática de acupuntura e de outras terapias alternativas (em especial a fitoterapia, a crenoterapia e o termalismo social) sem observância de normas aplicáveis à pesquisa em seres humanos”. Embora tal recurso retórico centre atenção em determinadas terapêuticas, ele não suspende a alegação generalizante de que as PICs descritas pela portaria nº 971 não foram suficientemente testadas por critérios científicos.

¹⁰⁵ Sobre essa contenda jurídica, o que me interessa, neste capítulo, são os argumentos acerca da “falta de cientificidade” das terapias alternativas/complementares.

efeito perverso, contudo, a promulgação da PNPIC garantiu um acesso mais amplo a essas terapêuticas já estabelecidas, mas também as vulnerabilizou. Isso porque a política simetrizou, sob o registro das práticas integrativas e complementares, a crenoterapia, a medicina ayurvédica, a medicina antroposófica, a fitoterapia, a medicina tradicional chinesa e a homeopatia, abrindo, assim, a possibilidade de as associações médicas resistirem às PICs, e, conseqüentemente, à acupuntura e à homeopatia, sem, com isso, contrariarem o CFM. Com a criação das práticas integrativas e complementares, todas as ações relativas a qualquer uma das terapêuticas agrupadas nessa rubrica devem ser remetidas à Política Nacional de PICs. Essa, que, por sua vez, desde que colocada em juízo pelo Simers, não pode ser alterada até receber uma sentença final.¹⁰⁶

Joel, médico do ambulatório, que acompanhou a elaboração de um dos pareceres técnicos subsidiando os argumentos para o processo que judicializou a PNPIC, deixou claro esse efeito perverso da política:

Eu achei bem certinha essa política. Finalmente disseram o que demoraram para admitir: medicina chinesa, homeopatia, reiki, cromoterapia, antroposofia, e tudo mais, são farinha do mesmo saco. Sabe por que estão juntas? Porque não tem como provar a eficácia delas, não tem pesquisa séria sobre elas. O problema é que isso está no SUS, as pessoas estão recebendo esses tratamentos e não se sabe nada sobre eles. Aí vão me dizer: “Ah! Mas reiki cura, medicina chinesa cura.” É verdade, cura, mas cura sem ter metodologia delineada. Placebo também cura, passe [espírita] também cura, mas nada disso tem protocolo, não é ciência. (Joel Safir, em abril de 2013).

O texto do processo movido pelo Sindicato Médico contra o próprio Estado brasileiro e a fala de Joel não deixam dúvidas sobre o fundamento da controvérsia: as terapias alternativas/complementares estão fora do compasso da ciência. Não há “metodologia delineada” dessas técnicas e, quando elas existem, os protocolos que as

¹⁰⁶ Isso não significa que os estados e municípios não possam encaminhar suas próprias políticas voltadas para as PICs, como é o caso do Rio Grande do Sul descrito no Capítulo 1.

balizam não observam os parâmetros que “permitem a realização de pesquisas em seres humanos”. É preciso sublinhar, no entanto, que a denúncia não se faz “em nome da ciência”, mas sim em defesa do público que, tendo recebido um tratamento não científico, teria sido enganado. Ao Estado, que rompeu o compromisso de exclusividade com a medicina científica, caberia indenizar por danos morais a todos os usuários submetidos às PICs.

A métrica da ciência enquanto um aspecto determinante da relação entre terapias alternativas/complementares e biomedicina ganhou contornos mais explícitos no processo contra a PNPIC e em suas repercussões. No ambulatório, particularmente, cada vez que a ação era julgada numa nova instância, os médicos apuravam ainda mais seus argumentos sobre o caráter não científico daquelas terapias que: a) confundem a cura com comprovação de eficácia; b) não podem ser colocadas à prova.

“Curar”, explicava-me Cláudio, “não é a questão. O negócio é saber como curou.” É também nos termos dessa diferença entre as “curas por boas razões” e aquelas “mal explicadas” que Isabelle Stengers (2002, p. 32, grifo meu) trata da emergência da medicina moderna:

Arriscarei aqui a hipótese de que não é tal ou qual inovação médica que conferiu à medicina os meios de reivindicar o título de ciência, mas a maneira pela qual diagnosticou o poder do charlatão e explicitou as razões para desqualificar esse poder. A “*medicina científica*” começaria, segundo essa hipótese, no momento em que os médicos “descobrem” que nem todas as curas são equivalentes. O restabelecimento como tal nada prova; um simples pó de pirlimpimpim ou uns tantos fluidos magnéticos podem ter um efeito, embora não possam ser considerados causa. O charlatão é definido desde então como aquele que considera esse efeito como prova.¹⁰⁷

¹⁰⁷ Embora a figura jurídica do charlatanismo não tenha sido acionada nesse processo, sugiro que uma análise comparativa entre o conteúdo das alegações sobre a falta de cientificidade das terapias alternativas/complementares e aquelas ações contra “charlatões” poderia ser feita.

A acupuntura praticada conforme a medicina tradicional chinesa pode curar, mas enquanto não puder explicar por que curou, e enquanto essas razões alegadas não puderem ser testadas pelos métodos científicos, ela permanecerá às margens da medicina moderna.

Numa das entrevistas que fiz com Cláudio argumentei que havia encontrado inúmeros artigos sobre o uso da acupuntura baseada na MTC publicados em periódicos vinculados a departamentos e a centros de pesquisas das ciências médicas, o que, para mim, parecia implicar algum tipo de legitimação da especialidade. Sem hesitar, o médico negou a suposição:

Esses artigos sempre têm um grave problema, neles a justificativa dos pontos agulhados obedece à medicina chinesa, e a avaliação e explicação dos resultados usam uma base fisiológica. O cara diz que a agulha está ali porque o *chi* está estagnado e explica a resposta do organismo do paciente falando do sistema nervoso. Tu aplica um modelo científico a um dogma não científico. (Cláudio Couto, em setembro de 2012).

Nesse caso, para ser alçada ao grupo das medicinas que curam por “boas razões”, a acupuntura da medicina chinesa precisaria não somente mobilizar os fluxos energéticos, como também ser testada e comprovada *a partir deles*.

A tradição demarcacionista das ciências modernas,¹⁰⁸ no entanto, mais do que condicionar os candidatos a fato científico à prova da experiência, impõe que, antes de tudo, eles se alinhem aos modelos que *podem ser testados*. Isto é, o primeiro critério de demarcação daquilo que é ou não ciência não é a demonstração pública de uma experiência bem-sucedida, mas a adesão aos princípios sobre os quais a métrica da ciência pode sentenciar, estabelecendo a diferença entre o verdadeiro e o falso.

¹⁰⁸ Para um detalhamento sobre o demarcacionismo remeto a Stengers (2002, p. 43-47).

Ao menos desde a Segunda Guerra Mundial, os ensaios clínicos randomizados, cegos, controlados por placebo são o principal dispositivo de acesso dos medicamentos e procedimentos ao status de medicina científica. O “problema” da acupuntura diante desses testes não são os resultados obtidos, mas sim a constatação da inviabilidade de submetê-la a eles. Afinal, como fazer uma sessão de acupuntura-placebo? De que forma um conjunto de agulhamentos poderia ser conduzido para testemunhar o efeito sugestivo (placebo) e outro para desencadear os efeitos “reais” da técnica? E, no caso de todas essas dificuldades metodológicas serem resolvidas, os pesquisadores se deparariam com um novo conjunto de problemas: como garantir um estudo duplo-cego em que nem os pacientes e nem os que aplicam a técnica saibam se estão recebendo ou manipulando o placebo ou o “verdadeiro procedimento”?¹⁰⁹

Em algumas pesquisas recentes há uma tentativa de produzir um “agulhamento placebo” por meio da chamada “acupuntura *sham*”, que prevê a inserção de agulhas fora dos pontos protocolares da medicina tradicional chinesa.¹¹⁰ Em vez de colocar a agulha no *yintang*, por exemplo, o terapeuta faria o procedimento um ou dois centímetros à direita daquele ponto específico por onde passa o meridiano e, em seguida, compararia seus resultados com os efeitos de um agulhamento preciso no ponto – o que, segundo a MTC, poderia alterar a dinâmica dos fluxos energéticos da pessoa. Fora dos canais energéticos as substâncias vitais não poderiam ser manipuladas e, por isso, o equilíbrio entre yin e yang (que também se expressa como saúde) não deveria ocorrer quando o procedimento fosse *sham*. Em alguns casos, no entanto, as investigações que têm empregado a acupuntura *sham* como estudo contra placebo demonstram que a

¹⁰⁹ O livro *O que é o medicamento*, de Philippe Pignarre (1999), foi uma das principais referências que utilizei para o desenvolvimento dessas reflexões sobre como operam os dispositivos de teste *para* a medicina científica.

¹¹⁰ As informações iniciais sobre acupuntura *sham* foram obtidas por meio do próprio trabalho de Cláudio Couto (2009).

estimulação dos pontos fora dos meridianos tem resultados mais satisfatórios do que aquela feita nos pontos “reais”. Noutras pesquisas que também comparam a “terapêutica vazia” com a verdadeira, os resultados encontrados são irregulares, variando conforme o ponto testado, o que inviabiliza uma avaliação da cientificidade do modelo terapêutico da acupuntura em sua totalidade.

Ao mesmo tempo em que a variação nos resultados da eficiência dos pontos de acupuntura não permite generalizar a certeza sobre os benefícios da técnica chinesa, ela tem permitido aos médicos do Geanf investirem num argumento que coloca os postulados da MTC em xeque: “Os efeitos terapêuticos da acupuntura não dependem de pontos específicos.” (Couto, 2009, p. 27).¹¹¹ A passagem é central para os fins deste capítulo porque é a partir dessa “irregularidade nas provas” e da “dificuldade em ser provada” que os médicos do Geanf sugerem suplantam a acupuntura da MTC por um modelo terapêutico neurofuncional.

O método predominante de seleção de pontos, alicerçado nas teorias energéticas da MTC, usado tanto na pesquisa científica quanto na prática clínica, é artificialmente limitado por ter de se adequar a métodos reducionistas [...]. A falta de base científica motivou estudiosos a buscar estratégias com maior credibilidade e comparabilidade, em que a escolha da localização e profundidade da inserção da agulha de acupuntura dependesse finalmente das propriedades neurofisiológicas das estruturas que estão sendo estimuladas no tecido local e dos efeitos sistêmicos da acupuntura nos sistemas nervoso, endócrino e imunológico [...]. Essa modalidade terapêutica vem sendo utilizada e ensinada no Ambulatório de Dor do Centro de Saúde Modelo de Porto Alegre [...]. (Couto, 2009, p. 27-28).

A estimulação intramuscular realizada pelos médicos do Geanf não tem pontos estabelecidos previamente. Todo o corpo pode ser agulhado e a seleção dos pontos

¹¹¹ Esse excerto, assim como a citação seguinte, foram extraídos da dissertação intitulada *Eficácia da estimulação intramuscular no tratamento da dor miofascial crônica*, defendida pelo médico do ambulatório, Cláudio Couto (2009). O texto foi uma importante peça para o desenvolvimento da acupuntura neurofuncional e para o estabelecimento de alguns protocolos para o Geanf.

depende do tipo de propriedade neurofisiológica que precisa ser empenhada para, por exemplo, terminar a dor. Embora os pesquisadores interessados nesse tipo de agulhamento também tenham que buscar alternativas para colocar à prova sua técnica, há uma diferença crucial entre os experimentos que a envolvem e a acupuntura da MTC: se a estimulação de um ponto *sham* obtiver melhores resultados do que um agulhamento feito em um meridiano, o princípio dos canais energéticos, fundamento da medicina chinesa, será colocado sob suspeita; por outro lado, se a estimulação de uma zona neuroreativa for menos eficaz do que um agulhamento feito noutro ponto, o que será colocado em suspeição serão as razões técnicas da escolha daqueles pontos e não a existência do sistema nervoso. Os dispositivos de experimentação da medicina contra placebo não simplesmente testam, mas são constituídos num formato que inclui e exclui modelos terapêuticos, justifica e questiona, cria e interdita procedimentos.

Desde os primeiros momentos do trabalho de campo no Ambulatório da Dor e Acupuntura encontrei um ambiente de pesquisa muito marcado por relações mais ou menos tensas entre os profissionais que empregam terapias alternativas/complementares e outros que procedem conforme os princípios da medicina fisiológica. A convivência cotidiana naquela unidade de saúde, ora acompanhando médicos formados por uma escola de medicina tradicional chinesa, ora observando as atividades de um grupo de pesquisa cujos participantes estavam engajados na criação de um modelo terapêutico de modulação neuroanatômica que usa agulhas como ferramenta, acentuou ainda mais minha impressão de que estava diante de um lugar privilegiado para descrever a relação entre essas diferentes formas de fazer medicina. Ao voltar-me para a bibliografia que já havia tematizado especificamente a relação entre biomedicina e terapias alternativas, deparei-me com um conjunto de textos que rivalizavam duas hipóteses: a legitimação das medicinas não hegemônicas é significativa do esgotamento da medicina ocidental, e

a medicina hegemônica está criando mecanismos para incorporar e “ocidentalizar” as terapias alternativas/complementares. Não faltaram pesquisadores para pormenorizar as diferenças ontológicas entre os modelos terapêuticos e afirmar que qualquer aproximação entre eles seria ou um ato de conquista de um sobre outro, ou uma grande e equívoca contradição. De minha parte, embora o trabalho de campo no ambulatório sempre tenha sido conduzido para tratar da relação entre PICs e biomedicina, não tive qualquer interesse em formular uma teoria geral sobre o tema, baseada nas possíveis incompatibilidades técnicas entre uma e outra. O que me intrigava era justamente como o lançamento da PNPIC havia estabelecido um marco para essa relação que não estava no contraste entre os manuais técnicos, mas que se expressava no cotidiano do ambulatório, em seus agendamentos de consultas, nas anamneses, nos prontuários, nos agulhamentos e no engajamento de seus profissionais nas políticas de saúde do país. Enfim, como as PICs eram (constantemente) também inventadas nos atendimentos.

Minha aposta, neste capítulo, foi a de que poderia tratar dessa relação entre terapias alternativas/complementares e biomedicina, tema tão candente nas discussões sobre a PNPIC, a partir do monótono cotidiano de procedimentos do Ambulatório da Dor e Acupuntura em Porto Alegre. Em cada caso apresentado, procurei expressar diferentes aspectos dessa relação que, longe de poder ser identificada nos termos de avanços e recuos definitivos, constitui-se em diferentes níveis, em configurações sempre conjunturais. Foi nessa perspectiva que pude considerar tanto a invisibilização dos tensionamentos no ambulatório para os gestores do SUS como também o engajamento de parte dos médicos do Geanf na judicialização da PNPIC.

Ao que parece, o principal aporte que a perspectiva etnográfica pode oferecer ao tema não é a segurança na sentença sobre qual modelo terapêutico subjugou e qual foi subjugado com a institucionalização da PNPIC, mas a possibilidade de descrever e

analisar essa relação a partir dos próprios termos de sua instabilidade. Neste capítulo estive permanentemente às voltas com os diferentes modos pelos quais os médicos especialistas, tanto em medicina tradicional chinesa quanto em acupuntura neurofuncional, tentam terminar a dor. Minha sugestão foi que descrever e identificar as ações empenhadas nesse empreendimento nos dá pistas valiosas para compreendermos a relação entre PICs e biomedicina.

Na segunda parte deste trabalho, essa relação será novamente tematizada – afinal, as PICs no SUS são sempre as PICs na relação com a biomedicina –, mas, ao fazê-lo, tratarei mais diretamente das associações entre práticas integrativas e complementares, saúde e espiritualidade. Como sugerem os títulos das partes, nos próximos capítulos, já não me interessa tanto a *invenção das PICs*, mas perguntar, a partir de etnografias sobre a oferta de PICs: “O que pode a espiritualidade?”

Parte II

O que pode a espiritualidade?

Com relação ao problema da ficção, para mim, é um problema muito importante; e me dou conta que nunca escrevi senão ficções. Não quero dizer com isso que esteja deixando de lado a verdade. Parece-me que existe a possibilidade de fazer trabalhar a ficção na verdade, de induzir efeitos de verdade com um discurso de ficção e de fazer de modo que o discurso de verdade suscite algo que ainda não existe.

Então, 'ficciona-se'. 'Ficciona-se' a história a partir de uma realidade política que a faz verdadeira, 'ficciona-se' uma política que ainda não existe a partir de uma verdade histórica. [...] Assim, esse jogo da verdade e da ficção ou, se vocês preferirem, da constatação e da fabricação, permitirá fazer aparecer claramente o que nos liga, às vezes de maneira totalmente inconsciente, à nossa Modernidade e, ao mesmo tempo, fará que nos apareça como alterado.

Michel Foucault, *Ditos e escritos*

Capítulo IV

O que faz a espiritualidade?



Primeira aquarela abstrata, de Wassily Kandinsky. Grafite, nanquim e aquarela sobre papel, 1913.
Acervo do Musée national d'art moderne, Centre Pompidou, Paris.

Em dezembro de 1911, Wassily Kandinsky publicou o texto *Do espiritual na arte*, um ensaio capital para os movimentos artísticos do século XX. O artista russo, pioneiro do abstracionismo no Ocidente, exorta nesse livro a capacidade singular da literatura, da música e da pintura de captar e expressar o *ser espiritual das coisas*. Numa de suas célebres passagens, Kandinsky (2000, p. 75) escreveu: “A forma, mesmo abstrata, geométrica, possui seu próprio som interior, ela é um ser espiritual, dotado de qualidades idênticas às dessa forma. Um triângulo é um ser. Um perfume espiritual que lhe é próprio emana dele.”

Na arte abstrata, há uma centralidade atribuída à forma. Esse privilégio da forma, no entanto, não está expresso, como no realismo, pelos traços que buscam reproduzir com perfeição a realidade visível e superficial das coisas. Pelo contrário, a qualidade da forma que interessa aos abstracionistas é aquela velada pela superfície, mas que, ao mesmo tempo, nela se manifesta. É por isso que, por exemplo, Kandinsky trata do triângulo a partir de sua forma interior (ou de seu perfume espiritual) e não da geometria de sua superfície exterior (as três retas que o compõem). A obra reproduzida acima, *Primeira aquarela abstrata*, é uma pintura de formas interiores. Tal fidelidade à interioridade da forma também mobilizou o pintor abstrato holandês Piet Mondrian que, quatro anos depois da publicação do ensaio de Kandinsky, afirmou: “Para uma abordagem espiritual na arte, é preciso usar menos realidade possível, porque a realidade é oposta ao espiritual.” (Fingesten, 1961).¹¹²

Não foram poucos os autores que sublinharam a importância da espiritualidade para as ideias e conceitos de alguns dos artistas pioneiros na arte abstrata – além de Kandinsky e Mondrian, outros pintores como Frantisek Kupta e Kazimir Malevich

¹¹² Não são poucos os textos que sugerem a importância que a Sociedade Teosófica exerceu para que o interesse pelo tema da espiritualidade por parte dos abstracionistas. Para uma análise da relação entre a obra de Mondrian, a teosofia e a ideia de espiritualidade, ver Kramer (1995).

também foram explícitos sobre seus interesses em retratar o ser espiritual das coisas em suas obras (Fingesten, 1961; Tuchman et al., 1986).

No início do século XX, o abstracionismo, um dos principais sinais da modernidade ocidental, encarnou o “espiritual” como um de seus elementos centrais. Se esse pode ser um fato inesperado para quem analisa as transformações modernas da vida na Europa dos séculos XIX e XX nos termos weberianos da “desmistificação”, para autores como Peter van der Veer, essa é apenas mais uma das demonstrações de que a espiritualidade não é uma forma marginal de resistência à modernidade secular, mas é parte do próprio projeto moderno, sendo a emergência do termo um de seus índices e uma chave fundamental para compreendê-lo (Veer, 2013, p. 7).

O argumento não é trivial e, para demonstrá-lo, dependeríamos de um amplo esforço de reconfiguração genealógico acerca da categoria espiritualidade, empreendimento que se afasta dos objetivos mais gerais deste capítulo. Mesmo sem a intenção de reconstituir tal genealogia – trabalho feito minuciosamente por pesquisadores como Catherine Albanese (2006) –, recorro à afirmação de Veer para sublinhar aquilo sobre o que o reconhecimento do vínculo entre essa categoria e a modernidade nos adverte: espiritualidade é um conceito historicamente situado e sua emergência é, ela mesma, o produto histórico de processos discursivos. A semelhança entre a afirmação e o que diz Talal Asad (1993, p. 29)¹¹³ sobre a categoria religião não é despropositada – embora tampouco deva ser estendida além do plano metodológico. Talvez a ordem desse paralelo fique mais clara na paráfrase de outra sentença de Asad (2001, p. 220): definir “espiritualidade” é antes de tudo um ato. Isso significa que

¹¹³ A citação literal do texto de Talal Asad ao qual faço referência é: “O meu argumento é que não pode haver uma definição universal de religião, não apenas porque seus elementos constituintes e suas relações são historicamente específicos, mas porque esta definição é ela mesma o produto histórico de processos discursivos.” (Asad, 2010, p. 264).

espiritualidade, enquanto categoria, está constantemente sendo definida dentro de contextos sociais e históricos, e que as pessoas possuem razões específicas para defini-la de um modo ou de outro (Asad, 2002, p. 1 apud Giumbelli, 2011).¹¹⁴ A perspectiva parece alçar o debate sobre espiritualidade a um novo plano analítico, distanciado dos imbrólios da filosofia clássica e da teologia sobre o tema e marcado pelos aportes de certa filosofia política foucaultiana em que o conceito e suas características são situados nos jogos de relações de poder que os configuram e os transformam historicamente.

Em alguma medida, assumir essa analítica é a condição para atender ao chamado de Peter van der Veer (2009) a atentarmos para “a política da espiritualidade”. Isto é, para o modo pelo qual essa categoria produz realidades, agencia atores e mobiliza instituições. A política da espiritualidade, portanto, não diz respeito a um conceito, mas sim a uma espécie de recomendação metodológica que insiste na necessidade de compreender a categoria espiritualidade em seus usos, situacionalmente, a partir das configurações de poder e de conhecimentos com as quais ela se articula cada vez que é enunciada. Em seus trabalhos, por exemplo, Veer mostra como o termo foi central para a formação da modernidade imperial¹¹⁵ na Índia e na China. Nesses dois países, a ideia de espiritualidade teria se estabelecido de modo distinto, embora, em ambos, sobretudo durante o período colonial, tenha funcionado como uma importante via de conexão com o Ocidente. Conectar, vale sublinhar, não é o mesmo que traduzir – no sentido de transmitir de modo passivo e simétrico dois universos semânticos diferentes. Afinal, mesmo que a categoria seja cada vez mais utilizada para descrever tradições discursivas

¹¹⁴ A afirmação é similar àquela feita por Emerson Giumbelli (2011) que, num texto revisional da obra de Talal Asad, a utiliza para comentar a posição do antropólogo saudita sobre a categoria “religião”.

¹¹⁵ Por esse conceito, Veer compreende a formação da modernidade sob as condições do imperialismo. O termo é exemplar para o caso indiano e foi detalhadamente explorado noutro livro do autor, *Imperial encounters: religion and modernity in India and Britain* (Veer, 2001).

que, após o encontro imperial, passaram a ser chamadas de hinduísmo, confucionismo e daoísmo, não há nem em sânscrito e nem em mandarim um conceito equivalente ao de “espiritualidade” (Veer, 2013, p. 45). O dado, já analisado por Richards (1964), deixa ainda mais evidente o vínculo entre a modernidade, a partir dos “encontros coloniais” que ela produziu, e a categoria espiritualidade, forjada naquele momento, segundo Veer, como um conceito universal e trans-histórico.

Se, por um lado, não é da espiritualidade na Índia ou na China colonial de que me ocupo, por outro, apresentar a categoria partindo de uma analítica que a problematiza enquanto produto de articulações entre discursos, práticas e configurações institucionais – tal como feito por Veer –, introduz o leitor na chave metodológica com a qual pretendo operar na segunda parte deste trabalho. Estou interessado na espiritualidade em sua interface com os serviços de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), mais precisamente, na oferta de terapias alternativas/complementares tanto na atenção primária como em atendimentos de média e de alta complexidade. No próximo capítulo, descreverei como as ciências médicas têm se empenhado na investigação do “fator espiritualidade” na saúde individual. Como demonstrarei a partir do caso da Unidade Básica de Saúde de Severiano de Almeida, foi na política que apoia o uso de práticas integrativas e complementares (PICs) que os gestores públicos daquela cidade encontraram as justificativas políticas e legais para a contratação de experts em espiritualidade para realizar o atendimento da população.

Neste capítulo também privilegiarei as conjugações entre saúde, espiritualidade e PICs, mas deslocarei minhas reflexões dos efeitos e da produção de discursos clínicos sobre espiritualidade para os diferentes modos de configurar essa categoria por parte dos gestores, médicos, terapeutas e pacientes envolvidos com o uso e com a oferta de reiki. No texto que segue tomarei como referência empírica o setor oncológico do Hospital

Conceição, onde o reiki é empregado como um tratamento complementar à quimioterapia. A partir da etnografia desse serviço procurarei visibilizar como os agentes envolvidos com essa prática definem, diferenciam e estabelecem as fronteiras da categoria espiritualidade com relação a uma outra, a religião.¹¹⁶ Tal proposta acompanha aquilo que Courtney Bender já havia ressaltado em sua pesquisa sobre a “cultura espiritual” nos Estados Unidos: mais interessante do que definir espiritualidade é “observar como o termo é usado e como as suas diferenciações tornam algumas práticas e engajamentos mais ou menos possíveis” (Bender, 2010, p. 5).

No hospital em que fiz o trabalho de campo que deu origem às reflexões aqui apresentadas, as sessões de reiki são realizadas enquanto a medicação quimioterápica é administrada aos pacientes. Se, num plano mais geral, o uso terapêutico do reiki é fomentado e está amparado oficialmente pelas políticas de práticas integrativas e complementares, no cotidiano hospitalar, os médicos, os enfermeiros e os pacientes têm suas próprias justificativas para a adesão às PICs. Para o médico diretor da oncologia, por exemplo, o uso do reiki aliado à quimioterapia tem uma dupla justificativa, ambas baseadas na ideia de que a técnica incide sobre o “fator espiritual” da saúde: respalda-se nas pesquisas clínicas que certificam a espiritualidade como elemento determinante para a recuperação de pacientes com câncer; é uma tentativa de diminuir o número de usuários que abandonam o tratamento por razões religiosas por meio de uma prática que se ocupa da espiritualidade no ambiente do próprio hospital. No entanto, na contramão do argumento médico, é justamente a qualidade espiritual da prática do reiki o que faz alguns pacientes recusarem a terapia. Na segunda e terceira seções deste capítulo

¹¹⁶ Sublinho que a ideia de fronteira é usada aqui tal e qual discuti no capítulo anterior, isto é, o que me interessa propriamente não é a fronteira, mas o trabalho empenhado em instituí-la.

analisarei casos como esse, em que a oferta e o uso do reiki fazem precipitar e tornam visíveis entendimentos distintos acerca da relação entre religião e espiritualidade.

Em relação à estrutura mais geral desta tese, este capítulo, além de avançar no debate sobre a associação entre espiritualidade, PICs e saúde, ainda insere outras duas ordens de problemas importantes para a compreensão do funcionamento das políticas de PICs. Primeiro, o uso das PICs, nesse caso, não ocorre no atendimento primário, mas em tratamentos hospitalares de alta complexidade.¹¹⁷ Conforme procurarei descrever, a dinâmica de funcionamento de unidades hospitalares transforma o modo como as PICs são utilizadas e experimentadas pelos usuários. Segundo, a partir da etnografia apresentada neste capítulo, poderei explicitar as tensões existentes entre as justificativas oficiais para a promoção das PICs e as razões específicas de médicos, enfermeiros e pacientes (tanto os que aderem a elas quanto os que as recusam no cotidiano clínico do hospital).

Conheci a experiência do uso de reiki no Hospital Conceição ainda no início de 2012, quando comecei a estabelecer os contatos iniciais com os atores envolvidos com a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) a partir da indicação de amigos, de buscas na internet, dos percursos dos próprios usuários do SUS. A primeira notícia que tive do serviço terapêutico na oncologia do hospital foi numa conversa com a comissão da Secretaria Estadual da Saúde encarregada da elaboração da Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares (Pepic). Naquela ocasião,

¹¹⁷ Embora o Hospital Conceição tenha sido pioneiro na oferta das PICs nesse tipo de atendimento, é possível reconhecer a emergência de experiências que, na mesma direção, avançam no uso dessas terapêuticas além do escopo da prevenção. Por exemplo, em 2013 foi inaugurado, no Rio de Janeiro, o Instituto Estadual do Cérebro, uma obra com custos próximos a 100 milhões de reais e que serve como referência nacional de cuidados neurológicos. Quando a imprensa repercutiu a concretização da obra, destacou-se a existência, nos leitos de UTIs pediátricas, a instalação de equipamentos permanentes para a realização de cromoterapia (Rio de Janeiro, 2013).

Mariana, farmacêutica e professora da Escola de Saúde Pública, mencionou o caso para comentar a singularidade daquela oferta, feita fora do âmbito da atenção primária e realizada de modo complementar à quimioterapia. A própria Secretaria da Saúde, contudo, não tinha qualquer registro daquela prática, nem de quem a oferecia e, tampouco, a partir de quais mecanismos ela havia sido autorizada pela direção do hospital. Com a pista da terapêutica, o reiki, e do local em que era realizada, o setor de oncologia do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), passei a buscar mais detalhes sobre o caso na internet. Sem muitas dificuldades, encontrei o registro da participação de Marcelo Capra, médico diretor do serviço de hematologia e oncologia do GHC, num evento promovido com o apoio da Universidade Federal de Santa Catarina e da Assembleia do Estado catarinense, intitulado Congresso Nacional Visão Científica e Holística no Ambiente Hospitalar: Reprogramação, Terapias Complementares e Espiritualidade (Santa Catarina, 2011). O trabalho apresentado pelo médico consistia no relato sobre o uso da técnica do reiki em pacientes com câncer. A partir das informações que obtive por meio desse evento, cujo propósito de afirmar a razão científica do vínculo entre espiritualidade e saúde está expresso no título, estabeleci contato com o médico e com os terapeutas reikianos que trabalhavam no GHC.

Se, conforme argumentarei, o uso de terapias alternativas em hospitais imprime uma dinâmica distinta daquela das unidades e dos postos de saúde descritos noutras partes desta tese, a experiência do trabalho de campo numa sala de quimioterapia também é muito diferente da rotina de entrevistas e conversas de corredor que mantive noutros espaços de pesquisa. A começar pelas dimensões da instituição. O setor de oncologia onde fiz a pesquisa integra a maior rede pública de hospitais do sul do país, o Grupo Hospitalar Conceição. Essa rede possui uma equipe formada por quase nove mil profissionais que atendem diariamente em quatro hospitais e em mais de 12 postos de

saúde. Diferentemente dos outros lugares de pesquisa, onde rapidamente conheci e passei a ser conhecido pelas equipes de funcionários, no GHC, apesar de manter uma rotina regular de trabalho de campo durante um ano, sequer pude interagir com todos os enfermeiros e técnicos que trabalham nas salas de aplicação de quimioterapia.

Ao longo de 12 meses, semanal ou quinzenalmente, acompanhei o cotidiano do segundo andar do Hospital Conceição, onde os pacientes com câncer são atendidos e fazem uma parte de seus tratamentos. Todos os dias os corredores do hospital abarrotam-se de gente vinda de diferentes cidades do Rio Grande do Sul e de Santa Catarina em busca de consultas com oncologistas especializados e para cumprir a sistemática rotina das sessões de quimioterapia. Existem três salas de quimioterapia no setor. Duas delas são majoritariamente ocupadas por macas, que servem aos pacientes mais debilitados. Na outra, onde fiz a maior parte da pesquisa, ficam os usuários que não têm dificuldade de locomoção e que podem permanecer sentados em poltronas durante as sessões do tratamento. Ainda que, ao longo dos quatro anos da investigação que resultaram nesta tese, eu tenha me habituado a conhecer histórias de vidas marcadas por graves problemas de saúde e até mesmo a sentir-me integrado em algumas unidades e clínicas, o trabalho de campo nas salas de quimioterapia do Hospital Conceição sempre foi um exercício desafiador.

Naquele espaço, além dos pacientes, apenas os oncologistas, os enfermeiros do setor, os terapeutas reikianos e eu estávamos autorizados a permanecer. Os médicos e enfermeiros passam a maior parte do tempo preparando as medicações que serão administradas ou atendendo aos usuários que apresentam alguma reação ao tratamento. Os reikianos, por sua vez, embora procedam às sessões ali mesmo, na frente das macas e das poltronas, estão sempre circulando entre as diferentes salas de quimioterapia. Além desses, os familiares dos usuários, que devem ficar do lado de fora, às vezes

entram para observá-los ou para ajudá-los a sair. Essa movimentação, aliada ao estreito tamanho das enfermarias, inviabilizava que eu observasse de perto todas as sessões de reiki. Por isso, realizei essa etapa do trabalho de campo alternando entre acompanhar os reikianos, os enfermeiros e os médicos e permanecer sentado junto aos pacientes ao lado de suas poltronas e macas. Essa condição permitiu que eu conhecesse parte dos problemas e das situações em três cotidianos que, embora convergissem num mesmo lugar, eram muito distintos.

Os desafios para a operacionalização da pesquisa eram singelos perto da experiência que é acompanhar os pacientes com câncer num dos momentos mais decisivos de combate à doença e também de maior debilidade física e emocional. Não foram raras as situações em que estava conversando com algum usuário e, de repente, tive que chamar as enfermeiras para socorrê-lo de crises convulsivas em reação aos medicamentos. Também não foram poucas as vezes em que vi o agravamento da doença terminar no abandono das sessões de quimioterapia, tendo em vista o consenso médico de que já não seriam capazes de reverter os processos de metástase. Mesmo após meses de trabalho de campo, realizado entre novembro de 2012 e novembro de 2013, a permanência no hospital era árdua e, em algumas dessas ocasiões, deixei o segundo andar do Hospital Conceição pouco tempo depois de ter chegado.

Para voltar ao eixo central da discussão que proponho neste capítulo, retomo a pergunta que o intitula, “o que faz a espiritualidade?”. Com ela aponto para duas direções. Primeiro, reconheço-a como uma questão latente na etnografia e nas reflexões aqui apresentadas, de modo que a utilizo como um fio condutor, ainda que nem sempre enunciado, das descrições. E, segundo, trata-se de uma pergunta endereçada não somente ao meu “objeto de pesquisa”, como também ao marco teórico com o qual dialogo. Com isso não pretendo estabelecer uma antinomia entre espiritualidade

enquanto categoria analítica e enquanto objeto de análise. Pelo contrário, a proposta é justamente apostar nos ganhos de uma analítica que, suspeitando dos usos do termo, faz da reflexão sobre eles o ponto de partida para explorar novos horizontes em debates, por exemplo, acerca dos diferentes modos de associação entre essa categoria e a de religião.

O lugar do reiki no tratamento oncológico

José foi caminhoneiro durante 37 anos. Em 2009, quando estava prestes a completar 58 anos de idade, a descoberta de um câncer no esôfago acelerou os seus planos de aposentadoria. O senhor magro, alto e com os cabelos completamente brancos, fala com a rouquidão de quem fumou desde o início da adolescência, hábito que, apesar de ter sido uma das razões de sua doença, é lembrado por ele com certo saudosismo. Morador de Triunfo, cidade que fica a 80 quilômetros de Porto Alegre, José frequenta o segundo andar do Hospital Conceição desde o início de seu tratamento contra o câncer. Nos três anos anteriores ao nosso primeiro encontro, ocorrido em novembro de 2012, a possibilidade de que se recuperasse já havia sido desacreditada duas vezes pelos médicos, mas em ambas o paciente surpreendera os prognósticos e revertera os quadros de agravamento da doença.

Conheci José no mesmo dia em que também encontrei Clara, outra usuária do setor oncológico do GHC. Os dois, no entanto, têm perfis bastante diferentes. Clara é uma jovem de 29 anos que, por insistência da filha, decidira investigar um nódulo no seio. A suspeita inicial do médico de que pudesse ser um tumor maligno confirmou-se e, pouco tempo depois de realizar a cirurgia de mastectomia, Clara foi encaminhada para as sessões de quimioterapia. Ela resistiu inicialmente ao tratamento porque receava a

queda de cabelo, mas acabou convencida a aceitá-lo pelo médico e, novamente, pela filha.

Na tarde em que os conheci, eu havia chegado um pouco depois do meio-dia na sala de quimioterapia do GHC. Aquele era o período de troca de turnos das enfermeiras, e Sandra, a terapeuta reikiana, ainda estava a caminho do hospital. Eu já estava sentado ao lado de José quando Clara foi chamada pela enfermeira e ocupou a poltrona que ficava mais próxima a nós. Instalado em um pequeno banco de madeira, fiquei entre os dois. Era a primeira sessão de quimioterapia de Clara e a quinquagésima de José, informação que ele mesmo frisou enquanto tentava acalmar a jovem dizendo que tudo ia correr bem.

Logo depois que Clara acomodou-se, uma técnica de enfermagem veio até ela para medir suas funções vitais, procedimento repetido várias vezes, ao longo da aplicação dos medicamentos quimioterápicos. Na sequência, uma médica residente, já com os dados das primeiras aferições de pressão, batimentos cardíacos e temperatura de Clara em mãos, fez uma série de perguntas sobre a rotina da paciente nos últimos dias. Quando terminou, a médica reviu a medicação prescrita e autorizou a quimioterapia. Feita em duas etapas, isto é, com a manipulação de duas bolsas de medicamentos diferentes, a sessão estava programada para durar cerca de três horas.

Clara estava naquela sala fazia pouco menos de 15 minutos e nesse período uma técnica de enfermagem, uma médica residente e duas enfermeiras já haviam realizado algum procedimento na paciente. Mesmo após o início da aplicação do quimioterápico, o fluxo de técnicos e de profissionais que a interpelavam continuava intenso. Entre tantos enfermeiros e médicos que passavam para avaliar, proceder às aferições e conversar com os pacientes, Sandra, a técnica reikiana, chegou na sala em que estávamos.

Vestindo um jaleco branco igual ao de todos os outros profissionais do setor, à primeira vista, nada diferenciava Sandra dos médicos e dos enfermeiros. Com a autonomia de quem frequenta aquelas enfermarias há dois anos, Sandra percorre as três salas de quimioterapia e oferece o reiki aos pacientes, independentemente do tipo de câncer ou do tratamento que o usuário está recebendo. Tampouco é prescrito um momento específico para a aplicação do reiki durante a quimioterapia, de modo que Sandra encontra-se toda a tarde, duas vezes por semana, percorrendo o setor e abordando livremente os pacientes.

Quando a reikiana aproximou-se, José, que a conhecia, logo disparou: “Eu já estava achando que você não vinha.” Sorridente, Sandra cumprimentou-me e justificou a demora pela lotação das salas em que ficam os pacientes acamados, por onde havia começado as sessões daquele dia. Sem que a conversa se estendesse muito, José fechou os olhos e Sandra começou a aplicar o reiki. De pé, na frente da poltrona, a reikiana passou um óleo essencial nas mãos, as esfregou, e as impôs sobre a cabeça de José. Sem jamais tocar no paciente, a terapeuta repetiu o gesto noutros seis pontos do corpo de José – que correspondem aos chacras –, antes de voltar suas mãos para a região do esôfago do paciente, onde permaneceu por alguns minutos fazendo pequenos gestos com os dedos, como se desenhasse no ar. Esses movimentos eram quase imperceptíveis e consistiam na reprodução do símbolo de cura do reiki na região em que estava o foco do câncer de José. Noutro momento irei deter-me nessa prática específica, mas de antemão sublinho que se trata de uma técnica de intensificação de troca energética bastante apurada, utilizada apenas pelos terapeutas que possuem os estágios mais avançados de formação em reiki.

Quando a sessão terminou, José havia adormecido. Sandra, então, passou para a poltrona de Clara e abordou a paciente perguntando se ela autorizava o reiki:

Talvez o seu médico ou algum enfermeiro já tenha avisado, eu sou terapeuta reikiana e aplico sessões de reiki aqui no setor. Essa é uma terapia integrativa e complementar, e vai ajudar no equilíbrio de seu campo energético. É opcional, você pode não querer, mas é rápido, não tem efeito colateral e não é invasivo. Onde é o seu problema? (Sandra, em maio de 2012).

Clara pareceu indiferente à consideração de Sandra sobre o caráter opcional da oferta. Respondeu que o seu problema era um câncer de mama e, por indicação da terapeuta, fechou os olhos e tentou relaxar. Depois de pouco mais do que sete minutos de imposição de mãos, Sandra terminou a sessão, agradeceu a Clara e seguiu para a poltrona ao lado onde outro paciente estava disposto a receber o reiki. A circulação de profissionais continuou e, assim que a terapeuta saiu, uma enfermeira veio até Clara para substituir a bolsa do medicamento quimioterápico que estava a ponto de terminar. Em seguida, foi a vez de sua médica, que queria visitá-la na primeira sessão do tratamento e colocá-la a par do intervalo de tempo até as próximas consultas e as sessões de quimioterapia já agendadas.

Interrompo essa sequência narrativa para sublinhar que a oferta de reiki, tal como está integrada na rotina dos procedimentos realizados na sala de quimioterapia, assume uma estética hospitalar semelhante àquela que caracteriza todas as outras ações feitas pelos médicos e enfermeiros do lugar. A terapeuta, por exemplo, vestida com jaleco branco, confunde-se com os outros profissionais que circulam no setor. Para muitos pacientes, tampouco a imposição de mãos destoa da sequência das aferições de sinais vitais feitas pelos técnicos, das anamneses procedidas pelos médicos ou das aplicações intravenosas que os enfermeiros manipulam. Não há um momento específico para as sessões de reiki, ela acontece entre todos os outros atendimentos relacionados com o uso dos quimioterápicos. Nesse sentido, naquela enfermaria, as sessões de reiki são apenas mais uma etapa de um tratamento em que possíveis diferenças entre técnicas

empregadas – o atendimento médico, a mastectomia, a quimioterapia, o reiki, etc. – são atenuadas pela autoridade do ambiente hospitalar que as abriga e, em alguma dimensão, as compatibiliza em sua estética.¹¹⁸

Se, por um lado, a forma pela qual o reiki é utilizado no GHC resulta numa aparente continuidade entre a técnica e os outros procedimentos biomédicos realizados na sala de quimioterapia, por outro, é preciso destacar que, diferentemente de todos os casos descritos nos capítulos anteriores, o modo de uso do reiki naquela situação reforça o caráter *complementar* das PICs. Refiro-me ao estatuto de “terapia auxiliar” que caracteriza a prática do reiki quando utilizada junto à quimioterapia. Diferentemente do protagonismo que as PICs podem assumir quando empregadas no âmbito da atenção básica e, sobretudo, na prevenção, no GHC, o reiki pode ser descrito como um tratamento complementar, isto é, aliado à terapia principal e, ao mesmo tempo, subordinado e não concorrente a ela.

Conforme venho demonstrando, há uma série de terapias alternativas/complementares sendo utilizadas em postos de saúde, ambulatórios e hospitais do SUS. Nem todas são reconhecidas pela PNPIC, embora a maior parte dos gestores públicos e dos atores envolvidos com a oferta dessas terapias reconheçam as políticas de PICs como importantes fontes de legitimidade para as suas utilizações nos serviços de saúde. Com isso, vale perguntar: diante do amplo espectro de terapias alternativas/complementares possíveis, por que especificamente o reiki é utilizado nas salas de quimioterapia do GHC? O que essa prática pode nos indicar sobre as relações entre religião, espiritualidade e PICs que se configuram nos serviços de oncologia daquele

¹¹⁸ Muito embora, como mostrarei noutro momento, pequenas mudanças na técnica de aplicação do reiki podem colocar em risco essa continuidade estética, provocando estranhamentos tanto entre os usuários quanto entre os outros profissionais da saúde.

hospital? Depois de ter apresentado brevemente o modo pelo qual o reiki é ali procedido, nas próximas seções, irei me deter nessas duas questões.

A recomendação do reiki e a ressalva ao religioso

Nos documentos oficiais de órgãos gestores da saúde pública brasileira, o reiki é descrito da seguinte forma:

[...] técnica de captação, transformação e transmissão de energia feita através das mãos (“Rei” significa a Energia Cósmica, Universal, e “Ki” significa energia vital, em japonês). Promove o equilíbrio da energia vital, aplicada pela imposição de mãos do técnico (reikiano) no paciente, no qual é transmitido um padrão de ondas harmônicas resgatando o campo eletromagnético natural, propiciando equilíbrio para o corpo físico. (Rio Grande do Sul, 2013, p. 16).

Embora a técnica não esteja descrita na PNPIC, na versão gaúcha da política, a Pepic/RS, o reiki está explicitamente citado e ainda baseia duas diretrizes do texto. A primeira delas é uma diretriz geral, dedicada a arrolar as terapias alternativas/complementares que não haviam sido incluídas na PNPIC, mas cuja oferta é apoiada pelo Estado do Rio Grande do Sul.¹¹⁹ Já a segunda referência ao reiki na Política Estadual de PICs consta numa das diretrizes específicas do documento, aquelas que concentram as recomendações pontuais para cada uma das terapias descritas.

Diretriz 13 – Para implementação do Reiki

13.1 – Recomendar a inserção do Reiki e terapêuticas de imposição de mãos, *sem vínculos religiosos*;

13.2 – Promover cursos de Reiki, em conjunto com organizações de especialistas dirigida a profissionais já contratados e em atuação nas redes de atenção à saúde, com prioridade para a Atenção Básica (Rio Grande do Sul, 2013, p. 12, grifo meu).

¹¹⁹ O texto da diretriz 2 da Pepic/RS estabelece o estímulo à “implantação das terapêuticas floral, reiki, práticas corporais integrativas, terapias manuais e manipulativas (massoterapia, osteopatia e quiropraxia), terapia comunitária e dietoterapia e recomendação de outras práticas complementares” (Rio Grande do Sul, 2013, p. 10).

A referência à religião logo no primeiro ponto relativo ao reiki é particularmente interessante para a discussão deste capítulo. A formulação da primeira parte da frase estabelece que, além do reiki, outras “terapêuticas de imposição de mãos” também estão recomendadas pela política pública. Na sequência, contudo, uma ressalva sublinha que as terapias apoiadas pelo Estado serão apenas aquelas *sem vínculos religiosos*. O texto dessa diretriz merece algumas considerações. Para isso não vou me deter apenas numa análise dessa política específica, mas alternarei entre esse material e reflexões a partir dos dados obtidos com o trabalho de campo realizado no cotidiano do processo de elaboração da Pepic/RS.

Entre março de 2013 e fevereiro de 2014 a comissão encarregada de escrever a política de PICs do Rio Grande do Sul realizou reuniões sistemáticas na Secretaria Estadual da Saúde. Ao longo desse período, conforme descrevi no Capítulo 2, a comissão convidou técnicos e especialistas em diferentes terapias para ouvir as demandas de cada um desses grupos, bem como para apropriar-se dos princípios elementares de suas práticas. Na ocasião em que o reiki pautou o encontro, três terapeutas foram convidadas. Todas eram mestres em reiki e tinham, além de prolongada experiência com a prática, conduzido a formação de muitos outros reikianos. Conforme cada uma delas expunha suas perspectivas sobre as possibilidades de uso da técnica no SUS, a comissão percebia que havia significativas diferenças nos seus entendimentos sobre a terapia. Uma das convidadas, por exemplo, identificou-se como especialista em reiki xamânico, prática que incorpora referências indígenas e, por isso, realiza a imposição de mãos fora dos chacras, priorizando outros pontos energéticos que, segundo essa tradição, seriam mais precisos do que aqueles indicados pela técnica japonesa. A própria terapeuta, durante a mesma reunião, afirmou que

poderia haver resistências, por parte dos especialistas em reiki, no reconhecimento de sua prática enquanto tal.

Por conta da constatação da amplitude da variação técnica do reiki, a comissão optou por acrescentar, na diretriz citada, a genérica recomendação de que “terapêuticas de imposição de mãos” fossem incorporadas no SUS. Com isso, as práticas de reiki menos ortodoxas também passariam a estar contempladas pela diretriz. Ao mesmo tempo, no entanto, que essa formulação solucionava o problema inicial, ela criava outro, uma vez que sua abrangência daria margem para que práticas como o passe espírita, o *johrei* da igreja messiânica e mesmo o benzimento do catolicismo popular – todas “terapêuticas de imposição de mãos” – também fossem incluídas na política e, por conseguinte, tivessem seu uso autorizado no SUS.

Esse impasse explica, em parte, a ressalva sobre os “vínculos religiosos” expressa na diretriz 13 da Pepic/RS. Com ela, a comissão pretendeu estabelecer um dispositivo de diferenciação, empregado para que práticas explicitamente associadas às religiões fossem excetuadas dos benefícios da Política Estadual de PICs. Nesse caso, os “vínculos religiosos” são a qualidade que habilitam ou não as terapêuticas de imposição de mãos a serem utilizadas nos serviços de saúde. Mas isso não é tudo. Como mostrarei a seguir, a formulação dessa diretriz também está dirigida ao próprio reiki.

Ainda na reunião da Comissão Estadual de Práticas Integrativas e Complementares em que estavam as reikianas, Celestina Gonçalves, diretora de uma importante escola de formação em terapias alternativas/complementares do Rio Grande do Sul, utilizou boa parte de sua apresentação para defender que, no texto final da Pepic, seria fundamental que o reiki fosse explicitamente desvinculado da religião. Segundo ela, o

esforço era necessário para desfazer a associação que tanto prejudicava a legitimação da terapia para um público mais amplo.¹²⁰

Reiki não é religião, reiki é muito mais que isso. Essa coisa do esotérico, do místico, do religioso é o que tem nos atrapalhado. A cura se dá pelo despertar da espiritualidade e não porque a pessoa é religiosa. [...] Tudo isso do místico acho que atrapalha, não é místico, é ciência. Nós não fazemos isso em nome da religião. Essa ideia precisa acabar, só assim vamos poder aproveitar o potencial do reiki no SUS e afastar os preconceitos. (Celestina Gonçalves, diretora da Escola de Terapias Rapha-el, mestre em reiki, em setembro de 2013).

Em sua fala, a terapeuta reikiana demanda explicitamente que a Política Estadual de PICs não somente “recomende o uso da terapêutica”, como também reconheça, e de alguma maneira oficialize, “que reiki não é religião”. Nesse caso, a ressalva da diretriz 13 não serviria apenas para afastar as práticas religiosas de imposição de mãos do *rol* das terapias reconhecidas pelo Estado, mas também para afirmar que não há nada de religioso nas PICs e, particularmente, no reiki. Há, portanto, pelo menos duas intenções na ressalva aqui comentada. Primeiro, evitar que a ampla recomendação estatal de uso de práticas de imposição de mãos compreenda técnicas identificadas com religiões específicas. E, segundo, afirmar que o reiki incorporado pelos serviços do SUS não é religioso. Esses dois sentidos da mesma diretriz estão diretamente relacionados com o uso e com a oferta de reiki e de “técnicas de imposição de mãos” nos atendimentos de saúde pública. Mas, ao mesmo tempo, a análise do modo pelo qual essa diretriz está formulada também é relevante para o entendimento de um aspecto mais geral das políticas de PICs, que ultrapassa a especificidade das terapêuticas.

¹²⁰ Waleska Aureliano (2011), em sua etnografia sobre o funcionamento de um centro espírita na cidade de Florianópolis que atende a pacientes com câncer, também menciona um caso em que sujeitos estiveram empenhados em diferenciar as práticas do passe espírita e do reiki. Na etnografia citada, contudo, eram os religiosos que estavam preocupados em estabelecer essa diferenciação com a técnica do reiki (Aureliano, 2011, p. 256).

A diretriz citada é a única menção, na Pepic/RS, ao termo “religião”. Contrastivamente, abundam no texto referências à “espiritualidade”. E, mais do que isso, se levarmos a comparação adiante constataremos usos distintos dos termos: enquanto a religião é citada na política apenas para ser negada, as remissões à espiritualidade são sempre feitas de forma afirmativa, servindo tanto para confirmar a relevância do assunto para os serviços de saúde como também para indicar a pertinência de abordar a dimensão espiritual da saúde a partir das terapias alternativas/complementares. Reconhecer as diferenças no modo como cada um desses termos é tratado é um passo fundamental para compreender que, para os gestores da Secretaria Estadual da Saúde, sentenciar a distância entre o reiki e a religião não significa rejeitar a capacidade dessa terapia, e das PICs de modo geral, de se relacionar com a espiritualidade.

Tomando como referência o texto da Pepic/RS, mas sem perder de vista que ele é apenas um dos exemplos daquilo que também está expresso, mais ou menos explicitamente, na própria PNPIC e noutras versões estaduais da política, podemos identificar que as menções à espiritualidade estão usualmente associadas ao conceito de integralidade. Já me detive nesse tópico no Capítulo 1, assinalando como o princípio da integralidade, um dos três fundamentos do SUS, foi aproximado semanticamente, na PNPIC, da ideia de holismo, um conceito historicamente identificado com as terapias alternativas/complementares. Retomo o tema aqui para sublinhar que, na Pepic/RS, a afirmação da perspectiva da integralidade vem acompanhada pela expressão do entendimento de que a espiritualidade é uma dimensão do ser humano. No documento, logo nas páginas de caracterização e de justificativa dos benefícios das terapias alternativas/complementares, lemos: “A integralidade como princípio, visão e prática deve ser abordada nas ações desta Pepic/RS, na referência às *dimensões do indivíduo*,

como ser biológico, mental, emocional, espiritual e social.” (Rio Grande do Sul, 2013, p. 5, grifo meu).

O que está em jogo nessa versão do conceito de espiritualidade é algo semelhante àquilo já notado por pesquisadores como Winnifred Sullivan (2014), que, em suas análises sobre o uso da categoria, sublinhou a recorrência de seu entendimento enquanto “uma dimensão inerente a todos os seres humanos”. Trata-se de afirmar que a espiritualidade, ao contrário da religião, não depende do voluntarismo de uma crença para existir, mas decorre de uma disposição constituinte da pessoa. Espiritualidade é, em suma, uma dimensão do indivíduo.

É certo que os enunciados presentes na Pepic/RS, relativos à afirmação da “dimensão espiritual” como uma qualidade invariável do ser humano, têm aqui o alcance restrito de uma política pública, a qual, por sua vez, é marginal na estrutura da Secretaria da Saúde. Minha sugestão é, contudo, que a fórmula que considera a espiritualidade como uma parte invariante da humanidade e a religião como fruto de escolhas particulares repercute com certa constância em diversas instâncias e organismos de gestão em saúde. A seguir, demonstro a pertinência desse argumento recorrendo àquele que é considerado o primeiro debate sobre a relação entre espiritualidade e saúde realizado numa reunião da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Espiritualidade além da religião

Em maio de 1983, durante a 37^a Assembleia Mundial de Saúde, uma decisão histórica foi tomada: a “*dimensão espiritual*” foi integrada ao programa de estratégia da saúde dos Estados membros da OMS. [...] Quatorze anos mais tarde, o grupo especial do comitê executivo da entidade, destacado para revisar sua constituição, propôs que o preâmbulo do documento, onde se define o que é saúde, fosse alterado para: saúde é um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, *espiritual* e social, e não apenas a ausência de doenças ou enfermidades.

Em janeiro de 1998, os membros do comitê executivo endossaram a proposta e a resolução foi adotada pela OMS. (Khayat, 1998, grifo meu).

A sumarização desses três fatos sugerem a abrangência temporal e política que os debates sobre “espiritualidade” assumiram na OMS. A incorporação do termo como um eixo norteador para os programas de estratégia da saúde dos Estados membros da organização foi o primeiro movimento oficial de legitimação do vínculo entre espiritualidade e saúde no âmbito daquela agência. Com isso, o debate, antes marginal, foi redimensionado e, nos 15 anos seguintes, as tentativas de ampliação da legitimidade do fator espiritual resultaram na alteração do próprio conceito de saúde no preâmbulo do principal documento da OMS.

A 37ª Assembleia Geral da Organização Mundial da Saúde, ocorrida em 1983, é considerada por alguns pesquisadores (ver Khayat 1998) como o evento fundador dos debates sobre espiritualidade no âmbito da instituição.¹²¹ Durante aquele evento, representantes de 22 países encaminharam uma proposta de resolução à Assembleia, solicitando a “consideração do fator espiritualidade como elemento determinante para a saúde humana”. O encaminhamento não foi acolhido sem resistências. O médico M. Savel’ev, delegado da União Soviética, e eleito para esse debate como porta-voz dos países “em que a igreja está separada do Estado”, embora não tenha se contraposto ao reconhecimento da importância que a dimensão espiritual tem na saúde das pessoas em alguns dos Estados membros da OMS, tampouco subscreveu a resolução e ainda destacou “que o diretor geral [da OMS] encontrará dificuldades em considerar aspectos

¹²¹ Temos acesso aos debates ocorridos durante essa assembleia graças a dois textos. O mais antigo deles é a crônica escrita pelo delegado do Egito no evento, o médico Muhammad H. Al-Khayat (1998). A segunda narrativa sobre o evento está num livro publicado pela própria Organização Mundial da Saúde (Manuila, 1991). Embora esses textos tenham sido essenciais para a obtenção das informações descritas nesta seção, eles são pouco sistemáticos e bastante sintéticos.

religiosos na elaboração e no desenvolvimento de programas de atenção primária” (Khayat, 1998).

O problema colocado pelo delegado soviético dava indícios daquilo que era a condição para o estabelecimento da espiritualidade como uma categoria legítima em sua interface com saúde, a saber: demarcar sua diferença em relação à religião. Os propositores da resolução pareciam estar conscientes da necessidade de fixar esse marco de diferenciação, tal como se pode depreender de outro relato publicado pela OMS sobre a sequência daqueles debates:

Apesar dos progressos que fazíamos em direção a alguma forma de consenso, havia uma grande dificuldade semântica no tratamento do termo e isso ameaçava o debate. *As crenças religiosas* eram cada vez mais mencionadas por alguns delegados e o significado da “dimensão espiritual” parecia estar perdendo a clareza. Não houve ambiguidades por parte dos propositores da resolução, mas o Dr. Al-Saif tomou novamente a palavra para afirmar que *o projeto não estava baseado em qualquer crença religiosa específica*. “Quem pensa que o projeto de resolução tem implicações religiosas ou dogmáticas está equivocado. O que estamos tentando mencionar não é nada mais e nada menos do que o *lado espiritual* das pessoas e *não as religiões ou as doutrinas que elas seguem*.” (Manuila, 1991, p. 78-79, grifo meu).

Essa espécie de economia da diferença acionada para tratar das relações entre religião e espiritualidade está sintetizada, portanto, no relato sobre a Assembleia da OMS transcrito acima: enquanto a espiritualidade é um lado da pessoa, a religião é uma doutrina que pode, ou não, ser seguida. O coletivo religioso que se forma pela via da adesão contrasta com o fundamento espiritual da pessoa, forjado, ao fim e ao cabo, na natureza humana. Ao final da assembleia, conforme relata a crônica de Khayat, a resolução foi recebida e aceita pela diretoria da OMS.¹²² Quatro meses depois, em maio

¹²² Há pouco dados disponíveis sobre esse debate. Parte das informações citadas foram obtidas graças ao auxílio dos bibliotecários da University of California San Diego, a quem agradeço o apoio na pesquisa. A resolução encaminhada para a diretoria da OMS possui o seguinte registro na entidade: documento Jan. 1984 EB73/1984/REC/1, 2.

de 1984, foi publicado o texto final do documento WHA 37.13, relativo a essa demanda, que afirma ser “necessário o reconhecimento da espiritualidade como uma dimensão humana”.¹²³ Além desse documento, a assembleia também aprovou, por 80 votos a favor, 33 contra e 12 abstenções, o incentivo da OMS a pesquisas científicas que investissem no desenvolvimento de técnicas de monitoramento e de avaliação da espiritualidade das pessoas.

A partir dessa narrativa sobre o processo de institucionalização da espiritualidade no âmbito da OMS é possível distinguir dois conjuntos de enunciados acerca da relação entre espiritualidade e religião. O primeiro, usualmente acionado por agentes contrários ao reconhecimento do impacto do “fator espiritual” na saúde, afirma que religião e espiritualidade são categorias que se sobrepõem. O segundo, mobilizado como parte da retórica favorável à ideia do vínculo entre espiritualidade e saúde, insiste em diferenciar as categorias.

Diante desse breve relato, é possível identificarmos pelo menos dois planos de convergência entre os argumentos apresentados no debate sobre espiritualidade na OMS e aqueles expressos na Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares do Rio Grande do Sul. Primeiro, em ambas as instâncias, a necessidade de diferenciar religião e espiritualidade é preeminente. Segundo, nos dois casos, a diferença entre as categorias está fundada no mesmo princípio de entendimento: a espiritualidade é parte da natureza da pessoa, enquanto a religião é a expressão de escolhas individuais. Conforme já afirmei, no entanto, definir espiritualidade é um ato e, nesse sentido, os marcos que a diferenciam da religião tampouco podem ser encarados como absolutos ou como desinteressados. Assim, se na Pepic/RS a diretriz dedicada ao reiki situa a religião

¹²³ Há uma ambivalência nessa resolução que ora trata a espiritualidade como uma dimensão da saúde humana e ora como uma dimensão humana. Nesse documento, tais formulações parecem ser usadas de forma intercambiável.

fora do campo da terapêutica e, ao mesmo tempo, afirma a pertinência da atenção à espiritualidade, no cotidiano de oferta e de uso do reiki no Hospital Conceição a relação entre essas categorias assume outras configurações. No que segue, continuarei delineando a existência de diferentes configurações da relação espiritualidade/religião no campo da saúde, mas passarei do âmbito prescritivo das proposições oficiais para a experiência do uso do reiki na sala de quimioterapia no Hospital Conceição.

Razões clínicas, políticas e pragmáticas

Em 2008, a diretoria do setor oncológico do GHC introduziu, nas salas de quimioterapia do hospital, o serviço de reiki a partir do trabalho voluntário de duas terapeutas. Naquele período a PNPIC já estava lançada e o Ministério da Saúde estimulava os hospitais e ambulatórios a aderirem à política por meio da distribuição de informativos e mesmo pela realização de seminários descentralizados em que as PICs eram apresentadas aos gestores do SUS. O pioneirismo do GHC em implementar o uso de uma prática integrativa e complementar em um de seus serviços de alta complexidade, no entanto, deu-se a despeito da PNPIC ou de qualquer movimento das secretarias e do Ministério da Saúde.

Lisandra, a terapeuta idealizadora da oferta de reiki no hospital e articuladora da implementação do serviço, tem sua própria narrativa sobre o início da oferta:

Eu sempre tive o dom da cura. Minha avó teve câncer e se tratou nesse hospital. Num dia, um dos médicos disse que ela não poderia sobreviver. Eu, sem curso de reiki e nem nada, fiz uma imposição de mãos nela e em 48 horas ela saiu do estágio que estava. Dali eu fui me aprofundar nas terapias. Como eu fiquei muito nesse hospital, vendo como os profissionais daqui sofriam de estresse e até depressão por causa do trabalho, um dia veio assim na minha cabeça: “Eu vou usar o reiki para aliviar essa tensão deles. E vou fazer isso às claras, dentro do hospital.” Aí em 2001 eu procurei o curso [de reiki]. Quase não se falava de reiki em Porto Alegre, era um

mistério, diziam que era bruxaria ou religião, mas não tinha nada a ver com isso. Em 2002, eu já estava formada e elaborei o projeto. Aí comecei a me submeter, a conversar com os funcionários do lado de fora do hospital. Nisso eu descobri que eles faziam um momento de recreação no galpão dos funcionários. Em 2003 eu fui no setor administrativo, falei do projeto e fui autorizada a oferecer o reiki durante a recreação deles. Comecei na sala de estar dos funcionários, depois isso foi crescendo a ponto de que agora nós temos um horário fixo nos atendimentos aos funcionários dos quatro hospitais do GHC. Por enquanto é tudo voluntário, mas isso pode mudar, né? Com toda essa movimentação da política [PNPIC]. (Lisandra Alves, em entrevista concedida em junho de 2013).

O médico diretor da oncologia do GHC, Marcelo Capra, assim como muitos outros profissionais do hospital, conheceu o reiki por conta dessa oferta voluntária da terapia aos funcionários. Inicialmente, como relatou o médico, ele foi cético quanto ao valor clínico da prática, embora reconhecesse que, em alguns casos, ela pudesse oferecer, em suas próprias palavras, “um importante conforto para os pacientes”. Lisandra, que tinha um interesse especial em poder introduzir o reiki no setor oncológico do hospital, insistia com o médico sobre essa possibilidade, mas Marcelo respondia ao pedido com o receio de quem achava pouco provável que a diretoria da instituição aceitasse a proposta:

A grande preocupação era o que a comunidade científica acharia: “Ah! Estão fazendo terapias malucas no Conceição.” O Conceição já tem uma imagem de reserva da comunidade científica. Aqui, durante muito tempo, foi um hospital não ligado a nenhuma universidade, era um hospital privado, depois se tornou público, então o hospital tinha uma imagem meio ruim. E isso vem mudando, claro, à medida que vai se renovando e bons serviços vão aparecendo. Mas tem uma coisa, assim, meio discriminatória. Então eu, e toda a diretoria, tínhamos medo de que a gente caísse no descrédito. (Marcelo Capra, em entrevista concedida em agosto de 2012).

A mudança de posicionamento do médico e de disposição da diretoria sobre o uso da terapia deu-se depois de um evento ocorrido no próprio setor oncológico do hospital.

O que aconteceu foi que uma mulher começou a vir aqui no corredor abordando as pessoas e dizendo: “Não faz esse tratamento, não. Vem comigo.” Ela vinha aqui, ia no Hospital da PUC, no Santa Rita... e ela era de uma igreja [evangélica]. Ela sabia

onde era a quimioterapia de toda a cidade. “A tua cura tá na religião, vem comigo.” Tu pega a pessoa no desespero. Alguém que tem uma neoplasia, que o médico disse que não tem perspectiva, abandona o tratamento e vai. Então nós achamos que se o hospital pudesse oferecer isso, ao invés de deixar o paciente procurar por si, seria a melhor coisa. Porque ele pode ir para uma igreja que desvirtua o tratamento ou alguém pode mandar ele ir tomar um chá da Amazônia que ninguém conhece os efeitos... E a gente aqui conseguiria oferecer até de forma mais séria, com mais qualidade. E o paciente pode escolher, não é impositivo. Eu andei o mundo inteiro, conheci um centro [de tratamento contra o câncer] importante em Houston, onde eles têm uma pós-graduação só para a espiritualidade. Então vimos que o reiki poderia ser uma abordagem espiritual séria, não invasiva, o que é importante, e que dialogaria com todas essas pesquisas que falam da parte espiritual na saúde. Então isso agora é feito no âmbito institucional. De certa forma a instituição respalda, aí isso entra num programa de assistência integral ao paciente e, como descobrimos depois, ainda seguimos a recomendação da política [PNPIC] do Ministério da Saúde. (Marcelo Capra, em entrevista concedida em agosto de 2012).

As justificativas de Marcelo para apoiar a incorporação do reiki no setor de oncologia do hospital podem ser divididas em duas ordens: política e clínica. É política porque o médico reconhece e sublinha a legitimidade da oferta a partir da PNPIC e do princípio de assistência integral ao paciente. Em conversas posteriores, o médico destacou que a existência da PNPIC foi um argumento central para que a diretoria técnica do hospital aprovasse a iniciativa da oferta de reiki aos pacientes. Aliado ao respaldo político, o médico também cita argumentos clínicos, relacionando as pesquisas sobre a influência da espiritualidade na saúde, os centros globais especializados no tema, e ainda, o fato de que o reiki é uma técnica não invasiva.¹²⁴

Às justificativas clínica e política é sobreposta uma razão pragmática: a qualidade terapêutica do reiki em “cuidar da espiritualidade” serviria, na compreensão do médico diretor da oncologia, para evitar que os pacientes abandonassem os tratamentos hospitalares por razões religiosas. Para o médico, não se trata de estabelecer uma distinção substancial entre as categorias religião e espiritualidade, mas de diferenciar as

¹²⁴ O caráter não invasivo e o fato de que, para aplicar o reiki, o terapeuta não toca o paciente são aspectos constantemente destacados pelos médicos do setor oncológico quando argumentam pela segurança da prática. Essas características também são destacadas por outros profissionais do setor para defender afirmar que “se o reiki não tem efeito, ele também não faz mal”.

práticas que desvirtuam o tratamento clínico daquelas que não o fazem. A formulação das diferenças entre espiritualidade e religião que interessa, nesse caso, está menos pautada pela relação do primeiro termo com a ideia de natureza humana e mais associada com o tipo de risco que as práticas religiosas ou espirituais podem oferecer às prescrições médicas. O reiki, nesse entendimento, seria, antes de tudo, um dispositivo clínico seguro, institucional e técnico de atenção à espiritualidade, capaz de constituir-se como uma alternativa à imperícia e aos riscos de recomendações religiosas e de serviços não hospitalares. É esse o contraste que parece estar em jogo quando Marcelo Capra refere-se à “igreja que desvirtua o tratamento” e à “abordagem espiritual séria”.

Embora o valor terapêutico das sessões de imposição de mãos para pacientes de quimioterapia seja reconhecido pela diretoria do hospital, para o médico diretor do setor oncológico, a oferta de reiki é principalmente um modo de atender, de forma segura e controlada, às necessidades dos pacientes que são usualmente supridas pela religião. Longe de ser exclusivo do GHC, o entendimento da religião como potencialmente perigosa ao tratamento e da espiritualidade como associada a cuidados *complementares e não concorrentes* com ele é compartilhado, por exemplo, por pesquisadores como Harold Koenig, diretor do Center for Spirituality, Theology and Health, da Duke University. Em um de seus livros, que apresentarei detalhadamente no próximo capítulo, Koenig (2012, p. 160) afirma:

As crenças religiosas podem influenciar decisões médicas, entrar em conflitos com tratamentos médicos e influenciar a adesão do paciente aos tratamentos prescritos. O envolvimento do paciente em uma comunidade religiosa pode afetar o suporte e monitoramento recebido após a alta hospitalar. [...] No papel de líderes na assistência médica, os médicos devem ser responsáveis por assegurar que as necessidades espirituais com probabilidade de afetar decisões médicas e desfechos de saúde sejam satisfeitas.

Se podemos verificar certa recorrência no argumento que confere risco à religião, ao mesmo tempo em que recomenda a espiritualidade, é preciso reconhecer a singularidade do modo encontrado pelo GHC para “satisfazer as necessidades espirituais” dos pacientes, a saber: por meio do reiki. Sobre isso, dois aspectos precisam ser sublinhados. Primeiro, estamos diante de um caso em que o serviço de saúde aderiu muito mais a uma terapêutica específica do que à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Segundo, mesmo que haja no hospital um Fórum Inter-Religioso, que reúne líderes e sacerdotes dispostos a prestar assistência aos pacientes sem rivalizar com as prescrições médicas, a diretoria do setor oncológico optou pelo uso do reiki para “tratar a espiritualidade”. A seguir desenvolverei esses dois tópicos.

Por que o reiki? Pra que(m) serve a espiritualidade?

Embora as políticas públicas de apoio ao uso de PICs tenham sido fundamentais para a legitimação do reiki no GHC, ao que parece, as terapias compreendidas por essas políticas gozam de reconhecimentos desiguais por parte do médico diretor da oncologia. Sua ênfase na qualidade não invasiva do reiki e, mais explicitamente, a menção ao risco que um “chá da Amazônia” poderia trazer ao tratamento oncológico, permite-nos suspeitar de quão mais controversa seria a demanda, por exemplo, pela introdução da fitoterapia ou de florais na rotina de atendimentos dos pacientes com câncer. Isto é, ao mesmo tempo em que a PNPIC serviu como fundamento para justificar a incorporação do reiki no hospital, a diretoria do setor oncológico desconsidera as demais terapêuticas previstas pela política, e, do mesmo modo, o interesse em apoiar o uso do reiki não implica a adesão aos princípios, objetivos e diretrizes por ela previstos.

A situação extrapola o caso específico do GHC e remete a um verdadeiro modo de funcionamento das políticas públicas de saúde relativas às PICs. Isso porque, embora

todas essas políticas tenham como objetivo geral a promoção de princípios de atenção à saúde alternativos àqueles fomentados pela medicina ocidental, a “adesão” a elas passa muito mais pelo interesse em promover uma terapia específica do que pela disposição em concordar com as suas características de tratamento “não hegemônico”. A política, nesse caso, assim como toda a sua hipotética capacidade de ruptura com a medicina ocidental, parece ser secundarizada em nome do uso de uma terapêutica específica e por conta de objetivos particulares que justificam o seu emprego. No GHC, conforme já havia descrito, a principal razão para o emprego do reiki é pragmática, e está apoiada na ideia de que a oferta de cuidados com a espiritualidade no âmbito do hospital é preferível aos riscos que a fé na religião pode oferecer para a continuidade do tratamento.¹²⁵

Para refletir sobre a opção do hospital pelo reiki, enquanto um serviço de atenção à espiritualidade alternativo à “religião perigosa”, é preciso levar em conta que, no mesmo hospital, pelo menos desde o início da década de 2000, serviços de atendimento religioso estão disponíveis aos pacientes e funcionários da instituição. Esses serviços são gerenciados pelo Fórum Inter-Religioso, uma instância que reúne representantes de diversos grupos (católicos, pentecostais, espíritas, afro-religiosos, etc.) dispostos a atender àqueles que os demandam.¹²⁶ Os atores envolvidos com as atividades do fórum, embora identificados com religiões específicas, também lançam mão da categoria

¹²⁵ Não foi minha intenção acompanhar as possíveis mudanças nos quadros clínicos dos pacientes que aderiram às sessões de reiki. Tampouco o hospital tinha esse controle, embora alguns médicos sempre tivessem demonstrado interesse por minha pesquisa imaginando que eu poderia realizar esse tipo de investigação. As terapeutas também nunca mencionaram casos específicos de melhoras inesperadas em pacientes que recebiam o reiki.

¹²⁶ Para mais detalhes sobre o funcionamento e as características do Fórum Inter-Religioso do GHC, ver Giumbelli (2012).

espiritualidade e, em certa medida, parecem dialogar com o sentido a ela atribuído nos debates sobre o tema na OMS.

Um dos coordenadores do fórum, um pastor luterano, manifesta explicitamente sua preferência pelo termo “espiritualidade” em detrimento da categoria religião para fazer referência aos atendimentos feitos no âmbito do hospital. Segundo ele,

[...] essa última seria específica e institucional; já a “espiritualidade” é algo genérico e que cabe a cada pessoa gerir. Mais do que isso, a “espiritualidade” é constitutiva do ser humano, de suas criações e de seus empreendimentos. É possível então falar em “inteligência espiritual” ou dizer que uma empresa é mais “espiritualizada” do que outra. Ainda de acordo com o pastor, o ser humano é composto por diversas dimensões: biológica, psicológica, social e espiritual; as doenças revelariam algum desequilíbrio entre essas dimensões. A assistência espiritual seria, portanto, importante para o cultivo dessa dimensão constitutiva do ser humano, contribuindo para o equilíbrio que caracteriza o estado de saúde. (Giumbelli; Toniol, 2017, p. 155).

Diante disso, vale perguntar, os serviços do Fórum Inter-Religioso não poderiam ser utilizados no setor oncológico do hospital como uma forma de evitar as religiões que desvirtuam o tratamento? Embora essa certamente fosse uma opção válida e legítima para a diretoria do hospital, Marcelo Capra, em uma de nossas conversas, ressaltou a diferença entre o tipo de assistência espiritual prestada pelos serviços do fórum e aquela dos atendimentos com o reiki: “Aqui [no hospital] nós temos os religiosos, padres, pastores e tal, que até são parceiros. Eles acompanham os doentes que querem e tudo. Mas no setor nós não queríamos isso, queríamos alguém para integrar a equipe de profissionais mesmo, para fazer o serviço tecnicamente, se possível até com protocolo clínico.”¹²⁷

A diferença marcada pelo médico parece estar sintetizada no contraste entre o atendimento de assistência espiritual do fórum e os cuidados de uma terapêutica dirigida

¹²⁷ Apesar da afirmação de Marcelo Capra, alguns agentes religiosos do fórum atuavam no setor dos cuidados paliativos do hospital integrando, em certo sentido, a própria equipe clínica.

à espiritualidade. O reiki, enquanto uma técnica despojada de vínculos religiosos, protocolada conforme as recomendações dos cursos de formação na terapia e, ainda, respaldada politicamente por resoluções dos órgãos de gestão da saúde e clinicamente por pesquisas das ciências médicas, parecia atender aos interesses de Marcelo Capra. Além disso, os serviços do Fórum Inter-Religioso, por mais que lancem mão da ideia de espiritualidade, seguem pautados por identidades religiosas específicas, contrastando com os cuidados com a dimensão espiritual oferecidos pelo reiki que, para os gestores públicos e para os médicos da oncologia, não têm relação com o religioso.

Como mostrarei na próxima seção, o entendimento de que a prática terapêutica do reiki está completamente afastada da religião nem sempre é compartilhado pelos pacientes e, por vezes, tampouco pelos próprios profissionais de saúde.

Quando o reiki é religioso

Até aqui, destaquei duas modalidades de relação entre religião e espiritualidade implicadas no uso do reiki como técnica terapêutica na rotina do Hospital Conceição. A primeira, descrita a partir das diretrizes dedicadas à terapia nas políticas de PICs, afirma o caráter não religioso do reiki empregado no SUS e, ao mesmo tempo, insiste na capacidade singular da prática em atentar para a dimensão espiritual da saúde humana. Já a segunda, é relativa às justificativas apresentadas pelo médico diretor do setor oncológico para a realização das sessões de reiki nas salas de quimioterapia. Para o oncologista, a oferta da terapia de imposição de mãos, como um modo de atender à dimensão espiritual dos pacientes, poderia constituir-se como uma alternativa, institucionalizada e segura, aos riscos que as práticas religiosas podem oferecer ao tratamento médico. Nesse caso, o reiki seria um modo de atenção paralelo, mas não

necessariamente concorrente com aquele oferecido pelas religiões. A essas duas configurações quero ainda acrescentar uma terceira, que não diz respeito nem aos enunciados legais sobre o reiki e nem à posição do diretor do setor acerca do uso da terapêutica, mas que se refere, sobretudo, aos pacientes de quimioterapia que, por razões religiosas, recusam a prática de imposição de mãos.

Em julho de 2013, Sandra, a terapeuta que acompanhei durante o período de trabalho de campo no GHC, terminou uma nova etapa de sua formação como reikiana. Com esse curso concluído, ela avançou para o último estágio de capacitação na terapia, a partir do qual o profissional passa a ser habilitado para iniciar outras pessoas na prática. Em cada nível de treinamento na prática do reiki,¹²⁸ o terapeuta aprende a dominar melhor a energia transmitida ao paciente, bem como se torna apto a mobilizar um novo conjunto de símbolos da terapêutica. Embora esses símbolos também existam noutras técnicas de imposição de mãos, entre todos os terapeutas que conheci, os

¹²⁸ No Brasil, segundo a Associação Brasileira de Reiki, a especialização na terapêutica está dividida em quatro etapas. Cada uma dessas etapas corresponde a um nível que habilita os profissionais a executarem técnicas específicas de canalização energética. No site da associação, os níveis estão descritos do seguinte modo: “O Primeiro Nível (1º Grau) é o nível principal, durante o qual você recebe REIKI para toda a vida. Você aprende, através de uma técnica específica (pela ajuda das suas mãos), a ativar a Energia Vital em si mesmo e nos outros, a fim de dissolver as causas de tensões, bloqueios e doenças. A energia despertada será absorvida onde for mais necessária naquele exato momento, por exemplo: pelo corpo, pelas emoções, pelo sentimento, pelo intelecto, pela criatividade, pela intuição. O Segundo Nível (2º Grau) é o nível que tem aplicações avançadas para aqueles que desejam conhecer melhor o REIKI, pois, neste nível, o foco é a cura mental com repercussão no corpo físico e etérico, assim como a cura à distância. Aqui o Reiki trabalhará diretamente no plano causal. O Terceiro Nível A (3º Grau A) capacita ao Reikiano o uso de uma energia especial, que leva ao auto-crescimento, auto-transformação e a ser Mestre de si mesmo. Essa graduação inclui um nível de ativação de energia de alta potência, também para balanceamento energético, cura, integração e iluminação. O 3º Nível A é de uso pessoal, para multidões e para trabalhar o planeta. Esta graduação está delineada principalmente para aqueles que desejam se aprofundar mais na técnica da Energia Cósmica, sem terem adquirido um certificado, ou se qualificado como Mestre Reiki. O curso é completado, recebendo-se o total e original poder do Reiki do 3º Nível B [ou quarto nível]. O Terceiro Nível B [ou quarto nível] é o Nível de Mestre, onde você aprende a iniciar pessoas nos Níveis I, II e III (A e B), e a ministrar cursos de Reiki.” (Associação Brasileira de Reiki, 2000).

símbolos mais utilizados eram oriundos da tradição japonesa de reiki. Eles funcionam como dispositivos que orientam a energia captada pelo terapeuta para finalidades específicas, tais como cura, proteção e força. Cada um dos cinco “símbolos” tem funções próprias, mas também podem ser empregados de forma associada.

Neste capítulo estou pouco interessado em discriminar os seus significados ou em enquadrar seus usos a partir de referências intrínsecas ao funcionamento da terapêutica. Mais pertinente do que isso é descrever como a nova capacitação de Sandra mudou sua forma de aplicar o reiki na sala de quimioterapia do Hospital Conceição e, ainda, como essa transformação teve implicações na aceitação da terapia entre os pacientes.

Todas as vezes em que observei o reiki ser procedido nas salas de quimioterapia do GHC o recurso terapêutico dos símbolos foi utilizado. Normalmente, seu emprego era antecedido pela série de imposição de mãos nos chacras dos usuários. Após completá-la, a terapeuta dirigia suas mãos para o local em que estava o tumor do paciente e, então, fazia pequenos movimentos com um ou dois dedos, desenhando os símbolos no ar de modo quase imperceptível. Com a conclusão do terceiro nível na sua formação como reikiana, Sandra alterou sensivelmente sua forma de aplicação dos símbolos, tornando os gestos empregados para reproduzi-los muito mais amplos. A mudança na forma de uso da técnica foi logo percebida pelos pacientes e pelos outros profissionais que trabalham no setor. Na medida em que romperam com uma estética comum aos demais procedimentos dispensados aos usuários com câncer nas salas de quimioterapia, as sessões de reiki passaram a sofrer resistência de enfermeiros e de pacientes.

A reação à nova forma de emprego da terapêutica ocorreu logo na primeira vez em que Sandra atendeu no hospital depois de ter concluído aquela etapa de sua formação. Na ocasião, tal como sempre fizera, a terapeuta foi até um paciente, apresentou-se e ofereceu a sessão de reiki sublinhando o caráter opcional da assistência. Até aquele

momento da pesquisa, eu poucas vezes presenciara a recusa à oferta da terapêutica. Quando ela ocorria, por sua vez, era justificada pela indisposição física dos pacientes por conta de reações aos quimioterápicos. O primeiro usuário atendido por Sandra naquele dia foi um homem, com idade por volta de 60 anos, que ainda se submetia às sessões iniciais de quimioterapia. Ele aceitou a oferta do reiki e Sandra procedeu à imposição de mãos de modo semelhante ao que fizera nas outras vezes em que a vi trabalhando. Após finalizar a série de canalização energética nos chacras, no entanto, em vez de manter suas mãos num local específico, onde concentraria a troca energética por meio dos símbolos “desenhados” com as pontas dos dedos, a terapeuta apontou, com uma de suas mãos, para uma parte do corpo do paciente e, com a outra, fez amplos movimentos, utilizando não apenas os dedos mas todo o seu braço. A cena chamou a atenção de quem estava na sala. As conversas cessaram por um instante, as enfermeiras que preparavam medicações a serem administradas pararam o que estavam fazendo a fim de observar a terapeuta, enquanto o paciente que recebia o reiki despertara do estado de sonolência que o dominava enquanto Sandra apenas impunha as mãos sobre ele. Depois de repetir o amplo gesto de “desenho do símbolo” três vezes, Sandra agradeceu ao paciente pelo aceite da terapia e dirigiu-se até Marilda, a usuária que estava na poltrona ao lado, e ofereceu o reiki. A paciente, que já havia recebido sessões da terapia noutras vezes e que conhecia a terapeuta pelo nome, não hesitou. Recusou a oferta dizendo em voz alta, para que todos ouvíssemos: “Você vai me desculpar, Sandra, mas eu sou cristã e não vou aceitar isso.” Sandra, que pareceu ter sido pega de surpresa pela reação da paciente, reforçou que a sessão de reiki era opcional, mas insistiu que a razão da recusa era infundada já que, em suas próprias palavras, “o reiki é uma técnica que trata o paciente como um todo, inclusive a parte espiritual, mas não é religião”.

A recusa de Marilda foi apenas a primeira de uma série de outras tantas que passei a presenciar nas salas de quimioterapia. Comum a todas elas era o argumento de que aquele procedimento ia de encontro com crenças religiosas dos sujeitos. Noutra ocasião de recusa, em agosto de 2013, Jandira, costureira de 53 anos e paciente em tratamento no hospital há cinco anos, também reagiu ao ver a nova forma de aplicação da terapia: “Eu sempre gostei desse tratamento [reiki] que eles fazem aqui, mas agora que eu estou entendendo que isso é uma coisa meio estranha. Ela [Sandra] me explicou que é uma coisa de energia, mas pra quem é cristão a energia é Deus.” A terapeuta, que estava próxima da paciente, ainda tentou argumentar: “Dona Jandira, isso não tem nada a ver com religião. É uma terapia. A gente trabalha com a energia cósmica, isso é espiritualidade, não é religião. O pessoal confunde muito as coisas.” Agradecendo a oferta de Sandra, Jandira recusou mais uma vez o tratamento e disse que iria orar pela terapeuta. Na sequência de Jandira, outros dois usuários rejeitaram a sessão de reiki alegando incompatibilidade entre a terapia e suas crenças religiosas.

Para alguns dos pacientes que recusam o reiki, a relação entre religião e espiritualidade parece assumir uma configuração distinta daquela que o médico diretor do setor oncológico previu. Se, para ele, “tratar o espiritual” é uma qualidade que afasta a terapêutica do campo da religião, para certos pacientes a relação opera de modo diferente.

A atenção à espiritualidade torna a aplicação da técnica próxima demais e, por isso, concorrente com a religião. A alteração no modo de proceder ao reiki também chamou a atenção dos outros profissionais que trabalhavam nas enfermarias do setor oncológico. Lurdes é enfermeira no GHC desde 2003. Quando a conheci, em 2013, ela já havia tirado duas licenças médicas por conta de problemas com depressão. Em 2010, “aceitou Jesus”, como ela mesma descreve o seu processo de conversão. Desde então, dizia

Lurdes sempre que podia, passou a frequentar os cultos da Igreja Universal do Reino de Deus e, em 2011, sentiu-se curada da depressão. No início do uso do reiki nas salas de quimioterapia, Lurdes apoiou a oferta da terapia. Diante da mudança na forma de manipular a técnica procedida por Sandra, no entanto, a enfermeira reagiu:

Eu até incentivava os pacientes a fazerem. Sempre entendi aquilo como um auxílio ao tratamento. Um jeito de fazer os pacientes relaxarem, saírem um pouco daquele ambiente. Mas aí ela [a terapeuta] parece que se transformou. Ela vem aqui e parece que incorpora uma coisa e fica fazendo gestos no paciente. Isso de mexer com a espiritualidade, como ela diz, não está certo. Não aqui no hospital. Eu sou contra, até porque sou da Igreja. Depois ela parou de fazer um pouco, mas aí todo mundo já tinha visto. Ela mesma se desmascarou. (Lurdes, em junho de 2013).

Em capítulos anteriores, fiz das diferenças entre usuários e profissionais da saúde um ponto de corte importante para a organização da etnografia e dos argumentos apresentados. Nesse caso, contudo, o que importa são as modalidades de configuração das categorias religião e espiritualidade entre os atores envolvidos com a oferta e com o uso de reiki no Hospital Conceição, o que, de certa maneira, coloca em segundo plano a distinção entre pacientes e terapeutas. Trata-se aqui de sublinhar uma terceira modalidade de configuração entre as categorias: a capacidade da terapêutica de “tratar a dimensão espiritual” faz dela uma prática concorrente e, por vezes, antagônica a certas identidades religiosas.

É preciso ressaltar que, ao menos num primeiro momento, tal configuração emerge por conta de uma mudança na forma de aplicação do reiki e não a partir de transformações nos princípios da técnica. Para a terapeuta, num plano formal e abstrato, a qualidade de “tratamento espiritual” da prática do reiki estava igualmente implicada nos procedimentos que realizou antes e depois de concluir a terceira etapa de sua formação. Para os pacientes que passaram a recusar a terapia, bem como para alguns

profissionais do setor oncológico, contudo, a mudança na forma do procedimento revelou a real intenção de cuidado espiritual da terapêutica.

Atentar para a relação entre os princípios da terapia e a forma como ela é realizada permite problematizar modelos de classificação das terapias alternativas/complementares que as apreendem exclusivamente por meio de suas características normativas.¹²⁹ Minha sugestão, nesse sentido, é considerar o *estilo da prática* como sendo não simplesmente a *execução* de um modelo terapêutico elaborado no plano das ideias, mas a condição de existência da terapia.¹³⁰ Com isso, tento dar visibilidade ao estilo da prática sem subordiná-lo a um hipotético conteúdo determinante. No limite, trata-se de uma tentativa de escapar da dicotomia entre forma e substância. Não seria essa, aliás, uma potente provocação dos abstracionistas descritos no início deste capítulo?

Essas considerações sobre o estilo da prática interessam na medida em que permitem compreendermos como, para os usuários que recusaram a terapia, o modo de imposição de mãos (isto é, o estilo do reiki) diz algo sobre a relação da técnica com a espiritualidade/religião. A descrição desse terceiro modo de configurar as relações entre as categorias (religião e espiritualidade) parece aprofundar a pertinência de questões que estiveram latentes até aqui: a promoção de terapias que “tratam da espiritualidade” não termina por também instituir novas modalidades de presença da religião em espaços

¹²⁹ Atentar para a importância da estética das terapias alternativas/complementares para caracterizá-las e também para compreender seus usos, aceites e recusas, é um recurso pouco utilizado pelos pesquisadores do tema. No Brasil, por exemplo, a tradição acadêmica majoritária nas pesquisas sobre PICs, aquela que adere ao conceito de *racionalidades médicas* (Luz, 1996b), mantém os estilos e formas de *realização terapêutica* como um aspecto absolutamente marginal para a caracterização das “racionalidades” que descreve.

¹³⁰ Reconheço nessa perspectiva a influência de autores como Isaac Weiner (2013) e Birgit Meyer (2013), que têm debates de suma importância para problematizar as relações entre religião, materialidade e estilo de prática.

públicos? O uso do reiki enquanto recurso terapêutico legítimo, dirigido às dimensões espirituais da pessoa e oferecido como um serviço de saúde pública, não impõe um novo regime de problemas aos analistas interessados nos temas do secularismo e da secularização? Tratarei dos tópicos relativos a essas problematizações na parte final deste capítulo.¹³¹

Controvérsias na atenção clínica à espiritualidade

Ao longo deste capítulo, apresentei algumas das justificativas que fundamentam o uso do reiki no Hospital Conceição e outras que são mobilizadas nas reações ao uso da aplicação da terapia. A incorporação da técnica no cotidiano de tratamento de pacientes com câncer corresponde, na perspectiva médica, a uma tentativa de amenizar os riscos que a fé na religião pode trazer às decisões dos usuários acerca da continuidade do tratamento quimioterápico. Para a diretoria clínica do hospital, assim como para as políticas de PICs, o reiki seria uma forma de atender às necessidades espirituais dos pacientes sem, no entanto, concorrer com a religião. Esse não parece ser o entendimento dos usuários que, ao recusarem a oferta terapêutica, reportam incompatibilidades entre suas práticas religiosas e o modo “seguro, institucional e técnico” de atenção espiritual que o hospital provê. O uso do reiki no GHC torna visível, assim, os contínuos esforços e as operações empenhadas na produção das diferenças entre religião e espiritualidade. Ele também apresenta os limites de terapêuticas dirigidas ao espiritual permanecerem, no entendimento de todos os sujeitos com elas envolvidas, alheias à religião. Descrito nesses termos, o caso do reiki no GHC pode ser aproximado a outros que também

¹³¹ A essas e outras questões também me dedico no texto escrito em parceria com Emerson Giumbelli (Giumbelli; Toniol, 2017).

envolvem (in)definições sobre a relação entre religião e espiritualidade em serviços de saúde.

Tendo em vista que o principal organismo de gestão global da saúde, a OMS, legitima o entendimento de que o humano é, invariavelmente, um ser espiritual e que a espiritualidade é um fator determinante para a saúde, caberia ao Estado prover cuidados com o espírito? Ou ainda, negligenciar a espiritualidade não seria, no limite, um descaso com a saúde pública? E mais, como o Estado pode operacionalizar a oferta de cuidados com a dimensão espiritual sem ferir princípios como o da laicidade e da liberdade religiosa?

Winnifred Sullivan (2014), em suas pesquisas sobre capelania nos Estados Unidos, oferece-nos algumas pistas importantes para refletir sobre essas questões. A primeira delas está associada com o entendimento da categoria espiritualidade como algo que escapa dos marcos jurídicos que incidem sobre a religião. Ao contrário dos particularismos da religião, a espiritualidade, afirma a autora, denota alguma coisa que os seres humanos têm em comum (Sullivan, 2014, p. 8). É essa característica de elemento universal e intrínseco à humanidade que parece fundamentar a existência, nos Estados Unidos, de uma miríade de contextos em que o governo fala de seus cidadãos como naturalmente espirituais e com necessidades de assistência nesse campo. Sullivan (2014, p. 11) cita alguns exemplos:

Recentemente, as forças armadas americanas envolveram-se numa controvérsia ao anunciarem que soldados poderiam ter o seu “vigor espiritual” testado como parte de uma iniciativa cujo objetivo era garantir a saúde das forças de combate do país. Os soldados, disseram os porta-vozes do exército, precisam estar com a saúde espiritual em dia para se engajarem num eventual esforço de guerra. Outro exemplo é o fato de o órgão de regulação dos hospitais estadunidenses (que está pautado por normativas locais, estaduais e federais) requerer que todos os hospitais do país provejam alguma forma de assistência espiritual. Nesse mesma direção, a administração dos hospitais de veteranos de guerra determina que todos os pacientes de suas instituições devam receber atenção espiritual desde o início do

tratamento. A oferta de espiritualidade em locais de trabalho, por sua vez, é um campo em ascensão, que parece escapar das leis de proibição religiosa em ambientes de trabalho. [...] Escolas de capelães têm sido reinventadas como formadoras de pessoas habilitadas a tratar uma necessidade humana universal, e não a prestar os mesmos serviços dos ministros de igrejas específicas. Esquemas de assistência à espiritualidade em casos de ataque terrorista e em desastres naturais têm sido preparados junto a capelães em diversas cidades.

Há, certamente, nuances que precisariam ser depuradas para que compreendêssemos o que são essas referidas “espiritualidades” em cada uma das situações citadas por Sullivan. Ao reproduzir o trecho da autora, pretendo sublinhar, em primeiro lugar, a extensão que o discurso que articula saúde e espiritualidade tem adquirido noutras partes do mundo e como ele tem envolvido o Estado. Em segundo lugar, menciono o parágrafo para situar o processo que Sullivan descreve amplamente no livro *A ministry of presence*. Nesse trabalho, a autora demonstra como o reconhecimento da espiritualidade enquanto uma questão de saúde garantiu que capelães – experts no espírito, antes limitados à assistência religiosa nos hospitais – adquirissem um novo status e fossem incorporados às equipes de tratamento médico. Esses profissionais, afirma Sullivan (2014, p. 3), deixaram de falar em nome de alguma “confissão ou identidade religiosa particular e passaram a tratar da espiritualidade enquanto um aspecto natural e universal a todos os seres humanos”.¹³²

Por um lado, a situação analisada por Sullivan contrasta com aquela que descrevi neste capítulo, uma vez que o que acompanhei não foi a incorporação de agentes religiosos nos serviços de saúde, mas a oferta de cuidados espirituais a partir de uma técnica terapêutica específica. Por outro, os casos convergem na medida em que, em ambos, as controvérsias desdobradas a partir deles estão associadas com tensionamentos na relação entre religião e espiritualidade.

¹³² Essa característica faz Sullivan chamá-los de “verdadeiros sacerdotes do secular”.

No caso do reiki, conforme já apresentei, as modalidades de relação dessas categorias são elementos determinantes para compreender as razões do apoio à oferta terapêutica na instituição, bem como para avaliar as justificativas de recusa à terapêutica de imposição de mãos. No GHC, a diferença de entendimento sobre o caráter religioso ou espiritual da prática resultou em controvérsias restritas ao âmbito do hospital, ao passo que, nos Estados Unidos, segundo Sullivan, o debate sobre as fronteiras entre religião e espiritualidade adquiriu contornos de contenda jurídica.

A principal instituição de regulação e de organização dos serviços de saúde dos Estados Unidos afirma que os cuidados com a espiritualidade dos usuários de hospitais e clínicas devem estar incorporados em alguma instância do tratamento clínico (Cadge, 2013, p. 39; Sullivan, 2014, p. 33). A Freedom from Religion Foundation (FFRF), uma organização dedicada a promover o livre pensamento e a proteger o princípio de separação entre Estado e Igreja –, por sua vez, questiona a constitucionalidade da assistência espiritual promovida em alguns hospitais do país (Sullivan, 2014).¹³³ Motivada por isso, em 2005, a FFRF acionou a justiça de um distrito de Wisconsin questionando a Administração dos Hospitais de Veteranos de Guerra sobre a utilização de recursos públicos para oferecer, entre outros serviços, assistência espiritual aos seus pacientes num hospital daquele estado. Naquela instituição, a atenção à espiritualidade está presente desde quando o paciente inicia seus tratamentos e é submetido a uma espécie de anamnese que avalia o “vigor espiritual” do usuário, até, dependendo do diagnóstico, a prescrição de atendimentos específicos que serão conduzidos pelo

¹³³ As informações descritas a seguir foram retiradas do texto de Winnifred Sullivan (2014, p. 33-50).

especialista clínico no assunto, o capelão.¹³⁴ A FFRF alegou que esses tratamentos ferem o princípio da liberdade religiosa, o que é agravado pelo fato de envolverem recurso do Estado. O hospital, por sua vez, não reconhece a assistência espiritual como uma prática religiosa, mas antes como um modo de atenção a uma das dimensões universais e naturais de todos os seres humanos.

A sentença do tribunal que julgou o caso é emblemática. Na decisão, o juiz estabeleceu uma distinção entre “capelania pastoral”, vinculada aos princípios dogmáticos da religião, e “capelania clínica”, baseada num protocolo de atendimento universal e integrado àqueles utilizados pela equipe de profissionais da saúde. Para a corte que julgou o caso, a capelania do hospital em questão deixou de proceder a “atendimentos espirituais” com perfil pastoral para especializar-se na oferta de cuidados clínicos:

No início, o foco primário da capelania do hospital era de natureza sacramental e envolvia cuidar de pacientes em estado terminal, conduzindo orações e administrando sacramentos. Entretanto, ao longo os últimos dez anos a capelania da instituição tem desenvolvido um foco cada vez mais clínico [...]. Atualmente a capelania clínica praticada na instituição está se valendo de aportes das ciências comportamentais e de reflexões teológicas para o entendimento da condição humana [...]. E o hospital passou a entender que os cuidados com a dimensão espiritual da saúde devem ser integrados em todas as etapas do cuidado com o paciente, na pesquisa, na preparação para situações de emergência e na educação em saúde (Sullivan, 2014, p. 158).

Enfatizando o treinamento profissional dos capelães para o atendimento clínico, a corte ainda sentenciou que os serviços de capelania oferecidos naquele hospital eram espirituais e não religiosos, isso porque “um capelão treinado para a clínica não menciona ou fornece instruções religiosas (a menos que isso seja um desejo do

¹³⁴ A prática de anamnese espiritual também ocorre em alguns hospitais do Brasil. Dentre eles, conforme pude apurar em trabalho de campo, destaco a pioneira experiência do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas, em São Paulo, que faz essa avaliação desde meados dos anos 2000.

paciente). O que esse profissional faz [e é assim que se procede no hospital em questão], é abordar a espiritualidade do paciente.” (Sullivan, 2014, p. 158).

A controvérsia envolvendo a capelania no hospital de Wisconsin permite-nos identificar três planos de comparação com a situação analisada ao longo deste capítulo. Primeiro, enquanto nos Estados Unidos os especialistas contratados para atender às demandas da dimensão espiritual dos pacientes são agentes religiosos treinados para atuar na “capelania clínica”, no Brasil, os experts em espiritualidade são terapeutas holísticos. Esse primeiro plano de diferenciação nos leva a um outro, o dos modos de cuidado com a espiritualidade. Embora Sullivan não descreva em detalhes como atuam os capelães clínicos, ela nos dá algumas pistas ao longo do texto que, associadas com informações de outros autores (Cadge, 2013), permitem-nos depreender que esses atendimentos consistem, sobretudo, em conversas e aconselhamentos. Isto é, uma relação fundada na escuta dos pacientes. Já no GHC, o modo de atenção à espiritualidade é via a prática do reiki, cujo modo de aplicação é absolutamente indiferente à escuta do usuário. Na prática do reiki, tal como procedida no GHC, as únicas perguntas que a terapeuta dirige ao usuário são se ele aceita a terapia e qual é o seu tipo de câncer. Algumas vezes, conforme observei, a terapeuta consulta o prontuário do paciente e sequer o questiona sobre sua doença. O diagnóstico espiritual, o tratamento e a cura procedidos a partir do reiki, explicava-me Sandra numa ocasião, “são feitos no plano energético e por isso não precisam da interação com o paciente, ele até pode ser mudo que não faz diferença para nós”.¹³⁵

O terceiro plano de comparação entre os casos aqui apresentados sugere uma convergência entre eles. Em ambos, o tratamento espiritual é oferecido como um modo

¹³⁵ O paralelo estabelecido entre uma terapia dirigida à espiritualidade focada na escuta e o reiki também é válido para a comparação com o caso dos atendimentos realizado por parapsicólogos na cidade de Severiano de Almeida, que será explorado no próximo capítulo.

de atenção *complementar*. No hospital estadunidense, essa característica fica explícita na medida em que o capelão clínico é incorporado à equipe de profissionais de saúde e alia sua prática a outras modalidades de tratamento do paciente realizadas no âmbito da instituição. No GHC, por sua vez, o reiki é complementar porque compõe, junto com a terapia principal e sem concorrer com ela, a complexa rotina de tratamento contra o câncer. Ao mesmo tempo, o princípio da complementariedade, sobretudo se compreendido como oposto à ideia das terapias *alternativas*, também pode servir como chave para compreendermos outras características da oferta de reiki no GHC. A partir desse jogo entre o alternativo, entendido enquanto modelo contraposto à medicina hegemônica, e o complementar, podemos sublinhar que, para o médico diretor da oncologia, a terapia reiki pode ser espiritual ou até mesmo religiosa desde que essa oferta assuma contornos complementares e não alternativos ao tratamento. Já para os usuários que recusam o reiki, o que parece estar em jogo é a compreensão de que o reiki não é complementar, mas sim alternativo à religião.

Sullivan (2014, p. 160) conclui sua análise do caso do hospital em Wisconsin afirmando que “ao menos nos Estados Unidos, embora a lei se apresente como secular, todos os cidadãos são crescentemente entendidos como universal e naturalmente religiosos – necessitando de cuidado espiritual”. A afirmação anuncia a posição da autora diante do caso: para ela, a controvérsia explícita como a religião vem sendo naturalizada e avalizada pela lei nos Estados Unidos (Giumbelli; Toniol, 2017). A categoria espiritualidade seria, nessa perspectiva, um novo modo de estabelecimento da religião ou, no limite, um modo de dissimular a religião em uma formulação que permite a concordância e o apoio do Estado.

Minha posição, por sua vez, diverge da de Sullivan porque estou pouco interessado em desvelar a espiritualidade mostrando o que há de religioso nessa categoria. Meu

objetivo, como tentei apresentar ao longo deste capítulo, foi apostar na pertinência analítica de tratar a espiritualidade como o produto histórico de processos discursivos, cujas formas de relação com a religião são contingenciais e não predeterminadas. Como afirmamos noutro texto,

Aproximar-se das rotinas e da estrutura de um hospital obriga a conjugar discursos a práticas e configurações institucionais específicas, e é no encontro desses vetores que certas resultantes se definem. Salientamos que essas definições marcam sobretudo possibilidades que se colam à noção de espiritualidade. Ou seja, a resultante não corresponde a uma substância precisa ou a uma direção unívoca. Espiritualidade é uma categoria que importa porque permite alterar a forma de organizar a realidade. Com sua presença, a relação entre secular e religioso é redimensionada, sem que a distinção seja dissolvida. O secular pode acolher uma técnica que, não houvesse a possibilidade de caracterizá-la por seu vínculo com a espiritualidade, poderia ser vista como religiosa. O religioso, quando concebido em termos de assistência espiritual, pode estar presente em espaços seculares e ser acolhido como aliado no cuidado terapêutico. Mas exatamente porque as distinções entre religioso e secular não são dissolvidas, elas continuam a atuar para organizar a realidade, e podem mesmo ser reforçadas ao se combinarem com a espiritualidade. Seja como for, o que está em jogo é ainda a definição dos domínios que constituem a realidade e a sociedade, fazendo a diferenciação do religioso em relação a outras esferas passar por uma reformulação. (Giumbelli; Toniol, 2017, p. 164-165).

Trata-se, com isso, de associar-me à agenda de pesquisas sobre espiritualidade proposta por autores como Courtney Bender e Omar McRoberts (2012), cujo postulado fundamental é não tratar a religião ou a espiritualidade como categorias com núcleos, identidades ou qualidades estáveis, e tampouco assumir que espiritualidade é, necessariamente, algo que contrasta ou se opõe à religião (tal como na fórmula “espiritual, mas não religioso”). Sequer parto da presunção de que haja uma relação categórica particular entre espiritualidade e religião (Ammerman, 2011; Bender, 2007; Taves; Bender, 2012). Viabilizar essa atenção à espiritualidade, portanto, depende da investigação pormenorizada das relações contextuais (e contingenciais) que a categoria estabelece com a religião – e com outros termos.

Conforme espero ter demonstrado ao longo deste capítulo, aderir a uma analítica atenta à espiritualidade foi chave para que pudesse explicitar os variados posicionamentos, de pacientes, de médicos e das próprias políticas de PICs, acerca da oferta de reiki no Hospital Conceição. Se, como afirmei, definir espiritualidade é um ato e não há nada de aleatório no emprego da categoria, meu esforço aqui foi o de expor os múltiplos atos que pautam o cotidiano de apoios, ofertas, recusas e de aceites do reiki nas salas de quimioterapia do Hospital Conceição. Mais do que um recurso teórico, essa perspectiva se impôs, neste capítulo, como condição para análise do modo de funcionamento daquela oferta terapêutica.

Capítulo V

A espiritualidade que faz bem

Em março de 2013, mais de 500 pesquisadores e médicos subscreveram um documento enviado à Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) em que solicitavam a aprovação e incorporação, na entidade, do Grupo de Estudos em Espiritualidade e Medicina Cardiovascular (Gemca). Conforme a proposta, o Gemca funcionaria tal e qual os outros 11 grupos de estudos daquela sociedade médica: como um fórum de debates e uma instância para o fomento de pesquisas. O documento foi recebido pela diretoria da SBC e a solicitação deferida. Assim, o Gemca conquistou, além de apoio institucional, a possibilidade de organizar atividades durante os congressos anuais da SBC e, ao mesmo tempo, autonomia para estabelecer sua própria rede de associados. Vinculado ao Departamento de Cardiologia Clínica, assim como os grupos de Valvopatias, o de Circulação Pulmonar e o de Coronariopatias, logo em seus primeiros

meses de funcionamento, o Gemca atraiu a atenção da imprensa.¹³⁶ Naquele ano, a maior parte de suas atividades públicas ganhou repercussão em jornais e em portais de notícias da internet.¹³⁷ O médico Álvaro Avezum, diretor do grupo, foi inicialmente o principal porta-voz dos objetivos, interesses e expectativas dos pesquisadores associados. Numa dessas ocasiões, Avezum foi taxativo ao prognosticar os desdobramentos que as pesquisas sobre espiritualidade deveriam ter para os cuidados com a saúde nos próximos anos:

Hoje posso dizer com segurança a um paciente que se ele fuma, tem maior possibilidade de sofrer um infarto que um não fumante. Provavelmente há de chegar um dia que com a mesma certeza poderemos dizer ao paciente que se ele for *espiritualizado e souber lidar adequadamente com suas emoções*, poderá evitar doenças cardiovasculares. (Cardiologistas..., 2013, grifo meu).

[Mas] é importante esclarecer *que não estamos falando de religião*, que é o sistema de crenças e dogmas, *nem de religiosidade*, que é quando a pessoa se dedica à religião. (Campos, 2013, grifo meu).

Apesar de significativa por ter sido realizada no âmbito de umas das mais tradicionais entidades médicas brasileiras, a criação de um grupo de estudos sobre espiritualidade e medicina cardiovascular não foi, nem de perto, um ato excepcional de aposta na correlação entre saúde e espiritualidade no país. Pelo contrário, ele associa-se a outras iniciativas das ciências médicas que têm investido nessa conexão. A exemplo do Gemca, considerando por ora apenas casos brasileiros, pudemos observar na última

¹³⁶ Os grupos de estudo da SBC são: Avaliação Perioperatória, Cardiologia Comportamental, Coronariopatias, Emergências e Terapia Intensiva, Epidemiologia e Cardiologia Baseada em Evidências, Eletrocardiografia, Ressonância e Tomografia Cardiovascular, Valvopatias, Circulação Pulmonar, Cardiologia do Esporte, Cardiologia Nuclear, Reabilitação Cardiopulmonar e Metabólica, Espiritualidade e Medicina Cardiovascular. Ver: <http://www.cardiol.br/conheca/departamento.asp> (consultado em 15/09/2014).

¹³⁷ Somente a notícia das duas mesas-redondas organizadas pelo Gemca durante o 68º Congresso Brasileiro de Cardiologia, realizado em 2013, foi reproduzida nos portais do UOL, Terra, G1 e R7.

década: o estabelecimento de divisões de pesquisas sobre espiritualidade e a criação de grupos de discussão para o assunto em hospitais, o surgimento de congressos dirigidos exclusivamente ao tema,¹³⁸ a oferta de disciplinas de “medicina e espiritualidade” em cursos de graduação de universidades públicas e a constituição de linhas de pesquisas como Epidemiologia da Religiosidade e Saúde em programas de pós-graduação.¹³⁹ Fora do país, essas relações parecem ser ainda mais abrangentes: o número de centros de pesquisas, laboratórios e departamentos ligados a universidades dedicados à espiritualidade é cada vez mais expressivo,¹⁴⁰ assim como a quantidade de artigos que a tematizam aumentou exponencialmente nos últimos 40 anos, como demonstrei no Capítulo 2. Desde 1980 também se intensificaram as recomendações sobre a *dimensão* da espiritualidade para a manutenção da saúde em documentos das agências de governança global, tal como a Organização Mundial da Saúde (OMS), conforme já

¹³⁸ Cito, por exemplo, o Simpósio de Saúde e Espiritualidade, promovido pelo Departamento de Neurologia e Neurocirurgia da Universidade Federal de São Paulo desde 2009.

¹³⁹ Entre os principais grupos de pesquisas das ciências da saúde dedicados às relações entre espiritualidade e saúde, destaco as atividades de dois deles. Primeiro, o Programa de Saúde, Espiritualidade e Religiosidade, sediado no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (ver http://ipqhc.org.br/pag_detalhe.php?categ=Hospital&id=268). Esse grupo foi pioneiro no país em reunir médicos, pesquisadores e profissionais da saúde em atividades de assistência terapêutica dirigidas à espiritualidade, bem como no desenvolvimento de pesquisas dedicadas ao tema. O segundo é o Núcleo de Pesquisa em Espiritualidade e Saúde (Nupes), vinculado ao Programa de Pós Graduação em Saúde da Universidade Federal de Juiz de Fora. O Nupes está consolidado como um grupo de pesquisa do CNPq e reúne pesquisadores, sobretudo médicos e estudantes de pós-graduação, que se dividem em três linhas de pesquisas, a saber: Epidemiologia da Religiosidade e Saúde; Experiências Religiosas e Espirituais; História e Filosofia das Pesquisas sobre Espiritualidade (ver <http://www.ufjf.br/nupes>). Desde 2016, desenvolvo um projeto de pesquisa focado especificamente nas atividades de grupos de pesquisadores das ciências médicas interessados no tema da espiritualidade (ver Toniol, 2016).

¹⁴⁰ Entre os mais destacados e tradicionais centros de pesquisas estão: Center for Spirituality, Theology and Health (Duke University); Program in Spirituality and Medicine (Howard University Hospital); Center for Spirituality, Health and Disability (University of Aberdeen); Centre for Spirituality and Healing (University of Minnesota); Spirituality Mind-Body Institute (Columbia University); Center for Spirituality and Health (University of Florida).

descrevi anteriormente. Ao apresentar esse extenso e variado investimento das ciências médicas no tópico, não estou interessado simplesmente em repercuti-lo ou dele derivar hipóteses sobre amplas transformações nos princípios ontológicos da medicina ocidental, sugerindo sua abertura em direção a novos paradigmas. Como alternativa a isso, empenho-me, neste capítulo, em acompanhar parte dos efeitos de poder derivados da progressiva legitimação do par espiritualidade e saúde, atentando sobretudo para suas consequências para a prática clínica. Trata-se de buscar identificar e descrever como a legitimação da ideia de que “espiritualidade faz bem para a saúde” transfere-se para o cotidiano dos atendimentos nas unidades do Sistema Único de Saúde (SUS). Com isso, procuro deslocar a centralidade de perguntas como “o que é espiritualidade?”, priorizando reflexões sobre “quem pode dizer o que é espiritualidade quando ela se torna um assunto de saúde?”

A relevância desse debate para os fins desta tese tem uma dupla justificativa. Primeiro porque, ao longo dos dois anos de trabalho de campo, deparei-me diversas vezes com terapeutas holísticos que, incorporados no SUS por meio das políticas de práticas integrativas e complementares (PICs), eram reconhecidos como especialistas em espiritualidade. Segundo, porque, para alguns profissionais e gestores com quem convivi, as próprias práticas integrativas e complementares são o caminho mais viável para “organizar o mundo espiritual da pessoa”¹⁴¹ de modo a fazê-la cooperar na prevenção de doenças e na manutenção da saúde. Fecha-se assim um circuito de argumentos que converte as PICs em terapias do espírito e os terapeutas em especialistas da espiritualidade.

¹⁴¹ A expressão, como pormenorizarei noutro momento deste capítulo, é de um dos terapeutas que atua na Unidade Básica de Saúde de Severiano de Almeida.

O tema interessa, portanto, porque o potente discurso de associação entre espiritualidade e saúde parece ter encontrado, no campo de oferta terapêutica aberto pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), o locus privilegiado para sua realização clínica e, por conseguinte, para o estabelecimento de seus experts no SUS. Vale destacar, ainda, que a associação das PICs e de seus especialistas com o discurso que sentencia “espiritualidade é saúde” encontra legitimidade nas produções das ciências médicas, assim como se ampara em referenciais religiosos.

Nesse caso, tal como já afirmei noutro momento, o que parece estar em jogo não é a univocidade dos sujeitos sobre alguma definição de espiritualidade, mas sim a possibilidade de que as múltiplas formas de justificar o par espiritualidade e saúde sejam aliadas. Por isso, na medida em que me detenho na análise da emergência dos “especialistas em espiritualidade” no SUS, termino refletindo, novamente, sobre as configurações da relação entre as categorias religião e espiritualidade desenhadas a partir do caso aqui analisado.

Ainda que com modos de associação variados, não seria exagero afirmar que encontrei a relação entre PICs, espiritualidade e saúde em todos os ambulatórios, Unidades Básicas de Saúde (UBS), hospitais e atividades que acompanhei durante o período da pesquisa. Por exemplo, foram constantes as insinuações dos gestores locais que consideravam a implementação das PICs nas unidades de saúde como uma prova de que o município estava atendendo à recomendação da OMS e do Ministério da Saúde em atentar para a espiritualidade da pessoa.¹⁴² Apesar do farto material, opto por discutir a relação entre as políticas de PICs, o par espiritualidade e saúde e a emergência de uma

¹⁴² A referência nesse caso é, especialmente, à definição de saúde da OMS: um estado de completo bem-estar físico, mental, social e *espiritual*.

classe profissional de experts na dimensão espiritual da saúde, tomando como referência empírica o caso do município de Severiano de Almeida, localizado no interior do estado do Rio Grande do Sul.

Naquela cidade, o trabalho de campo foi realizado de forma descontínua. Ao longo dos anos de 2012 e de 2013, estive em Severiano de Almeida seis vezes, ocasiões em que permaneci entre três e cinco dias. O contato com a oferta de PICs na cidade não se limitou, contudo, aos períodos em que lá permaneci. Isso porque, enquanto um “exemplo bem-sucedido de uso das PICs”, o *caso* de Severiano de Almeida é repercutido nos pronunciamentos e nos documentos oficiais relativos às políticas de PICs.

Como mostrarei a seguir, o município integrou, de modo singular, o uso de terapias alternativas/complementares aos seus projetos de atenção básica, o que rendeu a ele um amplo reconhecimento por parte da Secretaria Estadual e do Ministério da Saúde. Igualmente distinta foi a maneira pela qual os cuidados com a “dimensão espiritual” da pessoa materializaram-se na UBS da cidade, a saber, em atendimentos individuais com dois parapsicólogos, em consultas com terapeutas holísticos e em atividades com grupos de pacientes com perfis clínicos específicos.

As singularidades do universo investigado, uma cidade do interior do Rio Grande do Sul que incorporou terapias alternativas para tratar da espiritualidade dos usuários do SUS, não deve invisibilizar a extensa e variada literatura com a qual o tópico aqui abordado conecta-se. Práticas terapêuticas não hegemônicas e espiritualidade constituem uma questão transversal em pesquisas sobre medicinas tradicionais, técnicas de curas e Nova Era (Amaral, 2000; Tavares, 2012; ver Carozzi, 1999), para citar apenas alguns dos trabalhos que tangenciam o debate. Se reforço a vinculação das discussões deste capítulo com aquelas levantadas por tal literatura, também reivindico a

não filiação apriorística do universo descrito ao movimento da Nova Era – remetendo, portanto, à reflexão apresentada na introdução.¹⁴³ A advertência é necessária já que a crítica antropológica parece ter nos acostumado a identificar qualquer menção à espiritualidade feita por terapeutas holísticos como a expressão de um traço herdado das sensibilidades religiosas, morais e estéticas dos sujeitos e dos grupos comprometidos com os princípios esotéricos da Era de Aquário e com os ideais da contracultura.¹⁴⁴ Fazer tal ressalva não implica abdicar do diálogo com as pesquisas sobre Nova Era. Significa, antes, assinalar meu esforço em não estabilizar as associações aqui descritas numa categoria que parece engajar mais os cientistas sociais da religião do que os meus interlocutores.

Neste capítulo, a análise das recorrentes menções a argumentos “científicos” e “religiosos”, que servem para justificar a necessidade de atenção clínica à dimensão espiritual da pessoa, procurará seguir os temas empregados pelos próprios gestores e terapeutas implicados na oferta de PICs em Severiano de Almeida.

Com relação à situação analisada no Capítulo 4, a partir da qual também seria possível deduzir que os terapeutas reikianos atuam como experts em espiritualidade, vale sublinhar inicialmente dois planos de divergência na comparação com o caso descrito a seguir. Primeiro, a ênfase nos cuidados com a espiritualidade tornou-se, em Severiano de Almeida, um princípio estruturante do modo de atendimento em saúde na UBS da cidade, não sendo, portanto, “apenas” uma prática *complementar* a alguma

¹⁴³ A consideração da Nova Era como um movimento é justificada por Anthony D’Andrea (2000) pelo caráter não exclusivamente religioso desse fenômeno. Para o autor, uma vez que a Nova Era engloba desde “setores seculares até os espirituais da sociedade”, é preferível considerá-la um movimento a uma forma de religiosidade (D’Andrea, 2000, p. 23).

¹⁴⁴ Entre as exceções a essa tendência, destaco o texto “Holistic medicine between religion and science: a secularist construction of spiritual healing in medical literature”, de Anne Koch e Stefan Binder (2013).

outra forma de cuidado. E, segundo, a atenção à espiritualidade na cidade do interior gaúcho não é feita no âmbito dos tratamentos de alta complexidade realizados em hospitais, mas sim na atenção básica, sobretudo na clínica, dirigindo-se especialmente à prevenção em saúde.

A experiência exitosa

Severiano de Almeida é um pequeno município do extremo norte gaúcho cuja principal atividade econômica é a agroindústria familiar. Sua população é formada por menos do que quatro mil habitantes, sendo que mais de dois terços deles vivem na zona rural. Afastado dos principais polos de desenvolvimento econômico do estado, o município experimenta, desde os anos 1990, a crise das perspectivas de crescimento populacional por conta da emigração massiva dos jovens para as cidades da serra gaúcha e para a capital.¹⁴⁵ Nos últimos anos, prolongados períodos de estiagem comprometeram a produção de erva-mate, de soja e de eucalipto, principais culturas agrícolas da região. Em contraste com esse quadro, que retrata o município a partir de seu baixo impacto econômico e social para o estado, está sua experiência em saúde pública, que tem sido uma das mais divulgadas e premiadas da região Sul.

Considerando somente o intervalo entre janeiro de 2013 e julho de 2014, a cidade foi eleita por duas vezes, pelo Conselho das Secretarias Municipais de Saúde (Cosems/RS), como tendo uma das dez experiências mais exitosas do SUS do Rio Grande do Sul. A secretária da Saúde foi convidada pelo Ministério da Saúde para expor os projetos do município na Mostra Nacional de Atenção Básica. Finalmente, a experiência da cidade na incorporação e uso de PICs tematizou duas mesas-redondas no I Seminário da

¹⁴⁵ Severiano de Almeida está situada a 400 quilômetros de Porto Alegre.

Regional Sul de Práticas Integrativas e Complementares no SUS e no II Seminário de Práticas Integrativas e Complementares da Região Sul. Nesse mesmo período, 15 gestores municipais de todo o Brasil foram até o norte gaúcho para conhecer e observar a unidade de saúde da cidade, bem como um enfermeiro e uma técnica de enfermagem da UBS de Severiano viajaram para Cuba e para o Uruguai, a convite dos governos daqueles países, para apresentar a experiência local em encontros nacionais de saúde pública.¹⁴⁶

Entre os principais resultados que justificam esse expressivo interesse pela gestão do SUS num município que conta com apenas uma UBS e um pequeno hospital estão a diminuição no consumo de medicamentos psicoativos em 30%¹⁴⁷ e a redução no número de consultas médicas em 38%.¹⁴⁸ O projeto ao qual se atribui a responsabilidade por essas significativas transformações, intitulado Saúde Integrada: Formando Cidadãos,¹⁴⁹ está balizado por três diretrizes: o apoio à instalação de hortos medicinais; a formação de grupos voltados para pacientes com perfis clínicos específicos (diabéticos, hipertensos, grávidas, etc.); e a oferta de práticas integrativas e complementares na rede de atendimento primário.

¹⁴⁶ O I Seminário da Regional Sul de Práticas Integrativas e Complementares no SUS e o II Seminário de Práticas Integrativas e Complementares da Região Sul foram organizados pelo Ministério da Saúde, com o apoio da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul e da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, respectivamente.

¹⁴⁷ Conforme me informou Samuel, enfermeiro da unidade de saúde, a diminuição é relativa ao número de medicamentos retirados na farmácia da UBS no período entre janeiro de 2011 e dezembro de 2012.

¹⁴⁸ Nesse caso, a redução no número de consultas médicas indica que a equipe da UBS pode encaminhar a resolução dos problemas apresentados pelos usuários a partir de outras modalidades de atenção à saúde. Segundo os dados da prefeitura, apresentados a mim por Samuel, a diminuição de 38% torna-se ainda mais significativa se considerarmos que, no intervalo do período analisado, entre janeiro de 2011 e dezembro de 2012, houve um aumento no número de médicos disponíveis na UBS.

¹⁴⁹ Ao longo do capítulo, poderei me referir ao projeto apenas como Saúde Integrada.

Tendo em vista um projeto com essas características e com tamanha visibilidade entre os gestores e profissionais das PICs, não foi difícil para que eu tomasse conhecimento e me aproximasse da experiência de saúde pública de Severiano de Almeida. A primeira vez que fui ao município foi na companhia das irmãs Luza e Lúcia, ambas as religiosas fundadoras do Ambulatório de Terapias Naturais e Complementares da Vila 1º de Maio e responsáveis pela produção de grande parte dos fitoterápicos distribuídos nas UBS de Porto Alegre. As religiosas, que vinham tentando adequar a fabricação dos medicamentos às normas exigidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), ficaram interessadas em conhecer os hortos de plantas medicinais de Severiano de Almeida.¹⁵⁰ Naquela ocasião, em abril de 2012, eu ainda estava mapeando as cidades do Rio Grande do Sul que utilizavam PICs em sua rede de atenção à saúde e cogitava fazer da experiência dos hortos e da produção de fitoterápicos em Severiano o tópico central de minha pesquisa naquele município. A ideia original logo foi abandonada quando, na primeira conversa que tive com Adriana – secretária da Saúde da cidade – e com Samuel – enfermeiro da UBS e vereador na câmara legislativa local –, soube que o cuidado com a espiritualidade dos usuários do SUS havia sido o eixo estruturante de todo o projeto Saúde Integrada.

Quando nós assumimos a secretaria montamos uma nova equipe. Queríamos mudar algumas coisas que víamos que não estavam dando certo. Foi aí que numa situação eu estava conversando com Celso [profissional que seria posteriormente contratado pela secretaria] e ele me passou as informações de um livro que ele estava lendo sobre espiritualidade e saúde. Quando vi aquilo falei: “É isso. Chegou a hora de

¹⁵⁰ Não poderei me dedicar às interações entre os profissionais dos locais em que fiz trabalho de campo. Vale assinalar, no entanto, que com os eventos, reuniões e audiências promovidas pela Comissão Estadual de Práticas Integrativas e Complementares, essas trocas e visitas entre os responsáveis por diferentes projetos de PICs intensificaram-se. Na maior parte das vezes, essas interações tinham como principal objetivo conhecer as soluções burocráticas para problemas relativos à produção de fitoterápicos, à contratação de profissionais e ao uso dos códigos das PICs no software que gerencia o SUS.

focar no que faz diferença.” (Adriana Ansolin, secretária da Saúde, em entrevista concedida em setembro de 2012).

O livro citado por Adriana foi *Medicina, religião e saúde: o encontro da ciência e da espiritualidade*, de autoria do médico e diretor do Center for Spirituality, Theology and Health da Duke University, Harold Koenig.¹⁵¹ O contato de Adriana com o livro de Koenig foi um dos disparadores fundamentais para que a secretária fizesse da atenção clínica à espiritualidade o mote para a reforma na estrutura de funcionamento dos serviços de saúde em Severiano de Almeida. Depois de lê-lo, a secretária repassou o material para dois vereadores do município e para servidores da secretaria a quem, segundo Adriana, era fundamental convencer sobre a pertinência dos vínculos entre saúde e espiritualidade para que, em suas próprias palavras, “o tema pudesse ser tratado abertamente na cidade”.

Harold Koenig é um dos principais pesquisadores das ciências médicas interessados na relação entre saúde e espiritualidade. Suas investigações, além de terem servido como subsídio para legitimar e orientar documentos oficiais da OMS que tratam do tema, também têm repercutido em diversas áreas da medicina. Baseando-se nos aportes teóricos e metodológicos lançados por Koenig para identificar o impacto da espiritualidade na saúde, foi possível, por exemplo, que outros pesquisadores afirmassem a existência de uma associação positiva entre a espiritualidade do paciente com câncer e bem-estar (Garssen; Umland-Sikkema; Visser, 2015); reconhecer que, em casos de traumas infantis, a resiliência de pessoas mais espiritualizadas é maior do que a de não espiritualizadas (Brewer-Smyth; Koenig, 2014); identificar uma correlação

¹⁵¹ Esse pesquisador tem se dedicado a analisar o campo da espiritualidade nas ciências médicas. O livro referido foi publicado em 2012 pela editora L&PM e teve como seu principal divulgador no Brasil o médico Fernando Lucchese, professor na Universidade Federal de Ciências da Saúde, em Porto Alegre. Lucchese tem feito palestras e organizado eventos sobre a relação entre saúde e espiritualidade em todo o país.

significativa entre espiritualidade e controle cardíaco autonômico (Berntson et al., 2008); e ainda afirmar que a atenção à espiritualidade de pessoas com demência é um fator que pode contribuir substancialmente para o aumento da qualidade de vida dos doentes (Bell; Troxel; 2001).

No Brasil, ex-orientandos e pesquisadores que colaboram ativamente com as investigações de Koenig também têm feito avançar, em diferentes áreas das ciências médicas, o debate sobre os impactos da espiritualidade na saúde. Esse é o caso dos profissionais envolvidos com o grupo de pesquisa do Programa de Saúde, Espiritualidade e Religiosidade (ProSER). Fundado em 2000 e originalmente intitulado Núcleo de Estudos de Problemas Espirituais e Religiosos, o grupo está sediado no Instituto de Psiquiatria (IPq) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Atualmente, as atividades desse grupo estão dirigidas à pesquisa, à clínica e ao ensino, sendo que, entre essas, destaca-se a aplicação da “anamnese espiritual” a todos os pacientes internados no IPq. Tal procedimento consiste na realização de uma série de perguntas protocoladas que, uma vez tabuladas, resultam em índices de espiritualidade, que passam inclusive a constar no prontuário dos usuários. A anamnese espiritual está estruturada na forma de questões como, por exemplo, “até que ponto você sente que sua vida tem uma finalidade?” e “até que ponto alguma ligação com um ser espiritual conforta/tranquiliza você?”¹⁵²

Não é meu objetivo aqui descrever essas pesquisas, mas ressaltar a amplitude de suas repercussões para insistir que a experiência de Severiano de Almeida também pode ser a elas associada. É preciso sublinhar, no entanto, que enquanto na cidade gaúcha o

¹⁵² Essas questões foram retiradas do instrumento de avaliação da espiritualidade desenvolvido pela OMS. Isso porque, embora já tenha feito contatos iniciais e até mesmo trabalho de campo exploratório em atividades do ProSER, não tive acesso à versão do protocolo de anamnese espiritual que tem sido utilizado pelo grupo.

interesse pela espiritualidade ocorre na clínica, no caso das pesquisas científicas o que está em jogo é uma atenção analítica e especulativa. Assim, cabe perguntar: como as pesquisas sobre espiritualidade convertem-se em protocolos de atendimentos clínicos que privilegiam essa “dimensão da saúde”?

Em que pese a amplitude da questão e sem pretender esgotá-la, identifico, a partir do próprio livro de Koenig e de outros aportes das ciências médicas, alguns planos de relação entre a clínica e as pesquisas sobre espiritualidade. Entre eles está o fato de que o procedimento fundamental tanto para cientistas quanto para os especialistas clínicos da dimensão espiritual da saúde é isolar e fazer com que a espiritualidade emerja como uma entidade clinicamente visível e empiricamente avaliável.¹⁵³ Tornar a espiritualidade um objeto possível de ser manipulado, é isso a que Koenig (2012, p. 13) refere-se quando afirma – no mesmo livro mencionado pela secretária da Saúde de Severiano de Almeida – que “precisamos saber como a espiritualidade difere de outros conceitos psicossociais, como bem-estar psicológico, altruísmo, perdão, humanismo, conexão social e qualidade de vida”. E ainda prossegue:

A espiritualidade deve ser única e diferente de tudo o mais, um fenômeno inteiramente separado, que pode, então, ser examinado na sua relação com a saúde. Nossa tarefa, ao conduzir as pesquisas, é quantificar o grau de espiritualidade de uma pessoa (determinar até que ponto ou grau essa pessoa é espiritual) e descrever de que formas ela é espiritual. Isso é absolutamente necessário para determinar como a espiritualidade está relacionada com a saúde. (Koenig, 2012, p. 13, grifo meu).

Para identificar o “grau de espiritualidade” da pessoa, as ciências médicas têm utilizado instrumentos como o Religious Coping Scale, descrito no Capítulo 2, traduzido e validado no Brasil por Raquel Panzini, que frequentou as reuniões da

¹⁵³ Seria possível, inclusive, estabelecer um paralelo entre os trabalhos dos médicos para “terminar a dor”, tal como descrito no Capítulo 3, e os esforços dos experts de Severiano de Almeida em instituir (*enact*) a espiritualidade que deve ser tratada.

comissão encarregada de elaborar a Política Estadual de PICs no Rio Grande do Sul. Além desse instrumento, outras metodologias de mensuração da espiritualidade têm sido desenvolvidas no campo da medicina¹⁵⁴ para avaliar, com a desejada precisão, a relação entre o grau de desenvolvimento da espiritualidade da pessoa e seu estado de saúde-doença. Importante notar que se trata de mensurar o “grau” de espiritualidade, e não de verificar se as pessoas que “têm” espiritualidade são mais saudáveis do que aquelas que não “têm” tal qualidade. Isso porque, nas pesquisas de Koenig e de seus colaboradores, a espiritualidade não é concebida como uma característica eletiva, que as pessoas podem ou não possuir, mas se trata de um elemento substancial, invariavelmente compartilhado entre todos – ou, na citação literal de um dos artigos recentes de maior impacto na área, “um componente inerente do ser humano” (Tanyi, 2002, p. 500).

Em suma, espiritualidade é uma dimensão universalmente compartilhada entre todos os humanos, embora seja variável em seu grau de desenvolvimento. Trata-se, nesse sentido, de uma concepção muito semelhante àquela presente nos documentos da Organização Mundial da Saúde dedicados ao tema, que igualmente reconhece a espiritualidade como uma qualidade humana essencial.

No livro de Koenig, embora o pesquisador reafirme o caráter universal da espiritualidade, há uma importante diferenciação entre duas dimensões dessa categoria quando aplicada ao campo da saúde. A primeira diz respeito à dimensão fenomenológica da espiritualidade que as pesquisas médicas buscam “capturar” por meio dos já citados instrumentos de mensuração. Trata-se de uma *dimensão categórica*, uma vez que tais contornos são definidos pela literatura médico-científica e não pelo entendimento dos sujeitos pesquisados sobre o que seja a experiência

¹⁵⁴ Ver nota 73.

espiritual. A segunda dimensão é relativa à *prática* e diz respeito ao modo pessoal de viver a espiritualidade. Participar de uma comunidade religiosa é um exemplo dessa *dimensão prática*, enquanto “reconhecer um sentido para a vida” comporia uma *dimensão categórica* do conceito.

Essa diferenciação é relevante porque, a partir dela, o vínculo entre espiritualidade e saúde se autonomiza das pesquisas dedicadas ao tema e se torna um tópico incontornável na avaliação clínica. Explico a observação a partir das palavras de Koenig, que afirma que, ao diferenciar essas duas dimensões, passamos a reconhecer que nem sempre a abordagem de questões espirituais na clínica é motivada pelas pesquisas que comprovam taxativamente a influência de certa prática espiritual na saúde, mas também por aquilo que podemos compreender como razões “pragmáticas”. Dito de outro modo, como faz o autor num trecho parcialmente já citado e lido pela secretária da Saúde de Severiano de Almeida em uma de nossas entrevistas:

A [necessidade de] aplicação [da espiritualidade na clínica médica também deve ocorrer] por motivos práticos: muitos pacientes são religiosos, têm crenças religiosas e tradições relacionadas à saúde e problemas de saúde que, com frequência, dão origem a necessidades espirituais. Muitas vezes, as crenças religiosas influenciarão o tipo de assistência médica que os pacientes desejam receber. Tais crenças afetam o modo como os pacientes lidam com a doença e derivam significado e propósito quando se sentem mal fisicamente ou são incapazes de fazer as atividades que costumavam dar-lhes prazer e alegria. Essas crenças ajudam os pacientes a manter a esperança e a motivação na direção do autocuidado em meio a circunstâncias devastadoras. [...] As crenças religiosas também podem influenciar decisões médicas, entrar em conflito com tratamentos médicos e influenciar a adesão do paciente aos tratamentos prescritos [...]. *Em resumo, há muitas razões pelas quais os clínicos devem discutir questões religiosas ou espirituais com os pacientes, aprender a identificar necessidades espirituais e encaminhar pacientes a profissionais da saúde treinados para lidar com essas necessidades.* (Koenig, 2012, p. 160, grifo meu).

O desenvolvimento da dimensão espiritual da pessoa, afirmam os estudos clínicos, faz bem para a saúde. Algumas práticas de espiritualidade, no entanto, como sugere Koenig, podem comprometer a manutenção do tratamento médico e a adesão do

paciente às recomendações clínicas. É por isso que, como afirmou certa vez um dos terapeutas atuantes em Severiano de Almeida, “é preciso guiar a espiritualidade dos pacientes para que ela seja uma boa espiritualidade”. Nisso as perspectivas de Koenig e da secretária da Saúde do pequeno município gaúcho convergem: uma das principais tarefas da clínica é *cultivar a espiritualidade que faz bem*.

O pesquisador estadunidense ainda descreve as formas de “dirigir a boa espiritualidade”, citando a necessidade de que os profissionais da saúde qualificados “colem um aprofundado relato sobre o histórico espiritual do paciente, registrem-no no prontuário e, quando se sentirem à vontade para tanto, orem junto com seus pacientes” (Koenig, 2012, p. 180). “Uma oração dita pelo profissional de saúde”, diz Koenig (2012, p. 181) noutro trecho também lido pela secretária da Saúde em nossas entrevistas, “pode ser muito significativa aos pacientes religiosos e representar uma das mais poderosas intervenções psicossociais que podem ser feitas.”

A relevância que a atenção à espiritualidade adquiriu nos atendimentos clínicos em Severiano de Almeida não pode ser atribuída exclusivamente à leitura do livro de Koenig por membros da Secretaria da Saúde da cidade. Como mostrarei a seguir, outras razões, menos extrínsecas ao cotidiano dos trabalhadores da UBS do município, foram igualmente importantes para que os cuidados com a espiritualidade dos pacientes fossem estabelecidos como uma rotina naquela cidade. Feita essa ponderação, reconheço que a referência, ainda que breve, a alguns dos argumentos de Koenig ajuda a indicar a recorrência do apelo a pesquisas médicas para justificar a necessidade de atenção à dimensão espiritual da pessoa. Ao mesmo tempo, oferece um enquadramento mais preciso para descrever como a espiritualidade pode ser mobilizada nas práticas de saúde.

Como já destaquei, Koenig distingue a espiritualidade em suas dimensões categórica e prática. A primeira refere-se à espiritualidade mobilizada nos termos dos pesquisadores das ciências médicas, a partir dos quais é possível encontrar correlações entre seu grau de desenvolvimento e o estado de saúde das pessoas. A segunda consiste na prática espiritual, que interessa na medida em que pode colocar em risco ou favorecer o tratamento médico. Podemos dizer que foi considerando essa segunda dimensão da espiritualidade que o médico diretor do setor de oncologia do Grupo Hospitalar conceição (GHC) optou por inserir o reiki nos serviços prestados pelo hospital – isto é, como uma forma de se contrapor à religião que pode desvirtuar o tratamento prescrito.

Além dessas duas dimensões é preciso acrescentar uma terceira, não descrita por Koenig, mas sugerida em sua recomendação para que o profissional da saúde ore com o paciente. Trata-se da espiritualidade mobilizada em sua potência *terapêutica*. É principalmente na sua forma terapêutica que a espiritualidade apresenta-se no posto de saúde de Severiano de Almeida. Antes de descrever sua realização na prática clínica daquela cidade, no entanto, é preciso retomar a narrativa sobre a situação dos atendimentos encontrada pela equipe de saúde coordenada por Adriana.

Atendimentos por grupalidades

A equipe que assumira a gestão da Secretaria da Saúde em 2012 insistia que era preciso mudar o modo de trabalho da UBS de Severiano de Almeida e introduzir novas modalidades de atendimento no cotidiano da unidade. Em parte, a necessidade de mudança estava baseada na percepção de Samuel, vereador e enfermeiro no posto de

saúde, sobre os resultados de uma avaliação, realizada por ele, acerca do perfil da população de usuários dos serviços do SUS na cidade.

A situação era muito complicada. Encontramos um perfil epidemiológico totalmente dependente do serviço de saúde. Os médicos só tratavam da parte curativa, se voltavam para a prescrição de medicamentos, exames complementares especializados, exames laboratoriais, encaminhamentos para especialização... Eles não tinham uma ótica voltada para as demandas biopsicossocial-espirituais dos pacientes. E para completar, o sistema de atendimento era por ficha. Eram 14 fichas por dia e só. Até tinha um médico que o pessoal chamava de “Só 14”, porque ele não atendia mais do que isso, mesmo que a pessoa estivesse muito mal. Então a população vinha muito pra UBS, mas não era acolhida, só era medicalizada. (Samuel Romero, enfermeiro da UBS, em entrevista concedida em abril de 2013).

Diante da situação, a equipe reconheceu que era preciso instituir outras modalidades de atendimento na UBS. Práticas que encarnassem estratégias de cuidado mais comprometidas com o tipo de demanda daquele perfil de usuário e, ao mesmo tempo, que o deixassem mais independente das consultas médicas. Samuel, que havia concluído sua graduação em enfermagem, em 2011, era conhecedor das políticas nacionais de atenção básica e identificava, nos cuidados com a espiritualidade, uma possibilidade de diálogo com algumas dessas políticas e também um princípio que poderia atrair os usuários da UBS para outras rotinas de tratamento que não fossem as consultas médicas e a prescrição de medicamentos.

Antes de qualquer mudança estrutural na unidade, no entanto, a primeira medida tomada foi mais singela, adiantou-se em 30 minutos o horário de início das atividades do posto de saúde. Por conta do sistema que condicionava o atendimento médico à posse de fichas distribuídas no momento em que a unidade começava a funcionar, desde a madrugada formava-se uma longa fila de usuários que tentavam garantir uma vaga entre os 14 que, invariavelmente, poderiam se consultar naquele dia. Adiantar o início do expediente tinha como objetivo acolher e identificar os pacientes que pudessem ser atendidos sem a necessidade de profissionais médicos. A imediata diminuição no

número de consultas e, ao mesmo tempo, melhor acolhida dos usuários, surpreendeu a própria equipe da UBS:

Eu fiquei admirada. Porque, quando a gente começou a fazer isso, percebemos que muita gente só queria conversar. Não precisavam de médico. Precisavam de um ouvido. Tinha vezes que a gente só tomava chimarrão e conversava com a pessoa e ela mesma desistia de se consultar. E se ela fosse [na consulta médica] ia sair dali com uma sacola de remédios. (Carmen Ferreira, técnica de enfermagem, em entrevista concedida em abril de 2013).

Enquanto o sistema de distribuição de fichas não fosse substituído pelo de marcação de consultas, algo que aconteceria apenas em 2013, os usuários continuariam tendo que chegar ao posto de saúde antes que o sol nascesse. A solução mais viável para o que era considerado um problema foi implementar as grupalidades.¹⁵⁵

A formação de grupalidades é uma ferramenta descrita na Política Nacional de Humanização e consiste no estabelecimento de grupos de usuários com perfis específicos (diabéticos, hipertensos, fumantes, alcoolistas, etc.) que passam a reunir-se periodicamente para atividades coordenadas por profissionais de saúde. A capacidade dessa estratégia na otimização e desmedicalização dos atendimentos na atenção básica não é nova ou pouco conhecida pelos profissionais e gestores do SUS. Produzir o engajamento da população nas atividades desses grupos, normalmente coordenados por

¹⁵⁵ O termo “grupalidade” está presente de forma constante na Política Nacional de Humanização. No documento considerado fundador dessa política o princípio é descrito do seguinte modo: “A humanização supõe troca de saberes incluindo os dos pacientes e familiares, diálogo entre os profissionais e modos de trabalhar em equipe. E aqui vale ressaltar que não estamos nos referindo a um conjunto de pessoas reunidas eventualmente para ‘resolver’ um problema, mas à produção de uma grupalidade que sustente construções coletivas, que suponha mudança pelos encontros entre seus componentes.” (Brasil, 2004b, p. 8).

não médicos, é um obstáculo que impõe muitas dificuldades para sua consolidação.¹⁵⁶ Era justamente para o trabalho com esses grupos de pacientes que, inicialmente, Adriana e Samuel previam a inserção dos experts em espiritualidade. Para descrever esses atendimentos é preciso apresentar como a legitimidade oferecida pelas ciências médicas também estava associada, para Adriana, a uma outra fonte de certeza sobre a importância desse projeto.

A canalização da mensagem sobre os cuidados com a espiritualidade

Em janeiro de 2013, iniciei uma série de entrevistas com os médicos, enfermeiros, técnicos e gestores de Severiano de Almeida que estiveram envolvidos com o projeto desde sua implementação. Naquela ocasião, expliquei a Adriana, com quem já havia feito uma entrevista, que estava interessado nas ações iniciais e nas motivações para o desenvolvimento do projeto Saúde Integrada e que, embora já tivéssemos conversado sobre o assunto, gostaria de ouvi-la novamente. A então secretária da Saúde concordou, mas ponderou que se aquele fosse mesmo o meu objetivo, deveríamos conversar no lugar em que ela havia “recebido os planos que orientaram o [seu] trabalho”, o Espaço Terapêutico Eféreos.

Além de técnica de enfermagem na UBS da cidade e secretária da Saúde, Adriana também é terapeuta holista. Sua aproximação com esse universo deu-se inicialmente com a realização de um curso de massoterapia, finalizado no início dos anos 2000. Logo após concluí-lo, a terapeuta somou a esse outros cursos e especializações: reiki,

¹⁵⁶ Na Rede Humaniza SUS, uma plataforma de comunicação na internet em que pessoas “envolvidas em processos de humanização da gestão e do cuidado no SUS” podem interagir, há centenas de descrições de experiências bem e malsucedidas na implementação das grupalidades. Ver: <http://www.redehumanizasus.net/search/node/%22Grupalidade%22> (consultado em 23/09/2014).

cromoterapia, terapia com cristais, radiestesia, terapia floral e naturopatia. Localizado numa das partes mais altas da cidade, o Espaço Terapêutico Etéreos divide o terreno com a casa de Adriana e com uma pequena marcenaria administrada por seu marido. Durante a semana, os atendimentos acontecem à noite, e nos sábados, quando não há plantão na UBS, Adriana passa o dia recebendo os clientes que vêm de diferentes partes do Rio Grande do Sul e de Santa Catarina. A clínica ocupa a parte térrea de uma ampla casa e estende-se para um gramado na parte externa, onde os clientes aguardam o atendimento. Cinco ambientes integram seu interior: uma sala de recepção, onde todos os visitantes devem se descalçar e vestir pantufas; um quarto com banheira para as sessões de hidroterapia; um salão com seis macas enfileiradas e separadas por cortinas, todas elas destinadas aos tratamentos de cromoterapia e reiki; uma sala menor com uma mesa e cadeiras, onde a terapeuta atende aos clientes; e um cômodo com um altar repleto de imagens religiosas de referências diversas, Jesus Cristo, Madre Teresa de Calcutá, Shiva, caboclos da umbanda, Nossa Senhora Aparecida, São Jorge, Iemanjá, Chico Xavier, Buda, além de velas, água, sal e pão.

Adriana é sensitiva, e, desde os sete anos de idade, recebe mensagens e sinais premonitórios. Durante a adolescência participou de reuniões em centros espíritas e de sessões de umbanda, além de frequentar missas dominicais. Naquele período, conforme me relatou, também decidiu buscar alguma especialização no campo da saúde, de modo que pudesse, em suas próprias palavras, “preservar e desenvolver o dom da cura” que havia recebido. Como fez questão de ressaltar, ela herdara esse dom de seu bisavô, um famoso curandeiro naquela região do estado.

Foi na clínica, ao lado do altar, que a secretária pediu para que fizéssemos a entrevista sobre a origem do projeto Saúde Integrada, que tinha a oferta de PICs, a

construção de hortos de plantas medicinais e a formação das grupalidades como suas principais diretrizes.

Hoje o projeto é um sucesso, todo mundo sabe. Aí começou a aparecer vários pais para ele. Mas o projeto Saúde Integrada saiu daqui. Todas essas grandes coisas que eu fiz lá fora eu recebi aqui. Esse projeto foi canalizado por mim e veio de uma linha xamã. O horto veio de uma orientação xamânica. Veio assim: “Adriana, resgata os valores dos antepassados, os chás e as plantas porque é isso que vai funcionar.” Todos esses grupos [as grupalidades em funcionamento na UBS] também vieram daqui. Eles foram dados desse jeito para que trabalhassem todo o ciclo de vida: a natureza que alimenta, no grupo de reaproveitamento de alimentos; o início da vida, no grupo de gestantes; e o fim da vida, nos grupos das doenças [hipertensos, diabéticos e pessoas com câncer]. A orientação Deles [dos mentores espirituais de Adriana] é para trabalhar essa linha de cura. Isso vai transformar o SUS e essa é uma coisa maravilhosa. O povo está carente desse tipo de cuidado com o espiritual, e a medicina já está provando que estamos certos. Então é assim, eu recebi [o projeto] aqui, em uma canalização. E só fiz o que fiz [como secretária da Saúde] porque tive o apoio Deles. E Eles são tão grandiosos que prepararam todo esse momento para que o Ministério da Saúde também reconhecesse as PICs e a importância da espiritualidade. (Adriana Ansolin, secretária da Saúde, em entrevista concedida em abril de 2013).

Nos documentos oficiais o relato sobre a canalização das ideias que deram projeção nacional à gestão em saúde do município não está expresso. Nas instâncias estatais, Severiano de Almeida é um bom exemplo de como a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares tem estimulado municípios de todo país a ampliar a resolubilidade do SUS, promovendo a racionalização das ações em saúde e estimulando alternativas inovadoras por meio de práticas terapêuticas que sobretudo contribuem para o cuidado continuado, humanizado e integral (Brasil, 2006a, p. 24). De perto, no entanto, apesar da força da poética do Estado, comprometida em apresentá-lo como um ente estável e homogêneo (Herzfeld, 2008), a experiência da cidade do interior gaúcho não cabe nos termos da política. Nesse caso, para compreender a realização criativa, heterogênea e instável da política de PICs em Severiano de Almeida, é necessário acompanhar o modo pelo qual a “espiritualidade” foi acionada pelos diferentes agentes engajados no projeto Saúde Integrada: Formando Cidadãos.



Espaço Terapêutico Etéreos. Fotos do autor.

Quem pode falar sobre espiritualidade?

O convencimento de Adriana sobre a legitimidade de tornar a atenção à espiritualidade um eixo central no projeto de gestão da nova secretária da Saúde se somava à convicção de Samuel, seu principal parceiro na elaboração do projeto, de que

a ênfase na espiritualidade poderia ser um modo de garantir a adesão dos usuários nas atividades dos grupos de pacientes que estavam sendo organizados. Nenhum dos dois, no entanto, identificava na equipe da UBS algum médico, técnico ou enfermeiro que pudesse conduzir os “cuidados com a espiritualidade”.

Era preciso contratar um especialista capaz de orientar os pacientes do SUS no cultivo da espiritualidade que faz bem. Alguém que pudesse tratar tal dimensão da saúde em atendimentos coletivos, nas grupalidades, e, talvez, previa Adriana, em consultas individuais. Finalmente, como disse Samuel em uma entrevista, “procurávamos um profissional que também conhecesse alguma coisa das PICs”. Não demorou para que a equipe chegasse a um acordo sobre os experts em espiritualidade mais qualificados para a tarefa: Celso e Gilberto, ambos parapsicólogos.¹⁵⁷

Celso, que havia apresentado o livro de Koenig para Adriana, é parapsicólogo desde 2006. Apesar de ter sido contratado pela prefeitura em meados de 2012, era bastante conhecido pelos moradores da cidade há décadas, já que exercera, durante dez anos, a função de pároco da Igreja Matriz São Caetano, localizada a poucos metros do posto onde passara a clinicar. Com uma população de 3842 habitantes, em que apenas 214 deles não são católicos,¹⁵⁸ todos conhecem o ex-pároco e a maioria, segundo a

¹⁵⁷ Durante o período em que fiz trabalho de campo em Severiano de Almeida participei constantemente de atividades com ambos os profissionais. Embora todas elas tenham sido importantes para as reflexões aqui apresentadas, não farei referência ou descreverei aqui os dados relativos ao trabalho de Gilberto. Isso porque, além de ter tido menos contato com esse parapsicólogo, Gilberto não quis ser entrevistado e expressou o desejo de que eu não fizesse observações na sala de espera enquanto seus pacientes aguardavam a consulta. Em um acordo com a equipe da Secretaria da Saúde, decidimos que eu não abordaria o trabalho do parapsicólogo, ainda que pudesse mencioná-lo nos textos derivados da pesquisa.

¹⁵⁸ Dados relativos aos números sobre religião divulgados pelo Censo de 2010. Em Severiano, segundo o IBGE, 3616 pessoas se declararam católicas, 11 espíritas e 203 evangélicos. Ver: <http://cod.ibge.gov.br/WHM> (consultado em 05/10/2014).

avaliação da secretária da Saúde, identifica nele a autoridade necessária para expor aquilo que os aflige, que os preocupa e, no limite, que os faz adoecer.

Sou parapsicólogo, mas tenho formação em filosofia, psicologia e história. Primeiro eu me formei na Faculdade de Viamão. Na época que Viamão era o grande centro da filosofia da América Latina. E depois eu cursei teologia em Passo Fundo.¹⁵⁹ Virei padre, e durante 15 anos exerci o ministério, mas há seis anos e meio que eu deixei o ministério. E nesse período, quando eu ainda era padre, eu também me formei em parapsicologia, na Escola Científica de Florianópolis. Meu interesse pela área é antigo e alguns de meus colegas de sacerdócio também fizeram o curso. Então eu já era parapsicólogo antes de deixar o ministério. Mas claro que isso [o exercício do ofício de parapsicólogo] se intensificou mais quando saí [do ministério]. Você se pergunta, qual é o melhor caminho para aproveitar toda a bagagem que você adquiriu com o ministério depois que sai? E aí de repente as terapias, a parapsicologia, são uma forma de aproveitar essa bagagem. Então eu também busquei isso [o exercício da parapsicologia] como uma forma de dar continuidade numa missão, num trabalho com o ser humano, uma forma de canalizar essa potencialidade. Desde lá, desde 2006, eu venho exercendo essa função, atendendo às pessoas no meu consultório em Erechim.¹⁶⁰ E fomos procurados pela Adriana para formarmos um trabalho diferente aqui em Severiano. Fazer um sonho mesmo, que era a gente trabalhar a saúde de uma forma diferente do que vinha sendo trabalhado, na questão de que o cuidado estava mais na doença do que na saúde. E isso acaba gerando cada vez mais doentes, consumo de remédios, consultas, exames, cirurgia, etc. É um ciclo que acaba comprometendo inclusive o orçamento dos municípios. É uma situação de estrangulamento. Quer dizer, como trabalhar a saúde preventiva, como trabalhar a pessoa e não só o sintoma? Então a gente faz um atendimento personalizado com a parapsicologia. Isto é, atendemos a pessoas, pais e filhos, famílias, nessa ouvidoria que tenho aqui realizado. Trabalhar a espiritualidade deles e, de repente, prevenir aquilo que poderia acontecer mais adiante se a pessoa não fosse ouvida, cuidada. (Celso Assis, parapsicólogo, em entrevista concedida em setembro de 2012).

David Hess (1987) argumenta que no Brasil, diferentemente do que ocorreu nos Estados Unidos e na Europa Oriental, a parapsicologia desenvolveu-se fora dos marcos seculares da universidade, emergindo a partir de laços bastante estreitos com a Igreja Católica e com o espiritismo. Essas duas referências religiosas teriam constituído as principais, e antagônicas, escolas de parapsicologia do país. Os vínculos religiosos de

¹⁵⁹ Passo Fundo é uma cidade gaúcha que fica a aproximadamente 290 quilômetros de Porto Alegre.

¹⁶⁰ Erechim fica a 280 quilômetros de Porto Alegre.

ambas as escolas têm sido utilizados pela literatura especializada para explicar o fundamento das diferenças entre elas. De modo que distinguir a parapsicologia espírita da católica é, principalmente, um exercício de depuração das diferenças doutrinárias entre catolicismo e espiritismo acerca de fenômenos paranormais.¹⁶¹

A Escola Científica, onde Celso realizou sua formação, está implicada na tradição católica da parapsicologia brasileira e integra o Instituto de Parapsicologia e Potencial Psíquico (Ipappi), fundado em 1984 por Pedro Antonio Grisa, ex-seminarista da congregação dos Missionários do Sagrado Coração de Jesus. No Ipappi, Grisa contou com a colaboração ativa do frei capuchinho Alvandi Marmentini e do franciscano Hugolino Back, o Frei Hugolino. Esse último foi precursor da parapsicologia no sul do Brasil e, no início dos anos 1980, passou a atender a milhares de pessoas que buscavam a cura pela imposição de mãos, na cidade de Santo Amaro da Imperatriz (SC). Em 1990, Frei Hugolino publicou, em coautoria com Pedro Grisa, o fundador do instituto frequentado pelo parapsicólogo de Severiano de Almeida, o livro *A cura pela imposição de mãos*.

Independentemente de sua marginalidade na estrutura eclesiástica, o estabelecimento e divulgação da parapsicologia no país são intrínsecos à trajetória de religiosos católicos. Ao mesmo tempo, os Institutos de parapsicologia reivindicam o reconhecimento da disciplina enquanto ciência – a ciência dos fenômenos paranormais. Com isso, procuram afastar-se do dogmatismo religioso por meio da realização sistemática de experiências que incorporam parâmetros científicos de validação, guiando-se por metodologias características das pesquisas clínicas da medicina, por controles estatísticos, e por exames de imagem.

¹⁶¹ Não sendo meu principal interesse aqui pormenorizar o desenvolvimento da parapsicologia no Brasil, remeto a outros textos. Sobre o assunto, ver Hess (1992).

Celso, que já era parapsicólogo no período em que ainda exercia o ministério, é exemplo do referido vínculo entre a disciplina e a Igreja Católica. Por isso, o que está em jogo não é a trajetória de um ex-religioso que se tornou parapsicólogo, mas sim a de um parapsicólogo que cuidava de fiéis e passou a tratar de pacientes, um expert que atuava na paróquia e passou a atender no SUS, alguém cujo vínculo institucional deixou de ser a Igreja Católica e passou a ser o Estado. Durante o trabalho de campo em Severiano de Almeida poucas situações foram tão emblemáticas da mudança do lugar social ocupado por Celso na cidade quanto aquela em que Dona Lurdes, uma senhora de 80 anos, vacilou no momento em que foi cumprimentar o parapsicólogo: “Oi, padre... desculpa, ainda não me acostumei, oi, doutor!”

Interessa destacar aqui que é justamente a categoria espiritualidade que opera essa espécie de canal aberto capaz de conectar ciência, religião e Estado. Tal qualidade do termo nos remete àquilo que Peter van der Veer (2013, p. 44) também já havia observado: “Espiritualidade cumpre a função de um tipo de ponte global, conectando muitos universos conceituais.” A apreensão metafórica da espiritualidade como uma ponte é pertinente porque joga luzes sobre a importância que essa categoria pode assumir sem, para isso, buscar defini-la de um modo ou de outro. Se a imagem da espiritualidade como ponte é boa para explicitar sua capacidade em produzir associações, ela falha, contudo, ao não explicitar que, na medida em que conecta, a “espiritualidade” também é uma categoria tensional, que mobiliza discursos, instituições e sujeitos que disputam o domínio sobre ela e o seu sentido.

Como demonstrei no capítulo anterior, mais produtivo do que presumir as conexões apriorísticas da espiritualidade é explorar as formas a partir das quais elas se produzem e, sobretudo, como variam. Tais variações, insisto em sublinhar, pouco interessam num plano semiótico, de análise dos vínculos categóricos entre, por exemplo, religião e

espiritualidade em si, mas importam na medida em que ganham concretude na vida cotidiana dos postos de saúde e ambulatórios do SUS. No caso da oferta de reiki no Hospital Conceição, os efeitos das variadas formas de configurar a relação entre religião e espiritualidade ficaram explícitos quando descrevi que para o médico diretor da oncologia, “tratar o espiritual” é uma qualidade que afasta a terapêutica do campo da religião, enquanto para alguns pacientes, a atenção à espiritualidade torna a aplicação do reiki próxima demais e, por isso, concorrente com a religião.

Em Severiano de Almeida, parece que estamos diante de uma nova forma de configurar religião e espiritualidade. Na cidade do interior gaúcho, estabelecer o lugar dos cuidados com a espiritualidade no SUS passou por referenciais e por agentes religiosos. Em alguma medida, foi a certeza de que os usuários da unidade de saúde estariam interessados em falar de religião o que fez os gestores municipais introduzirem o tema da espiritualidade nos atendimentos. Ali, foi a religião o que creditou a espiritualidade no SUS. O que não nos permite dizer, no entanto, que religião seja espiritualidade. Afinal, como espero ter deixado claro com o capítulo anterior, considerar o emprego dessa categoria como algo aleatório não tem outro efeito se não o de inviabilizar o seu lugar como profícuo objeto de reflexão.

Vale ressaltar, ainda, que enquanto no GHC a atenção à espiritualidade prestada pelos agentes religiosos foi mantida no âmbito da assistência religiosa e, assim, negada pelo médico diretor da oncologia como forma de cuidado terapêutico dirigido à espiritualidade, em Severiano de Almeida, a prática dos agentes religiosos foi convertida em modalidade terapêutica. É fundamental perceber que o ato capaz de produzir tal conversão não foi uma mudança nos procedimentos técnicos realizados pelos especialistas em espiritualidade, mas sim uma modificação na forma de enquadrar essas práticas. Em Severiano de Almeida, os atendimentos dos parapsicólogos

tornaram-se práticas integrativas e complementares. Isso porque, embora a contratação dos experts em espiritualidade na cidade não tenha ocorrido exclusivamente por conta das políticas de PICs, elas também serviram como argumento legitimador nas instâncias burocráticas do SUS. Como forma de justificar sua pertinência, no documento de contratação dos profissionais são descritas algumas regulações da OMS, do Ministério e da Secretaria da Saúde que fazem referência à necessidade de atenção à dimensão espiritual da saúde humana. Em seguida, são listadas algumas pesquisas clínicas que comprovam a existência de correlações positivas entre grau de desenvolvimento da espiritualidade e a qualidade do estado de saúde da pessoa. Além disso, o mesmo documento sublinha que as contratações de experts no espírito seriam uma forma de o município aderir e dialogar com a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares.¹⁶² Sobre essa última justificativa foi preciso argumentar que, embora a atenção à espiritualidade não estivesse prevista pelas políticas de PICs como uma terapêutica, seu exercício, na clínica, convergiria com os objetivos basilares dessas políticas: perspectiva holista sobre o corpo, modalidade não medicalizante de tratamento e privilégio da saúde preventiva e da atenção à pessoa em detrimento da medicina focada na doença.

Quero ainda destacar a importância da ideia de expertise para tratar dos especialistas em espiritualidade. Isso porque, ao enfatizar essa ideia, o caso da cidade de Severiano de Almeida ganha outros contornos, uma vez que o município estabeleceu uma posição no quadro de funcionários da unidade de saúde destinado a especialistas na dimensão espiritual da pessoa. Aqui, identificar quem foi contratado importa menos que

¹⁶² Obtive essas informações a partir de conversas com Samuel, que ajudara na elaboração dos termos de contratação dos parapsicólogos.

assinalar a instituição de um lugar para o exercício da expertise daqueles que, em nome da saúde, podem falar sobre espiritualidade.

A partir da análise desse caso também estou sublinhando dois processos simultâneos e mais gerais que envolvem a atenção à dimensão espiritual da saúde. Na medida em que a espiritualidade torna-se inteligível e praticável nos atendimentos, no sentido de que performá-la (*enact*) passa a ser rotina clínica, um corpo de pessoas empenha-se para demarcar a autoridade social de quem pode exercer um olhar *diagnóstico* sobre ela, reivindicando a verdade e a eficácia técnica de seus conhecimentos.¹⁶³

A seguir, irei me deter no cotidiano de atendimentos dos especialistas em espiritualidade. Embora a contratação de ambos estivesse inicialmente voltada para a constituição das grupalidades, em pouco mais de dois meses após sua incorporação na rotina da UBS, eles passaram a também proceder a atendimentos individuais. Primeiro apresentarei os atendimentos individuais feitos por Celso para, em seguida, descrever parte das reuniões dos grupos e a experiência das hortas de plantas medicinais.

A espiritualidade e seus experts

Em março de 2013, num dos períodos em que fiz trabalho de campo na cidade, cheguei ao posto de saúde de manhã e encontrei o lugar mais lotado do que o habitual. Além das mulheres idosas, que sempre eram a maioria, havia muitas crianças em idade escolar acompanhadas por suas mães. Surpreso por encontrar a sala tão abarrotada numa quinta-feira – se ao menos fosse segunda a lotação talvez pudesse ser explicada pela falta de plantões no fim de semana –, perguntei para Jorge, técnico de enfermagem, se o

¹⁶³ Acompanhando Nikolas Rose (2011, p. 123), a isso me refiro como expertise.

médico pediatra havia mudado de escala de terças para quintas-feiras. “Pediatra? Que nada, isso aí é tudo pro parapsicólogo”, devolveu o técnico. Olhando de forma mais atenta, percebi que algumas crianças, aparentando ter idades entre 7 e 13 anos, traziam consigo algumas folhas com as orações, mantras e mentalizações que Celso preparava para cada um de seus pacientes.

Num dos cantos da sala de espera reconheci Solange, moradora da Linha Cerro do Meio Dia, uma comunidade no interior da cidade, com quem já havia conversado durante as reuniões de um dos grupos que se reúne na UBS. Quando me viu, Solange quis apresentar seu filho, Mateus, de nove anos, que esperava pela consulta com o parapsicólogo. “Esse aqui é o meu filho mais moço. Vai Mateus, mostra pro tio como é que você lê a folha que o Celso te deu”, sugeria Solange. Um pouco resistente ao pedido da mãe, Mateus leu a primeira frase da folha que segurava: “Aprendo facilmente tudo o que eu preciso, desejo aprender para o meu bem e para o bem de todos.” Assim que o menino terminou a leitura, Solange emendou: “Isso aí tem ajudado muito a criançada. Precisa ver como o Mateus tá mais calmo depois dessas consultas. E sabe que os amiguinhos dele também vêm pra cá? É a diretora do colégio quem manda.”

Desde que os parapsicólogos foram contratados pela Secretaria Municipal de Saúde, as diretoras das duas escolas de ensino fundamental da cidade encaminham as crianças que consideram precisar de algum cuidado psicoterapêutico para que sejam atendidas por eles na UBS. Além desses encaminhamentos, Celso e Gilberto ainda recebem os usuários recomendados pelos médicos e por outros membros da equipe de saúde. Esses são os dois principais caminhos que levam os pacientes ao consultório dos parapsicólogos, já que são raros os que solicitam agendamento com os especialistas por conta própria. Se, por um lado, o volume de consultas pode ser indicativo da legitimidade da parapsicologia enquanto terapêutica na cidade, por outro lado, alguns

desses encaminhamentos não distinguem o trabalho de Celso e de Gilberto do que é realizado pela psicóloga da unidade. A sobreposição é reconhecida pelos profissionais e não é totalmente rejeitada pelos parapsicólogos.

Essas duas ciências têm uma relação histórica. Eu diria que, grosso modo, a parapsicologia engloba toda a complexidade da psicologia e soma a ela a espiritualidade e a fenomenologia paranormal. Aqui em Severiano a gente trabalha em cooperação com a psicóloga, mas atuamos mais nas questões do mundo espiritual. (Celso Assis, parapsicólogo, em entrevista concedida em setembro de 2012).

O recorte diferenciador das duas especialidades é emblemático: cabe à parapsicologia tudo o que for da ordem do espírito. A aparente trivialidade dessa afirmação é desfeita quando se reconhece que a distinção do trabalho do parapsicólogo é mais evidente quanto mais autônoma e destacada a “espiritualidade” estiver das outras dimensões da saúde. O “fator espiritualidade” precisa emergir, aflorar e fazer-se demarcável sob o olhar e técnicas do especialista que detém a capacidade de interpelá-lo. Nesse sentido, a espiritualidade se estabelece numa rotina clínica à medida que experts empenham-se em fazê-la visível. Nos termos de Annemarie Mol, para tornar a espiritualidade um objeto de atenção terapêutica é preciso performá-la (*enact*) no cotidiano da clínica (Mol, 2002). Sobre o empenho em atuar nas performances que instituem (*enact*) a espiritualidade, é possível (e preciso) dizer que o trabalho dos parapsicólogos e dos médicos cientistas, descrito nas seções anteriores, estão em absoluta convergência.

O repertório técnico do olhar clínico exercido pelos parapsicólogos de Severiano de Almeida, capaz de converter a espiritualidade num objeto de atenção terapêutica, é o tema que desenvolverei na próxima seção.

A espiritualidade na clínica

Nas consultas conduzidas por Celso, a espiritualidade é visibilizada em dois momentos. Primeiro no “diagnóstico” da situação espiritual do usuário, e, depois, na protocolização dos exercícios destinados a organizá-la a fim de que possa contribuir para a manutenção da saúde. Diferenciar esses dois modos de visibilização da espiritualidade é um passo fundamental para compreender como ela pode ser tornada um ente clinicamente manipulável. Para tanto, como afirmei, é preciso fazê-la aparecer, torná-la, em alguma medida, “diagnosticável”. Nesse caso, trata-se de reconhecê-la na saúde particular do sujeito – isto é, o que está em jogo é a *espiritualidade em*, que, uma vez diagnosticada na clínica, é colocada em função da saúde e, conseqüentemente, convertida numa *espiritualidade para*. Embora interdependentes, o que interessa não é a *espiritualidade em si*, mas o grau de desenvolvimento da *espiritualidade* da pessoa na medida em que ela tem efeitos *para* sua saúde. Afinal, a pergunta sobre a qual meus interlocutores de Severiano de Almeida detinham-se não era “de que espiritualidade estamos falando?”, mas sim “como criar serviços de atendimento que, mobilizando a espiritualidade dos usuários, possam contribuir para sua saúde?”.

O processo de avaliação da espiritualidade, apesar de também depender da sensibilidade do terapeuta, como afirmou Celso, baseia-se fundamentalmente num roteiro de perguntas preestabelecido. Esse método é bastante semelhante ao empregado nos trabalhos das ciências médicas que se utilizam de instrumentos capazes de captar o “grau de espiritualidade” dos sujeitos. Em Severiano de Almeida, o parapsicólogo elaborou seu próprio roteiro de questões, partindo da ideia de que não “existe uma substância espiritual” passível de mensuração, mas efeitos da espiritualidade a partir dos quais é possível determiná-la. Por isso, suas perguntas dirigem-se, por exemplo, à

frequência de sentimentos como solidão e desamparo, à capacidade das pessoas de manterem pensamentos positivos diante de situações adversas e à frequência de sensações como raiva e ódio.

Seguramente esses três tópicos privilegiados no roteiro de Celso também poderiam figurar em avaliações clínicas de psicólogos ou de outros profissionais da saúde. A espiritualidade revelada pelo parapsicólogo, no entanto, não emerge das perguntas que faz, mas da verdade que pode extrair delas. Isto é, a diferenciação dá-se no exercício da expertise do parapsicólogo e não na descrição dos “sintomas” enunciada pelos pacientes. Sem o olhar que submete um conjunto disperso de informações a um sistema classificatório capaz de transformá-lo numa sentença diagnóstica sobre o “grau de espiritualidade”, essa dimensão da saúde permaneceria oculta.

No mesmo golpe de vista em que o parapsicólogo diagnostica a espiritualidade, ele também estabelece a prescrição de exercícios e de técnicas que os pacientes devem incorporar em seu cotidiano para cultivá-la adequadamente. Algumas dessas prescrições são indicadas apenas para poucos usuários: pausas na rotina de trabalho, momentos regulares de silêncio ao longo do dia e técnicas de respiração. Outras, no entanto, como as “mentalizações”, são permanentes e prescritas para todos os pacientes. Embora com conteúdos variados, esse tipo de prática tem como base a concentração e a repetição de frases. Para explicar a técnica, Celso deu o exemplo da forma como se reza o terço católico, mas insistiu que, antes de ter um fundamento religioso, a mentalização define-se como “uma prática científica, desenvolvida para fazer a espiritualidade trabalhar pela saúde”.

Ainda que muitas vezes as fórmulas dessas repetições sejam elaboradas individualmente, uma vez que elas são tão variadas quanto os problemas com os quais Celso depara-se, a recorrência de certas situações na UBS fez com que os

parapsicólogos deixassem alguns roteiros de exercícios preparados. Tive acesso a 13 deles, que podem ser divididos, conforme indicado em seus títulos, entre orações e reprogramações. No primeiro conjunto havia orações mais e menos longas, com referências explícitas à autoria ou à origem do texto, entrecortadas por instruções como “respire fundo três vezes” e com indicações sobre a frequência com que deveriam ser repetidas por dia.

A mais curta, já descrita no início desta tese, é tributária de uma terapêutica havaiana de libertação do passado chamada Ho’oponopono e consiste na exaustiva repetição de frases como: “Sinto muito. Me perdoe. Te amo. Sou grato.”¹⁶⁴ Essa técnica popularizou-se na década de 1980 justamente quando pesquisadores norte-americanos interessados em elaborar instrumentos dirigidos à saúde mental começaram a testar os efeitos da enunciação dessas frases entre diferentes grupos de pacientes (ver Toniol, 2015). Sua origem é atribuída às populações tradicionais havaianas e sua legitimidade está atrelada com a associação que se produziu entre a prática e a proposta de cuidados holísticos com a saúde.¹⁶⁵ Há ainda outros dois autores das orações distribuídas aos pacientes, Joseph Murphy e Cristina Cairo. O primeiro foi líder em um movimento espiritualista dos anos 1940 chamado Religious Science. Murphy é autor de dezenas de livros, todos eles dedicados ao uso da espiritualidade para a produção de saúde.¹⁶⁶ Já Cristina Cairo é parapsicóloga e terapeuta holística, autora de livros sobre temas como

¹⁶⁴ Sobre as características dessa prática, ver o site Ho’oponopono Brasil: <http://www.hooponopono.ws/o-que-e.php> (consultado em 01/02/2014).

¹⁶⁵ Não poderei me deter na análise das pesquisas que utilizaram a técnica como ferramenta terapêutica. Para detalhes, ver Toniol (2015).

¹⁶⁶ Ainda carece uma análise aprofundada da trajetória de Joseph Murphy. Seus esforços em estabelecer conexões entre os movimentos espiritualistas e a ciência em meados do século XX são emblemáticos dessa relação entre espiritualidade e saúde que vigoraria a partir da década de 1980.

meditação e linguagem do corpo, esses repletos de referências à produção das ciências médicas acerca da espiritualidade.¹⁶⁷

O segundo grupo de exercícios, as “reprogramações”, está dividido em “domínios” sobre os quais se deseja intervir, tais como: autoestima, trabalho, estudo, calma e tranquilidade. Segundo Celso, as dificuldades nessas “áreas” estão muitas vezes relacionada com a introjeção de “pensamentos negativos” e, nesse caso, reprogramá-los para que se tornem positivos é o objetivo do exercício. Uma das situações mais recorrentes entre os usuários do SUS de Severiano de Almeida, de acordo com o parapsicólogo, é o “medo de doença”. O sentimento é comum em pacientes que passaram por longos períodos de tratamento médico ou que tiveram crises agudas por conta de doenças crônicas. Nesses casos, uma das possibilidades de prescrição é, nas palavras de Celso, “silêncio, concentração e a repetição de três frases”; são elas:

Sou forte, resistente e tenho saúde normal e perfeita.
Meu organismo funciona perfeitamente bem e sinto-me cada vez melhor.
Estou melhorando e melhorando até me sentir maravilhosamente bem.

Ao final do receituário com as recomendações das mentalizações e das outras tecnologias de atenção à espiritualidade, Celso subscreve o documento com um carimbo: “Parapsicólogo clínico. UBS Severiano de Almeida.”¹⁶⁸

¹⁶⁷ Obtive essas informações a partir de sites dedicados aos autores, tais como: http://newthoughtlibrary.com/murphyJoseph/_bioMurphy.htm (consultado em 23/03/2014) e <http://www.linguagemdocorpo.com.br/> (consultado em 23/03/2014).

¹⁶⁸ Apesar de as técnicas utilizadas pelos parapsicólogos serem um tópico importante sobre a relação entre saúde e espiritualidade irei apenas as mencionar. Essa opção justifica-se pela estrutura de argumentação que venho conduzindo neste capítulo, muito mais focada nos terapeutas do que nos usuários. Além disso, contemplar as técnicas terapêuticas demandaria que eu acompanhasse com sistematicidade a experiência de tratamento dos pacientes e o trabalho de prescrição do terapeuta. Não pude fazer nem um e nem outro, primeiro, porque não tive autorização para observar consultas ou acessar dados relativos a elas e, segundo, porque a organização do trabalho de campo não foi dirigida para esse fim.

Materializada na avaliação, na prescrição de práticas e – talvez de modo mais emblemático – no carimbo do especialista, a expertise da dimensão espiritual constituiu-se em Severiano de Almeida a partir de múltiplas alianças e caminhos: a política pública que advoga pela integralidade, a canalização da mensagem xamânica, os documentos da OMS, as pesquisas feitas em universidades norte-americanas, etc.

A progressiva legitimação do par espiritualidade e saúde e dos especialistas que reclamam autoridade sobre ele parece ter sido suficiente para que a contratação de dois parapsicólogos numa unidade do SUS, possivelmente controversa, não tenha repercutido em nenhuma instância das Secretarias e do Ministério da Saúde. Nos fóruns que acompanhei sobre a implementação das políticas de PICs, quando apresentado, o serviço dos parapsicólogos em Severiano de Almeida foi descrito como um trabalho dirigido à “quarta dimensão da saúde, a espiritualidade”. Foi nesses termos que Samuel, fazendo referência à definição de saúde proposta pela OMS – um estado de completo bem-estar físico, mental, social e espiritual –, expôs a dinâmica de atendimentos implementada em Severiano Almeida durante o I Seminário da Regional Sul de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Ainda nessa ocasião, quando estiveram presentes secretários estaduais e municipais de saúde, além de gestores federais, um dos membros da equipe da coordenação nacional da PNPIC perguntou a Samuel quem eram os profissionais que estavam fazendo os atendimentos que visavam a espiritualidade. Sem hesitar, o enfermeiro da UBS descreveu: “Um deles é terapeuta holístico e parapsicólogo [referindo-se a Gilberto], o outro tem formação em filosofia, teologia e parapsicologia [Celso].” Quando terminou, o secretário-adjunto da Saúde do Rio Grande do Sul e coordenador da comissão da Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares, Carlos, pediu a palavra para comentar publicamente o caso de Severiano de Almeida:

Aqui tem muitos gestores e queria que nos espelhássemos no caso dessa cidade. Lá no interior do Rio Grande, eles estão transformando o SUS. Médicos de todo o mundo já dizem que espiritualidade é uma coisa que temos que prestar atenção. Eu sempre digo no consultório que nós precisamos ajudar o paciente nesse lado espiritual, fazer ele abrir o coração, porque se ele não fizer isso, um cardiologista vai ter que fazer. Em Severiano, eles contrataram esses especialistas no assunto. Montaram uma equipe multidisciplinar. É um modelo pra gente seguir. Isso são as PICs no SUS! (Carlos, durante o I Seminário da Regional Sul de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, realizado em Porto Alegre, em novembro de 2012).

O argumento de que as legitimações/regulações decorrentes da PNPIC viabilizaram a emergência de experts na dimensão espiritual da saúde no SUS certamente adquire contornos mais extremados no caso dos parapsicólogos de Severiano de Almeida. Não pretendo, contudo, situá-lo como exemplo radical de manifestação dessa expertise, mas, antes disso, fazer de sua radicalidade uma amostra do que a relação entre as políticas de PICs e o par espiritualidade e saúde tem sido capaz de legitimar. No caso de Severiano de Almeida, a portaria nº 971 do Ministério da Saúde (Brasil, 2006b), que estabelece o apoio à oferta de práticas integrativas e complementares nos serviços públicos de saúde, não teve como efeito principal a introdução de terapias alternativas/complementares na UBS da cidade, ainda que a fitoterapia tenha sido instituída no município. Ao invés de aderir às práticas terapêuticas recomendadas pelas políticas de PICs, os gestores do município gaúcho valeram-se das disposições estabelecidas por essas políticas, que recomendam atenção ao sujeito em suas dimensões biopsicossocial-espirituais, para instituírem uma modalidade clínica de cuidado com a espiritualidade. A situação parece explicitar, de modo geral, a imponderabilidade de políticas públicas. Para a antropologia, particularmente, serve para reafirmar que, uma vez tornadas objetos de pesquisa, quanto mais perto chegamos do cotidiano de realização dessas políticas, mais longe no entendimento sobre as variações nos termos que as instituem podemos ir.

Reconheço que, para os gestores do SUS, as razões que legitimam a contratação dos parapsicólogos e o uso de terapias alternativas/complementares na UBS de Severiano de Almeida não são as mesmas que mobilizam a população local a aderir a esses tratamentos. Não é possível ignorar, por exemplo, a importância do fato de Celso ter sido pároco na cidade por uma década para explicar o sucesso do projeto Saúde Integrada.

Nas próximas seções deste texto passarei da análise das associações mais gerais que legitimaram a emergência de um conjunto de especialistas no par espiritualidade e saúde, para reflexões sobre a dinâmica local de aceitação das PICs e dos cuidados com a “dimensão espiritual” dos usuários na UBS de Severiano de Almeida. Trata-se de atentar para um outro nível e modo de produzir a legitimidade da relação entre espiritualidade, saúde e PICs.

Plantas que curam, energia que restabelece e Estado que recomenda

A tentativa de fortalecer a atenção básica por meio da oferta de modos alternativos de acolhida das demandas biopsicossocial-espirituais dos usuários viabilizou-se, em Severiano de Almeida, em grande medida, por meio das grupalidades. Com as atividades regulares dos grupos, dirigidos a perfis específicos de usuários, as consultas médicas diminuíram e muitos “frequentadores” da unidade de saúde passaram a ser encaminhados para esses encontros.

Os grupos foram uma revolução. Depois que começamos com eles a Dona Maria, por exemplo, que vinha a cada dois dias só para medir a pressão e para falar pro médico que estava sentindo uma fraqueza nas pernas, não apareceu mais aqui de madrugada. Ela começou a frequentar o grupo dos hipertensos. Agora ela vem ao posto toda semana, encontra outras pessoas no grupo, recebe orientações de vários tipos, tem atividades e se sente melhor. Às vezes até para de tomar o remédio da

depressão. Esse foi o caminho que tomamos. (Adriana Ansolin, secretária da Saúde, em abril de 2013).

A coordenação dos grupos também seguiu a diretriz da atenção à dimensão espiritual da saúde estabelecida inicialmente pela secretária. Como já explicitiei, Celso e Gilberto, os parapsicólogos, foram contratados para fazer atendimentos individuais, mas também para organizar as atividades desses grupos atentando para a diretriz proposta pelo projeto Saúde Integrada sobre os cuidados com a espiritualidade. Seis grupos foram criados e a resposta da população foi imediata e massiva.¹⁶⁹ Durante meu período de trabalho de campo na cidade, acompanhei reuniões e eventos de todos os grupos, mas privilegiei o de hortos e plantas medicinais tanto por conta da repercussão que tinha na Secretaria Estadual da Saúde¹⁷⁰ quanto pela integração que as atividades desse grupo tinham com os 13 hortos de plantas medicinais instalados com o apoio da UBS. Esses hortos foram implementados nas zonas rural e urbana da cidade. A responsabilidade por cada um deles foi atribuída ao bairro ou comunidade em que está localizado. Todos os meses, os severianenses engajados no projeto encontram-se na unidade para a reunião do referido grupo, quando discutem as finalidades, os modos de preparo e as possíveis combinações dos fitoterápicos e chás que usam as plantas cultivadas nos hortos como matéria-prima.¹⁷¹

¹⁶⁹ Os seis grupos instituídos são: grupo de amigos da vida (para pacientes com câncer), grupo de reaproveitamento de alimentos, grupo de estudos em álcool e drogadição, grupo de hipertensos e diabéticos, grupo de gestantes e grupo de hortos e plantas medicinais.

¹⁷⁰ Repercussão devida sobretudo ao diálogo dessa experiência com diferentes políticas de saúde. Além da PNPIC, o projeto dos hortos encontrava respaldo na Política Nacional de Humanização (por conta do tipo de engajamento da população nas atividades da UBS) e na Política Nacional de Fitoterápicos e Plantas Medicinais.

¹⁷¹ Apesar do vasto material que coletei durante o trabalho de campo sobre a experiência dos 13 hortos de Severiano de Almeida, não poderei tratar deles neste trabalho. Isso porque optei por limitar-me ao tema da espiritualidade neste capítulo.

A proposta de instalação dos hortos, bem como a de criação de um grupo específico para o tema, surgiu num dos encontros de usuários promovidos pela equipe de saúde, quando os gestores tentavam identificar as demandas mais comuns no posto para, posteriormente, estabelecê-las como eixos das grupalidades. Numa roda de conversa em que todos expunham os motivos que os fizeram procurar a UBS nos últimos meses, surgiu uma intensa troca de receitas de chás, emplastos e outras formas de usos medicinais das plantas comuns na região para resolver os problemas relatados – especialmente aqueles referidos à pressão alta, às dificuldades para dormir e aos “calorões da menopausa”. Celso, que conduzia a atividade, sabia que muitas das mulheres que compartilhavam aquelas receitas já haviam se envolvido, em algum momento, com a ativa Pastoral da Saúde da igreja matriz, que mantinha, há 30 anos, uma farmácia de fitoterápicos.¹⁷² Samuel, que também acompanhava a conversa, conhecia o estímulo dado pelas políticas federais e estaduais aos municípios que aderissem às recomendações para a valorização do conhecimento local e para a participação dos usuários na manutenção de sua própria saúde. Ambos concordaram que plantas medicinais e fitoterápicos poderiam tematizar uma das grupalidades que estavam sendo instituídas. Diferentemente das outras, essa grupalidade não estaria pautada por um quadro clínico (hipertensão, diabetes, gravidez, etc.), mas seria definida por um tópico a partir do qual diversos quadros clínicos poderiam ser tratados.

A proposta foi encaminhada para a secretária, que a endossou, mas, tendo conhecimento das exigências do Ministério da Saúde para a administração de

¹⁷² A Pastoral da Saúde da Igreja Católica foi pioneira na institucionalização do uso de fitoterápicos nos tratamentos de saúde. Assim como noutras cidades, em Severiano de Almeida, essa pastoral mantém uma farmácia de fitoterápicos contígua ao prédio da igreja local. As verbas oriundas da venda dos remédios são revertidas para a manutenção da farmácia e o excedente para a própria Igreja. Todas as vezes em que estive na cidade fui até a farmácia e, apesar de ter feito entrevistas e diários de campo dessas visitas, não poderei me deter nelas neste trabalho.

fitoterápicos, condicionou o estabelecimento do grupo de hortos e plantas medicinais à contratação de técnicos responsáveis pela segurança das indicações de uso e manipulação dos fitoterápicos. Celso, que considerava aquela grupalidade como uma possível via de atenção à espiritualidade, indicou para a função as religiosas católicas, Chica e Neusa, que haviam dado suporte à Pastoral da Saúde da igreja local no período em que o parapsicólogo atuara como pároco.

Irmã Chica é uma religiosa católica que dedicou parte de sua vida ao estabelecimento de farmácias de fitoterápicos em pastorais de todo o Brasil.¹⁷³ Neusa trabalha em parceria com Irmã Chica há 20 anos e também participou ativamente da instalação dessas farmácias em paróquias do Rio Grande do Sul e de Santa Catarina. Por conta de suas experiências de trabalho com plantas medicinais e fitoterápicos, Irmã Chica e Neusa também tinham a formação de terapeutas holísticas. Ambas foram contratadas pela Secretaria da Saúde como técnicas agrícolas e assumiram o compromisso de auxiliar nas atividades do projeto e na viabilização da construção dos hortos medicinais localizados em diferentes partes da cidade. Com o indicativo da equipe de gestão da UBS de que os serviços de atendimentos estavam aproximando-se da PNPIC, Irmã Chica e Neusa estabeleceram como modelo para os hortos o relógio do corpo humano, originalmente desenvolvido pela Emater.¹⁷⁴ Conforme esse modelo, os hortos devem ter a forma de um círculo dividido em 12 fatias. Cada um desses segmentos corresponde,

¹⁷³ A trajetória de engajamento pessoal de Irmã Chica em atividades católicas relacionadas com o uso de plantas medicinais e de fitoterápicos é extensa e atravessa movimentos institucionalizados na Igreja e outros, marginais. Se no Rio Grande do Sul a religiosa esteve a maior parte do tempo ligada à Pastoral da Saúde, no período em que morou no Amazonas ela trabalhou junto aos grupos das Bruxinhas de Deus. Fora do âmbito paroquial, Irmã Chica, recentemente foi contratada para assessorar a implementação de hortos medicinais em Severiano de Almeida e em Erechim.

¹⁷⁴ Para uma descrição do uso dessa tecnologia pela Emater, ver Velloso, Wermann e Fusiger (2005). Para uma descrição do que sejam as metodologias da Emater, ver Toniol e Steil (2015).

simultaneamente, a um intervalo de horas e a um órgão da medicina tradicional chinesa (MTC). A correspondência entre o tempo e o órgão indica o melhor momento do dia para tratar daquela dimensão do corpo. Assim, na fatia do horto relativa ao período entre as 9 e 11 horas, por exemplo, devem ser plantadas as ervas indicadas para o tratamento do baço e do pâncreas que, segundo a MTC, estariam num ápice energético nessas horas.¹⁷⁵



Horto da comunidade Linha São Roque. Foto do autor.

Além da instalação dos hortos, ambas as técnicas também eram responsáveis pelas orientações sobre os usos e modo de preparo das plantas disponíveis na região. Para essa finalidade serviam as reuniões da grupalidade que, em suas primeiras realizações, tiveram a presença massiva dos leigos da Pastoral da Saúde. Como mostrarei a seguir, a partir da descrição de uma dessas reuniões, as atividades do grupo de hortos e plantas medicinais também foram um espaço privilegiado de atenção à espiritualidade dos usuários da UBS de Severiano de Almeida.¹⁷⁶

¹⁷⁵ Em Severiano de Almeida, no entanto, as fatias nos hortos correspondem a órgãos não descritos pela medicina chinesa, como é o caso da porção do “cérebro”.

¹⁷⁶ Para uma reflexão sobre cultivo e uso de plantas medicinais, ver Almeida (2014).

Capim-santo e a espiritualidade para a saúde

Na manhã de uma sexta-feira, em junho de 2013, o amplo salão da UBS de Severiano de Almeida, inaugurado no ano anterior, recebeu mais uma reunião do grupo de hortos e plantas medicinais. Pouco antes das nove horas, em torno de 30 moradoras de diferentes partes da cidade, todas mulheres, já aguardavam o início da atividade. Algumas delas traziam consigo mudas de capim-santo, planta que seria o tema da reunião daquele dia. Outras, em pequenas rodas de conversa, mostravam as garrafas com as tinturas que haviam preparado nas semanas anteriores.

A responsabilidade na condução dos encontros das grupalidades segue um regime rotativo de convidados definidos a partir de uma escala combinada entre Adriana, Samuel e Celso. Apesar da permanente recomendação de dar mais dinâmica às reuniões dos grupos privilegiando a presença de novos palestrantes, alguns colaboradores participam dos encontros com bastante frequência. Sobretudo no caso do grupo de hortos e plantas medicinais, essa regularidade é algumas vezes necessária, já que cultivar as ervas, colhê-las e preparar as tinturas para os fitoterápicos envolve técnicas complexas e processos que podem levar semanas para serem completados. Além disso, a necessária supervisão das atividades técnicas por parte das contratadas para a manipulação dos fitoterápicos torna a presença de ambas quase invariável nas atividades – embora, eventualmente, elas tenham trabalhado com alguns convidados nesses encontros.

Na reunião daquele dia, Irmã Chica e Neusa coordenariam os trabalhos sozinhas. Quando chegaram para a reunião do grupo, todos os usuários já estavam sentados nas quatro fileiras de cadeiras voltadas para uma parede onde se projetava a apresentação sobre o capim-santo. Embora dirigida para a produção de fitoterápicos, a reunião

também é parte do Saúde Integrada e, por isso, dialoga com suas diretrizes, tal como aquela que sublinha a necessidade de “acolher as demandas biopsicossocial-espirituais negligenciadas durante os atendimentos clínicos”. Tendo isso em vista, a equipe da Secretaria da Saúde estabeleceu um roteiro, ainda que não rígido, para as reuniões dos grupos. Conforme relatou Samuel, os encontros deveriam começar com um “momento de escuta e de sensibilização do usuário para questões relativas à mente e à alma”; na sequência, os palestrantes abordariam o tópico específico do encontro e depois, no encerramento, o tema das próximas reuniões seria apresentado e uma “nova sensibilização espiritual” deveria acontecer.

Seguindo a dinâmica prevista, Irmã Chica e Neusa começaram aquela reunião pedindo para que todos deixassem de lado as plantas e tinturas que traziam, para “desfrutar de um momento de interiorização”. Para isso, usariam um óleo da medicina ayurvédica, que circulava em dois frascos entre os presentes e que, espalhado nas mãos, ajudaria a “descarregar as más energias e a fazer as boas aflorarem”. Um forte cheiro de lavanda tomou conta do ambiente e intensificava-se ainda mais cada vez que Irmã Chica pedia para que esfregássemos o óleo noutras partes do corpo.

Sabem por que estamos fazendo isso? Para equilibrar a nossa energia. A mão direita é o yang, é a positividade, a mão do trabalho, a mão que faz força, que cozinha e que planta. A mão esquerda é o yin, que é a mão que cura, que faz o carinho, que transmite emoção. Nós precisamos equilibrar isso. Então, agora esfreguem bem e depois coloquem a mão no lugar onde vocês acham que precisam mais. Na cabeça para quem tem pensamentos ruins, na barriga para a dor no estômago, na perna que dói... Agora empurrem essas coisas ruins pra baixo, pra terra, bem forte. (Irmã Chica, em junho de 2013).

Irmã Chica repetiu as mesmas instruções outras duas vezes. Em cada uma delas seguiu-se uma longa pausa, quando a religiosa pediu para visualizarmos os “pensamentos ruins do dia a dia indo embora”. O silêncio absoluto da sala denunciava

os suspiros de alívio de algumas pessoas depois de empurrarem os maus pensamentos para fora do corpo e também fazia audível o murmúrio que vinha das cadeiras mais ao fundo. Depois de escutá-los por alguns minutos não tive dúvidas, pelo menos duas mulheres estavam chorando. Neusa também percebeu e, pelo modo como reagiu, imaginei que a situação não era incomum. Rompendo o silêncio, Neusa atravessou a sala, pediu para que as mulheres sentassem e, impondo as mãos sobre os chacras delas, aplicou reiki. Os que continuaram de pé, limpando e renovando as energias, permaneceram assim até Neusa voltar para a frente do salão. Com uma voz impostada, Irmã Chica voltou a se dirigir a todos para sugerir que aproveitássemos aquele momento de energização para “aliviar as tensões cotidianas e fortalecer a mente”. Entre uma recomendação e outra sobre como poderíamos manter aquele estado energético utilizando técnicas de automassagem de tuiná,¹⁷⁷ a religiosa introduziu as explicações sobre os benefícios do capim-santo para a saúde.

Eu aposto que esse aqui [o capim-santo] todo mundo tem em casa. Esse aqui é importante ter nos hortos, gente. E pra que serve? Essa planta é poderosíssima e tem dois benefícios: é boa pra depressão e elimina a gordura do fígado. Se você está com o colesterol alto e o médico prescreve sinvastatina você vai diminuir o colesterol, mas toda a gordura vai se depositar no fígado. E isso aí desencadeia uma complicação muito grande. E o capim-santo elimina essa gordura do fígado. Já está provado isso. E também é bom pra depressão. Se você toma um chá dá uma tranquilidade muito grande. (Irmã Chica, em junho de 2013).

¹⁷⁷ Tuiná é uma técnica de massagem tributária da medicina tradicional chinesa. Sua popularização está relacionada, entre outras razões, pela possibilidade de autoaplicações.

A manipulação da planta durante seu cultivo, assim como o modo de preparo do chá, foram os temas dominantes no restante daquela reunião.¹⁷⁸ Antes de terminar a atividade, Irmã Chica, que também coordenaria o encontro seguinte, anunciou que para as próximas semanas a proposta era de que o grupo produzisse “olina”.¹⁷⁹

“Agora”, disse a religiosa, “como nós sempre fazemos, vamos para o nosso momento de espiritualidade”. Os frascos com o óleo medicinal ayurvédico circularam novamente entre os que estavam na sala. Prontamente, todos pingamos pequenas quantidades nas mãos e começamos a esfregá-las. Dessa vez, no entanto, prevenia Irmã Chica, o objetivo não era nos energizarmos, mas enviarmos boas energias para quem quiséssemos. Em silêncio, cada um de nós deveria mentalizar o local ou a pessoa que iria receber a energia e apontar para a sua direção com as palmas das mãos, erguidas a meia altura. Uma vez terminadas as intenções individuais, Irmã Chica sugeriu que, juntos, dirigíssemos as energias que estávamos emanando para Secretaria da Saúde do município de Severiano de Almeida. E, como ela indicou, para que nos uníssemos em um mesmo tipo de energia, deveríamos pensar em feixes de luz azul que saíam de nossas mãos e iam até a sala da secretária, que ficava no piso superior do prédio onde estávamos. “Vamos pensar no azul, no manto de Maria cobrindo toda a equipe da secretaria. Vamos com aquele canto ‘dai-nos a bênção’ [então, todas começaram a cantar: ‘Dai-nos a bênção / Ó mãe querida/ Nossa Senhora Aparecida’].”

¹⁷⁸ Tendo em vista os fins deste capítulo não poderei me deter nos momentos de instruções técnicas das reuniões que acompanhei. Muito embora as descrever poderia servir para indicar como esse processo de institucionalização das terapias alternativas/complementares, do mesmo modo que reconhece alguns saberes, também os regula. Nas reuniões do grupo de hortos e plantas medicinais, por exemplo, parte do trabalho dos coordenadores é o de adequar a forma usual de manejo das plantas medicinais por parte dos severianenses às exigências da Anvisa para a produção de matéria-prima para os fitoterápicos.

¹⁷⁹ Olina é o nome comercial de um extrato de raízes e folhas utilizado, normalmente, para problemas digestivos.

Essa não foi a única reunião de que participei na UBS em que foram entoados cânticos católicos. Noutras ocasiões o coro repetiu breves estrofes e refrães conhecidos da maioria dos usuários. Numa dessas situações, Celso estava presente e, sabendo de meus interesses de pesquisa, afirmou que esse “momento final de espiritualidade” nos encontros dos grupos cumpria uma dupla função. Primeiro era uma das razões pelas quais a população se sentia “atraída pelas atividades”. Além do apelo católico e do fato de Irmã Chica e Neusa serem conhecidas e estimadas nas paróquias da região pelo trabalho que fizeram junto à Pastoral da Saúde, as instruções para a limpeza e distribuição de boas energias também seriam, para Celso, fatores de adesão. Dizia o parapsicólogo: “O povo não vem ao posto para ter uma ‘aula de plantas’, eles querem sentir que algo foi feito e a orientação para equilíbrio da energia faz isso”. A segunda função desse formato do encontro, sobretudo na sua última parte, seria a de reproduzir coletivamente, com os cantos religiosos, o padrão das práticas que o próprio Celso indica em seus atendimentos individuais dirigidos à espiritualidade: repetição e concentração. Por isso, em suas palavras, “esses encontros também dialogam com a diretriz [de atenção à espiritualidade] do nosso projeto. Tem coisas que acontecem que são espontâneas, mas o formato foi pensado nesse sentido, para atender a essa necessidade espiritual.”

Numa das reuniões, também coordenadas por Irmã Chica e Neusa, ao final da atividade, justamente após outro canto católico ter sido recitado, Samuel entrou no salão seguido por Resende, diretor da Coordenadoria Regional de Saúde que fazia uma visita técnica ao município. Reconhecendo o diretor, as terapeutas convidaram-no para que encerrasse a reunião.

Eu tenho que parabenizar todos vocês pelo trabalho. Vejo isso e penso que enquanto coordenaria regional é isso o que a gente tem que embutir na cabeça dos

gestores. Para nós podermos fazer saúde de fato. Mas não é fácil. Infelizmente o nosso dia a dia é da ficha da consulta, do exame, da cirurgia e às vezes não tem como escapar disso mesmo. Mas se os gestores só dependerem disso não tem dinheiro que chegue. Sem falar que aí você vai deixar as pessoas adoecerem para só depois cuidar, só vai cuidar dos doentes. Nós temos que incentivar a meditação, usar as terapias que nós temos disponíveis e que estão comprovadas. Isso é o mínimo que um gestor pode fazer. Ontem eu fui num encontro em Santana do Livramento¹⁸⁰ sobre educação permanente em saúde e na minha apresentação falei das pesquisas que mostram que as pessoas mais espiritualizadas têm 42% menos chances de enfartar. Isso aí é um potencial pra nós explorarmos na saúde e que a Secretaria Estadual está insistindo com a gente. E não está distante. Lá em Livramento eu dei o exemplo de vocês [de Severiano de Almeida], que estão fazendo esse cuidado com essa parte espiritual e os resultados já estão aparecendo (Eduardo Resende, diretor da Coordenadoria Regional de Saúde, em junho de 2013).

Quanto mais tempo eu permanecia em Severiano de Almeida e acompanhava as atividades relacionadas com a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, mais eu me deparava com modalidades de associação entre saúde e espiritualidade: na diretriz do projeto Saúde Integrada, na contratação dos parapsicólogos como especialistas, nos “momentos de espiritualidade” nas reuniões das grupidades, na defesa dos cuidados com a espiritualidade feita pelo secretário-adjunto estadual da Saúde e na fala do diretor da Coordenadoria Regional que endossava a ideia de que tratar a espiritualidade é uma ação de cuidado primário. O tema, antes abjeto e cuja menção era capaz de estabelecer o limite entre o olhar clínico que descortina o organismo real e a crença de quem irresponsavelmente mistura o físico e o metafísico, adquiriu outro estatuto na medida em que a sentença *espiritualidade é saúde* passou a gozar, quando não da concordância, ao menos, da legitimidade do debate.

A insistente reiteração da importância do tópico espiritualidade nos diferentes hospitais, ambulatórios e clínicas em que realizei trabalho de campo, por um lado, serve para torná-lo um eixo transversal aos capítulos da segunda parte deste trabalho, mas, por

¹⁸⁰ Santana do Livramento é uma cidade gaúcha que fica a aproximadamente 500 quilômetros de Porto Alegre.

outro, não deve ocultar as variações em suas formas de uso e ainda em seus modos de articulação com outra categoria aqui privilegiada, a religião. Os contrastes entre os modos de articulação dessas categorias no caso do GHC e em Severiano de Almeida, como já explicitarei, parecem ser argumentos etnográficos potentes contra qualquer ideia da espiritualidade como algo estável e unívoco. Nesse sentido, sobre a literatura dedicada à espiritualidade, reconheço o significativo valor da contribuição de autores como Catherine Albanese (2006) e Courtney Bender (2010), que têm oferecido aportes importantes para a construção de uma genealogia do conceito. Identifico os riscos que a consideração exclusiva da genealogia do termo pode significar para pesquisadores interessados em seus usos contemporâneos em instituições de saúde, por exemplo, na medida em que tais análises podem imputar a ilusão de uma linearidade na trajetória do conceito, assentando-o num único modo de existência.

Concordo com o antropólogo holandês Peter Van der Veer (2013) quando ele argumenta que, embora possamos reconhecer raízes históricas profundas do termo no misticismo, no gnosticismo, no hermetismo e numa ampla gama de tradições da Antiguidade, a espiritualidade moderna é, de fato, uma categoria tributária da modernidade ocidental. A partir dessa consideração ainda afirma:

Definir espiritualidade é uma tarefa notoriamente difícil. Eu quero sugerir que o termo, como algo vagamente oposto à materialidade, alheio ao corpo e distinto tanto do religioso como do secular, tem se convertido num conceito capaz de conectar muitas tradições discursivas. Meu argumento é que o “espiritual” e o “secular” foram produzidos simultaneamente como duas alternativas conectadas à religião institucionalizada na modernidade euro-americana. (Veer, 2013, p. 36).

Se subscrevo essa observação, entretanto, é apenas para tomá-la como uma espécie de ponto de partida heurístico a partir do qual a etnografia pode tecer matizes os quais são capazes, inclusive, de contradizê-la, demonstrando, por exemplo, a existência de

modos variados de configurar as relações entre religião e espiritualidade, e não só aquele em que a segunda se constitui em oposição à primeira. Em Severiano de Almeida, a atenção à espiritualidade das pessoas, justificada a partir daquilo que as políticas de PICs instituem, passa por práticas e por autoridades religiosas locais que, quando incorporadas na rotina de trabalho do Sistema Único de Saúde (SUS), assumem a posição de especialistas na dimensão espiritual da saúde. Como afirmei, a emergência de tal expertise não está restrita ao caso da cidade gaúcha, mas trata-se de uma possibilidade singularmente beneficiada pelas disposições das políticas de PICs sobre o tema da espiritualidade.

Neste capítulo, assim como no anterior, procurei descrever justamente as variações nos modos de mobilizar a categoria espiritualidade a partir da etnografia de serviços de saúde que apelam às legitimações e diretrizes estabelecidas pelas políticas de PICs. Para empreender essa narrativa, como havia enunciado anteriormente, mais importante do que definir espiritualidade foi investir na descrição e análise do emprego do termo e de como suas diferenciações tornam algumas práticas e engajamentos mais ou menos possíveis. Reconheço, assim, que o que está em jogo na segunda parte desta tese não é assimilar o recorrente uso da categoria espiritualidade a uma chave analítica específica, que estabeleça seus contornos e suas características tornando-a parte de um princípio ontológico que a transcende. Essa posição, conforme sugeri, seria a resultante caso submetesse as reflexões sobre a espiritualidade à linguagem analítica da Nova Era. Alternativamente, privilegio a categoria em suas variações, fazendo da tarefa de descrever “como?”, “em que termos?”, e “em quais configurações?” num princípio analítico.

Conclusão

Iniciei esta tese enunciando meu interesse em pesquisar a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). Esse também foi o mote que me mobilizou nas primeiras incursões por hospitais, ambulatórios, Unidades Básicas de Saúde e instâncias de gestão do SUS no Rio Grande do Sul. Quanto mais me engajava no cotidiano desses espaços, mais eu me deparava com efeitos e modos de realização da PNPIC não previstos por seus formuladores. Durante a pesquisa, encontrei mais terapias alternativas/complementares do que práticas integrativas e complementares (PICs) no SUS. Algumas dessas práticas eram realizadas por terapeutas que, contratados como enfermeiros, técnicos e médicos, procediam a sessões de reiki e mesmo de acupuntura sem o consentimento formal dos gestores das unidades de saúde. Com o trabalho de campo, reconheci que não somente o uso de terapias alternativas/complementares no SUS não podia ser contido pelas políticas de PICs, como também que as próprias PICs extrapolavam os limites de suas políticas.

A constatação quase trivial de que na rotina dos serviços de saúde aquela política pública adquire repercussões possivelmente diferentes das imaginadas por seus formuladores, ganha ainda mais densidade com a etnografia do cotidiano de trabalho dos agentes estatais encarregados de criar a versão estadual da PNPIC. Foi isso o que mostrei ao explicitar como o próprio texto da Política Estadual de PICs ultrapassou o sentido de alguns dos princípios basilares da PNPIC. A inexorabilidade da promoção de terapias pautadas pelo holismo, por exemplo, foi relativizada no Rio Grande do Sul e, assim, a dietoterapia foi alçada à categoria de prática integrativa e complementar. Ou terá sido a própria noção de holismo, nessa política, ampliada quando a dietoterapia tornou-se uma PIC?

O caráter plural da política, anunciada como singular e coesa, também estava expresso em seus próprios termos. Não somente quando estes eram mobilizados pelos atores implicados na “realização prática” da PNPIC, mas também no texto da política. Tal como fica explícito no caso da categoria “integrativo”, cujos sentidos, conforme demonstrado no Capítulo 1, parecem oscilar entre: a afirmação do princípio da *integralidade* do SUS, a possibilidade de que saberes tradicionais e científicos sejam *integrados* num modelo harmônico de relação, e a ênfase no modo de atendimento *holístico* dispensado aos sujeitos tratados pelas PICs.

Se a *invenção das PICs* ocorreu de forma contundente na Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul durante a elaboração da Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares, como descrevi no Capítulo 2, ela também se realizou noutros espaços apresentados neste trabalho. Foi de um processo de invenção que tratei, por exemplo, quando descrevi a contratação de parapsicólogos pelos gestores de Severiano de Almeida. Naquela cidade, mesmo sem o apoio direto do Ministério ou da Secretaria da Saúde, a parapsicologia foi convertida em PIC. E isso não é tudo. Em

Severiano de Almeida, nos termos dos gestores que operaram essa conversão, a parapsicologia estabeleceu-se como uma “prática integrativa e complementar especializada em espiritualidade”. Seria essa uma nova dimensão para a noção de integralidade? Estaríamos diante de uma integralidade ou de um holismo parcial?

O argumento que afirma o caráter múltiplo do modo de crescimento dessa política e do engajamento dos gestores, terapeutas, médicos e pacientes, está enunciado em algumas partes desta tese e está refletido em sua própria estrutura narrativa. Com a organização dos capítulos, não pretendi estabelecer um conjunto de exemplos médios que melhor expressassem a realização das políticas de PICs. Optei, alternativamente, por apresentar situações em que os serviços de atendimento com essas práticas terapêuticas no SUS fossem diversos e, por isso, quando encadeados, não constituíssem uma totalidade acabada, ainda que ficcional, mas servissem justamente para descrever aquela política de saúde como um processo sempre parcial e imponderável.

A observação anterior remete-nos à qualidade da associação dos capítulos aqui apresentados, isto é, aquilo que os conecta. Reconheço, inicialmente, que essa associação é resultado de meu próprio esforço analítico e que não existe fora dele. A sentença é elementar, mas necessária para afirmar que este trabalho não simplesmente descreve realidades sociais, mas, sobretudo, as cria. E é por isso, acompanhando os comentários de John Law (2004, p. 1), que etnografias são atos políticos. Afinal, o que está sempre em jogo é saber quais realidades sociais queremos criar.

Os dois eixos narrativos que procurei estabelecer como pontos de convergência dos capítulos apresentados também operam como dispositivos articuladores deste trabalho. O primeiro eixo diz respeito à ideia de *invenção das PICs*. A partir dele procurei demonstrar como os termos da política, os gestores públicos, os médicos e terapeutas trabalham para criar e estabelecer as práticas integrativas e complementares no SUS.

Além das formas de inventar as PICs que descrevi ao longo deste trabalho, é preciso reafirmar, aproveitando a sentença de John Law anteriormente mencionada, que, ao associá-las textualmente também as invento. Daí a dupla pertinência do termo que provocativamente sobrepõe a “invenção” que procuro descrever ao próprio ato de descrição.

O segundo eixo desta tese é relativo à categoria espiritualidade, que articula propriamente os Capítulos 4 e 5, mas que também está presente no Capítulo 2. É preciso dizer que, ao privilegiar o termo, procurei escapar da antinomia que obriga a opção entre considerá-lo como categoria analítica ou enquanto objeto de análise. Em contrapartida, apostei numa analítica que faz das reflexões sobre seus diferentes usos o ponto de partida para explorar novas perspectivas sobre velhas questões, tal como a relação entre espiritualidade e religião. Ao proceder desse modo, espero ter contribuído, primeiro, para inserir matizes na perspectiva que assume a espiritualidade como extensão metonímica da religião, cuja expressão negativa se estabeleceu na famosa fórmula “spiritual but not religious”.¹⁸¹ E, segundo, para afirmar a potência analítica daquilo que chamei de “política da espiritualidade”, que se precipita não como conceito, mas como uma recomendação metodológica que prevê atenção aos usos da categoria espiritualidade situacionalmente, a partir das configurações de poder e de conhecimentos com as quais ela se articula cada vez que é enunciada.

Investindo na descrição do modo pelo qual a categoria espiritualidade mobiliza atores, discursos e instituições, explicitarei suas variadas associações com a religião. No caso do reiki no Hospital Conceição, apresentei essas variações acompanhando oscilações nas perspectivas dos atores implicados na sua oferta. Isto é, descrevi como

¹⁸¹ Mantenho a expressão em inglês para dar visibilidade à forma a partir da qual ela se popularizou na literatura das ciências sociais da religião (ver Fuller, 2001).

essas categorias associavam-se de modo distinto para o médico diretor da oncologia, para os terapeutas, para os enfermeiros e para os pacientes. Ao mesmo tempo, demonstrei como ocorreram algumas mudanças nas perspectivas desses sujeitos sobre o sentido da ideia de espiritualidade. Esse foi o caso dos usuários que passaram a recusar o reiki quando a estética do procedimento terapêutico foi modificada – o que visibilizou a espiritualidade como concorrente da religião. A posição do médico diretor da oncologia sobre o reiki também oscilou; primeiro, ele recusava a terapêutica justamente por sua heterodoxia, mas, em seguida, diante da “religião perigosa” que poderia desvirtuar o tratamento, decidiu incorporá-la como uma forma de “cuidado espiritual” dedicado aos pacientes, rotinizada no hospital e capaz de operar como uma espécie de antídoto à religião que desvirtua. Melhor do que descrever a posição do médico como um processo de mudança, que passou da recusa da espiritualidade ao seu aceite, talvez seja tratá-la nos termos batesonianos de duplo vínculo, afirmando que, para ele, apelar à espiritualidade foi a forma de escapar da contradição que impunha o interesse dos pacientes pela religião e, ao mesmo tempo, o risco que essa (a religião) oferecia ao tratamento.¹⁸²

Quero ainda destacar outros eixos que, embora não tenham sido enunciados como articuladores dos capítulos desta tese, também poderiam sê-lo. O primeiro diz respeito às constantes referências à ciência por parte de meus interlocutores. Como demonstrei, foram distintas as ciências referidas: no Capítulo 1, a sociologia, a partir do conceito de racionalidades médicas; no Capítulo 2, a produção das ciências médicas e a da física quântica foram explicitamente enunciadas; no Capítulo 3, o debate sobre a legitimidade

¹⁸² Concordo com Marcio Goldman (2013) quando sugere que o “que Bateson ensinou [foi que] o duplo vínculo só conduz à esquizofrenia se não formos capazes de saltar do nível em que a contradição é insuperável para outro em que ela não apenas pode ser superada como se torna produtiva”.

científica das PICs foi central; nos Capítulos 4 e 5 as referências às pesquisas médicas sobre espiritualidade ocorreram novamente, e, neste último, essas ainda se sobrepuseram à menção da parapsicologia como ciência. Além de todas essas menções, poderia ainda acrescentar muitas situações em que terapeutas que atuavam em unidades de saúde responderam positivamente ao meu interesse de pesquisa afirmando, tal como fez a coordenadora do Ambulatório de Terapias Naturais e Complementares da Vila 1º de Maio: “Acho ótimo que você esteja aqui, assim a gente pode comprovar que isso aqui também é ciência.”

Durante o trabalho de campo, além de observar variações no “tipo de ciência” referida por parte dos sujeitos com quem fiz a pesquisa, também me deparei com usos variados dos enunciados científicos: ora eles serviram para afirmar a relevância das PICs, conferindo legitimidade à sua oferta no SUS, ora operaram como fundamento para argumentos contrários a elas, mobilizado para denunciar a falta de cientificidade dessas práticas terapêuticas. O capítulo sobre o uso de procedimentos com agulhas no Centro de Saúde Modelo oferece ainda uma outra dimensão importante para essa discussão. A partir das disputas entre a acupuntura procedida conforme os preceitos da medicina tradicional chinesa e as técnicas de neuromodulação, explicito como, naquele caso, o ato “clandestino” e irrastrável para os gestores do SUS é o exercício do procedimento biomédico (a neuromodulação), e não a oferta da medicina tradicional chinesa. Provocativamente, esse caso, que explicita a instabilidade da relação entre PICs e biomedicina, permite-nos perguntar se não seria a neuromodulação, pautada pela ciência biomédica, a *terapia alternativa*, no sentido de não oficial, e a medicina tradicional chinesa, a prática hegemônica.

Outro eixo que poderia igualmente ser articulador dos capítulos aqui apresentados está relacionado com a ideia das “performances que instituem” (*enact*), descrita por

Annemarie Mol (2002), e apresentada no Capítulo 3. Minha sugestão é de que, variando na escala da análise e da apropriação do conceito, poderíamos reconhecer que, assim como a medicina tradicional chinesa realiza-se na medida em que ela é performada cotidianamente no Ambulatório da Dor, esses procedimentos também trabalham para instituir, na rotina dos serviços de saúde do SUS, as políticas de PICs.

Essa extensão da ideia de *enact* permite-nos sublinhar que uma política pública não se efetiva no ato de seu decreto, mas sim na sua realização cotidiana.¹⁸³ Por isso, se, em alguns momentos desta tese traduzi precariamente *enact* por “performance que institui”,¹⁸⁴ aqui, para levar a cabo essa ideia dos procedimentos rotineiros das PICs como instituidores dessas políticas, o melhor talvez seja optar por manter a categoria em inglês. Isso porque, na etimologia anglófona, *enact* refere-se ao ato de *promulgação* de uma lei ou norma. E, nesse caso, ao reconhecermos a rotina dos atendimentos em PICs como *enacting*, estaríamos concebendo aquilo que procurei explicitar etnograficamente ao longo de todo este trabalho: a “promulgação” das políticas de PICs e a definição do que é uma PIC constituem processos que extrapolam os textos dessas políticas, uma vez que eles ocorrem o tempo todo nas instâncias estatais, mas também nos ambulatórios, hospitais e unidades de saúde do SUS. Na etnografia, esses processos só podem ser enfatizados enquanto tais se insistirmos que a capacidade de *enacting* está distribuída entre diversos agentes implicados com a oferta e com o uso das PICs.

Nesta tese, retomei questões que já haviam sido colocadas por outros pesquisadores igualmente interessados em terapias alternativas/complementares. A especificidade das situações aqui descritas, no entanto, permitiu que alguns desses debates, parte deles

¹⁸³ Ressalto que, como mostrei no Capítulo 2, o ato do decreto da política pública também é parte de sua realização cotidiana.

¹⁸⁴ E assim o fiz acompanhando a tradução para o português brasileiro de outros textos de Annemarie Mol.

assinalados nesta Conclusão, fossem estabelecidos noutros enquadramentos. O esforço aqui empenhado foi etnográfico – afinal, estamos metidos no negócio da descrição – e o resultado, se bem-sucedido, parafraseando Marilyn Strathern (2006), poderá contribuir sobretudo para a criação de condições para que novos pensamentos nos mobilizem.

Referências

ALBANESE, Catherine L. *A republic of mind and spirit: a cultural history of American metaphysical religion*. New Haven: Yale University Press, 2006.

ALMEIDA, Juliano Florczak. *Bom jardim dos santos: trazendo as plantas de volta à vida (fluxo de materiais e religiosidades populares em Guarani das Missões, RS)*. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social)–Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

AMARAL, Leila. *Carnaval da alma: comunidade, essência e sincretismo na nova era*. Petrópolis: Vozes, 2000.

AMMERMAN, Nancy. *Spiritual but not religious?: beyond binary choices in the study of religion*. 2011. Mimeografado.

ARAÚJO, Melvina Afra Mendes de. *Das ervas medicinais à fitoterapia*. Cotia: Ateliê Editorial, 2002.

ASAD, Talal. *Genealogies of religion: discipline and reasons of power in Christianity and Islam*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1993.

_____. Reading a modern classic: W. C. Smith's *The Meaning and End of Religion*. *History of Religions*, v. 40, n. 3, p. 205-222, 2001.

_____. Interview (by Nermeen Shaikh). *Asian Source*, 2002.

_____. A construção da religião como uma categoria antropológica. *Cadernos de Campo*, n. 19, p. 263-284, 2010.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE REIKI. *Reiki: uma completa e precisa técnica para se chegar à iluminação*. 2000. Disponível em: <<http://www.ab-reiki.com.br/reiki.htm>>. Acesso em: 4 maio 2015.

AURELIANO, Waleska. *Espiritualidade, saúde e as artes de cura no contemporâneo: indefinição de margens e busca de fronteiras em um centro terapêutico espírita no sul do Brasil*. Tese (Doutorado em Antropologia Social)–Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

AYRES, José Ricardo. Prefácio à 8ª edição. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, 2006. p. 11-14.

BAER, Hans A. *Toward an integrative medicine: merging alternative therapies with biomedicine*. Walnut Creek: Altamira, 2004.

BARCAN, Ruth. *Complementary and alternative medicine: bodies, therapies, senses*. New York: Berg, 2011.

BARROS, Nelson Felice. *Medicina complementar: uma reflexão sobre o outro lado da prática médica*. São Paulo: Annablume: Fapesp, 2000.

BASSETTE, Fernanda. Busca por acupuntura no SUS cresce 429% em 5 anos. *Estadão*, 24 dez. 2012. Disponível em: <<http://www.estadao.com.br/noticias/geral,busca-por-acupuntura-no-sus-cresce-429-em-5-anos,977318>>. Acesso em: 28 jan. 2013.

BATESON, Gregory. *Steps to an ecology of mind: collected essays in anthropology, psychiatry, evolution, and epistemology*. Chicago: University of Chicago Press, 1972.

BELL, Virginia; TROXEL, David. Spirituality and the person with dementia – a view from the field. *Alzheimer's Care Today*, v. 2, n. 2, p. 31-45, 2001.

BENDER, Courtney. *Religion and spirituality: history, discourse, measurement*. SSRC Web Forum, 2007.

_____. *The new metaphysicals: spirituality and the American religious imagination*. Chicago: University of Chicago Press, 2010.

BENDER, Courtney; McROBERTS, Omar. *Mapping a field: why and how to study spirituality*. New York: Social Science Research Council, Working Group on Spirituality, Political Engagement, and Public Life, 2012.

BENNETT, Jane. *Vibrant matter: a political ecology of things*. Durham: Duke University Press, 2010.

BERNTSON, Gary G., et al. Cardiac autonomic balance versus cardiac regulatory capacity. *Psychophysiology*, v. 45, n. 4, p. 643-652, 2008.

BONET, Octavio. *Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

BRADY, Marianne J. et al. A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology. *Psycho-oncology*, v. 8, n. 5, p. 417-428, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. *8ª Conferência Nacional de Saúde: relatório final*. Brasília, 1986. Disponível em: <goo.gl/F6DqZ5>. Acesso em: 1 fev. 2014.

BRASIL. Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação. Resolução Ciplan nº 4, de 08 de março de 1988. *Diário Oficial da União*, Brasília, 11 mar. 1988a. Seção 1, p. 3996-3997.

BRASIL. Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação. Resolução Ciplan nº 5, de 08 de março de 1988. *Diário Oficial da União*, Brasília, 11 mar. 1988b. Seção 1, p. 3997-3998.

BRASIL. Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação. Resolução Ciplan nº 6, de 08 de março de 1988. *Diário Oficial da União*, Brasília, 11 mar. 1988c. Seção 1, p. 3998.

BRASIL. Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação. Resolução Ciplan nº 7, de 08 de março de 1988. *Diário Oficial da União*, Brasília, 11 mar. 1988d. Seção 1, p. 3998-3999.

BRASIL. Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação. Resolução Ciplan nº 8, de 08 de março de 1988. *Diário Oficial da União*, Brasília, 11 mar. 1988e. Seção 1, p. 3999-4000.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e da outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 20 set. 1990. Seção 1, p. 18055-18059.

BRASIL. Ministério da Saúde. *10ª Conferência Nacional de Saúde: relatório final*. Brasília, 1998. Disponível em: <<http://goo.gl/PgyKcm>>. Acesso em: 12 fev. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.230, de 14 de outubro de 1999*. Brasília, 1999. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1999/prt1230_14_10_1999.html>. Acesso em: 2 mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. *I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária*. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. *11ª Conferência Nacional de Saúde: relatório final*. Brasília, 2002. Disponível em: <<http://goo.gl/IKqHbh>>. Acesso em: 12 fev. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. *I Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica*. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. *2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde*. Brasília, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília, 2004b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf>. Acesso em: 1 fev. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares*: PMNPC: resumo executivo. Brasília, 2005. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ResumoExecutivoMedNatPratComp11402052.pdf>>. Acesso em: 1 fev. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde*. Brasília, 2006a Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>>. Acesso em: 1 fev. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006*. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Brasília, 2006b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html>. Acesso em: 1 fev. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Relatório do 1º Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde – PNPIC*. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica*. Brasília, 2012. (Cadernos de Atenção Básica n. 31). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/miolo_CAP_31.pdf>. Acesso em: 1 fev. 2014.

BREWER-SMYTH, Kathleen; KOENIG, Harold G. Could spirituality and religion promote stress resilience in survivors of childhood trauma?. *Issues in Mental Health Nursing*, v. 35, n. 4, p. 251-256, 2014.

CADGE, Wendy. *Paging god: religion in the halls of medicine*. Chicago: University of Chicago Press, 2013.

CALLON, Michel.; LAW, John. On interests and their transformation: enrolment and counter-enrolment. *Social Studies of Science*, v. 12, n. 4, p. 615-625, 1982.

CAMARGO, Kenneth Rochel de. Um ensaio sobre a (in)definição de integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ: Abrasco, 2003. p. 35-43.

CAMPOS, Nancy. Espiritualidade e coração. *Abílio Diniz*, 8 nov. 2013. Disponível em: <<http://abiliodiniz.uol.com.br/qualidade-de-vida/espiritualidade-e-coracao.htm>>. Acesso em: 4 jan. 2014.

CAMURÇA, Marcelo Ayres. Religiosidades científicas hoje: entre o secular e o religioso. In: CRUZ, Eduardo R. da (Org.). *Teologia e ciências naturais: teologia da criação, ciência e tecnologia em diálogo*. São Paulo: Paulinas, 2011. p. 18-31.

CARDIOLOGISTAS começam a estudar efeito da espiritualidade sobre o coração. *SaúdeBusiness*, 30 abr. 2013. Disponível em: <<http://saudebusiness.com/noticias/cardiologistas-comecam-a-estudar-efeito-da-espiritualidade-sobre-o-coracao/>>. Acesso em: 4 jan. 2014.

CAROZZI, María Julia (Org.). *A Nova Era no Mercosul*. Petrópolis: Vozes, 1999.

CARVALHO, Isabel Cristina de Moura; TONIOL, Rodrigo. Ambientalização, cultura e educação: diálogos, traduções e inteligibilidades possíveis desde um estudo antropológico da educação ambiental. *Revista Eletrônica do Mestrado em Educação Ambiental*, p. 1-12, 2010.

CLARKE, Adele E. et al. Biomedicalization: technoscientific transformations of health, illness, and US biomedicine. *American Sociological Review*, v. 68, n. 2, p. 161-194, 2003.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *Ata da centésima sexagésima reunião ordinária do Conselho Nacional de Saúde*. 2005. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/atas/2005/Ata160.doc>>. Acesso em 14 jan. 2014.

CONY, Jussara (Coord.). *Fórum pela Vida: projeto Plantas Vivas*. Porto Alegre: Assembléia Legislativa/RS, 2001.

CORTES, Soraya Maria Vargas. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. *Sociologias*, n. 7, p. 18-48, 2002.

COUTO, Cláudio. *Eficácia da estimulação intramuscular (EIM) no tratamento da dor miofascial crônica*. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas)–Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

CRANDON-MALAMUD, Libbet. *From the fat of our souls: social change, political process, and medical pluralism in Bolivia*. Berkeley: University of California Press, 1991.

CZERMAINSKI, Silvia Beatriz Costa. *A política nacional de plantas medicinais e fitoterápicos: um estudo a partir da análise de políticas públicas*. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas)–Faculdade de Farmácia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

D'ANDREA, Anthony A. F. *O self perfeito e a nova era: individualismo e reflexividade em religiosidades pós-tradicionais*. São Paulo: Loyola, 2000.

DE LAET, Marianne; MOL, Annemarie. The Zimbabwe bush pump: mechanics of a fluid technology. *Social Studies of Science*, v. 30, n. 2, p. 225-263, 2000.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia: vol. 4*. São Paulo: Editora 34, 2002.

_____. *O que é a filosofia?*. São Paulo: Editora 34, 2007.

DUMIT, Joseph. Writing the implosion: teaching the world one thing at a time. *Cultural Anthropology*, vl. 29, n. 2, p. 344-362, 2014.

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA. *Quem somos*. [s.d.]. Disponível em: <<http://www.escoladesaudepublica.rs.gov.br/conteudo/1729/->>. Acesso em: 7 maio 2014.

FADLON, Judith. *Negotiating the holistic turn: the domestication of alternative medicine*. New York: State University of New York Press, 2005.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. *Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1998.

FINGESTEN, Peter. Spirituality, mysticism and non-objective art. *Art Journal*, v. 21, n. 1, p. 2-6, 1961.

FOUCAULT, Michel. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1987.

_____. *A verdade e as formas jurídicas*. Rio de Janeiro: Nau, 1996.

_____. *Ditos e escritos*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

FRENTE HOLÍSTICA. *Objetivos da Frente Holística*. 2013. Disponível em: <<https://frenteholistica.wordpress.com/conheca/objetivos-da-frente-holistica/>>. Acesso em: 17 maio 2013.

FULLER, Robert C. *Spiritual, but not religious: understanding unchurched America*. Oxford: Oxford University Press, 2001.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *Oitava Conferência Nacional de Saúde*. 2007. Biblioteca Virtual Sergio Arouca. Disponível em: <[>](http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista06.html). Acesso em: 1 fev. 2014.

GARSSEN, Bert; UWLAND-SIKKEMA, Noline F.; VISSER, Anja. How spirituality helps cancer patients with the adjustment to their disease. *Journal of Religion and Health*, v. 54, n. 4, p. 1249-1265, 2015.

GEORGE, Linda K. et al. Spirituality and health: what we know, what we need to know. *Journal of Social and Clinical Psychology*, v. 19, n. 1, p. 102-116, 2000.

GIERYN, Thomas F. Boundary-work and the demarcation of science from non-science: strains and interests in professional ideologies of scientists. *American Sociological Review*, v. 48, n. 6, p. 781-795, 1983.

GIUMBELLI, Emerson. *O cuidado dos mortos: uma história da condenação e legitimação do espiritismo*. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 1997.

_____. Espiritismo e medicina: introjeção, subversão, complementaridade. In: ISAI, Artur César (Org.). *Orixás e espíritos: o debate interdisciplinar na pesquisa contemporânea*. Uberlândia: EDUFU, 2006. p. 283-304.

_____. A noção de crença e suas implicações para a modernidade: um diálogo imaginado entre Bruno Latour e Talal Asad. *Horizontes Antropológicos*, ano 17, n. 35, p. 327-356, 2011.

_____. *A religião em hospitais: espaços (inter)religiosos em Porto Alegre*. 2012. Trabalho apresentado na 28ª Reunião Brasileira de Antropologia.

GIUMBELLI, Emerson; TONIOL, Rodrigo. What is spirituality for? New relations between religion, health and public spaces. In: MAPRIL, Jose et al. (Ed). *Secularisms in a postsecular age?: religiosities and subjectivities in comparative perspective*. New York: Palgrave Macmillan, 2017. p. 147-167.

GOLDMAN, Marcio. Cultural intimacy: social poetics in the nation-state. *Mana*, v. 4, n. 2, p. 150-153, 1998.

_____. *Dois ou três pratos de uma antropologia de esquerda*. 2013. Texto apresentado na mesa de abertura da IV React. Disponível em: <<http://cosmosecontexto.org.br/dois-ou-tres-platos-de-uma-antropologia-de-esquerda/>>. Acesso em: 21 set. 2015.

GOOD, Mary-Jo DeVecchio et al. (Ed.). *Pain as human experience: an anthropological perspective*. Berkeley: University of California Press, 1994.

GRUPO DE ESTUDOS DE ACUPUNTURA NEUROFUNCIONAL. *O Grupo de Estudos*. 2012. Disponível em: <<http://www.acuneuro.com.br/site/pt/o-grupo-de-estudos>>. Acesso em 9 jul. 2014.

GUERRIERO, Silas. Até onde vai a religião: um estudo do elemento religioso nos movimentos da Nova Era. *Horizonte*, v. 12, n. 35, p. 902-931, 2014.

GUTIÉRREZ ZÚÑIGA, Cristina. *Congregaciones del éxito: interpretación socio-religiosa de las redes de mercadeo en Guadalajara*. Zapopan: El Colegio de Jalisco; Guadalajara: Universidad de Guadalajara/Centro Universitario de Ciencias Sociales y Humanidades, 2005.

HARAWAY, Donna. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. *Cadernos Pagu*, n. 5, p. 7-41, 1995.

HEIDEGGER, Martin. The thing. In: HEIDEGGER, Martin. *Poetry, language, thought*. New York: Harper and Row, 1971. p. 163-186.

HENARE, Amiria; HOLBRAAD, Martin; WASTELL, Sari (Ed.). *Thinking through things: theorising artefacts ethnographically*. London: Routledge, 2007

HERZFELD, Michael. *Intimidade cultural: poética social no estado-nação*. Lisboa: Edições 70, 2008.

HESS, David J. Religion, heterodox science and Brazilian culture. *Social Studies of Science*, v. 17, n. 3, p. 465-477, 1987.

_____. Disciplining heterodoxy, circumventing discipline: parapsychology, anthropologically. In: HESS, David J.; LAYNE, Linda L. (Ed.). *The anthropology of*

science and technology. Bingley: Emerald, 1992. p. 223-252. (Knowledge and Society, v. 9).

HILL, Peter C.; PARGAMENT, Kenneth I. Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality. *American Psychologist*, v. 58, n. 1, p. 64-74, 2003.

INGOLD, Tim. Toward an ecology of materials. *Annual Review of Anthropology*, v. 41, p. 427-442, 2012a.

_____. Trazendo as coisas de volta à vida: emaranhados criativos num mundo de materiais. *Horizontes Antropológicos*, ano 18, n. 37, p. 25-44, 2012b.

INSTITUTO DE TERAPIAS COMPLEMENTARES. *O que é trofoterapia*. 2009. Disponível em: <<http://itc-ce.blogspot.com.br/2009/05/o-que-e-trofoterapia.html>>. Acesso em: 24 jun. 2013.

JACKSON, Jean E. *Camp pain: talking with chronic pain patients*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 2011.

JACQUES, Lilian Moreira. *Categorias epistemológicas e bases científicas da medicina tradicional chinesa*. Dissertação (Mestrado em Ciências)–Instituto Alberto Luiz Coimbra de Pós-Graduação e Pesquisa de Engenharia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

JONGYOUNG, Kim. Beyond paradigm: making transcultural connections in a scientific translation of acupuncture. *Social Science & Medicine*, v. 62, n. 12, p. 2960-2972, 2006.

KANDINSKY, Wassily. *Do espiritual na arte e na pintura em particular*. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

KEMP, Daren; LEWIS, James (Ed.). *Handbook of new age*. Leiden: Brill, 2007.

KHAYAT, Muhammad H. *Spirituality in the definition of health: the World Health Organization's point of view*. 1998. Disponível em: <http://www.medizin-ethik.ch/publik/spirituality_definition_health.htm>. Acesso em: 13 nov. 2014.

KOCH, Anne; BINDER, Stefan. Holistic medicine between religion and science: a secularist construction of spiritual healing in medical literature. *Journal of Religion in Europe*, v. 6, n. 1, p. 1-34, 2013.

KOENIG, Harold. Concerns about measuring “spirituality” in research. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, v. 196, n. 5, p. 349-355, May 2008.

_____. *Medicina, religião e saúde: o encontro da ciência e da espiritualidade*. Porto Alegre: L&PM, 2012.

KRAMER, Hilton. Mondrian & mysticism: “My long search is over”. *The New Criterion*, v. 14, n. 1, p. 4, 1995.

LARSON, David B.; SWYERS, James P.; McCULLOGH, Michael E. *Scientific research on spirituality and health: a consensus report*. Rockville: National Institute for Healthcare Research, 1997.

LAW, John; SINGLETON, Vicky. *Object lessons*. Version of 2nd July 2004. Disponível em: <<http://www.heterogeneities.net/publications/LawSingleton2004ObjectLessons.pdf>>. Acesso em: 1 fev. 2014.

LAW, John. *After method: mess in social science research*. New York: Routledge, 2004.

LAW, John; MOL, Annemarie. Notas sobre el materialismo. *Política y Sociedad*, n. 14/15, p. 47-57, 1993-1994.

LE BRETON, David. *Anthropologie de la douleur*. Paris: Métailié, 2006.

LEIRIS, Michel. Le sacré dans la vie quotidienne. In: HOLLIER, Denis (Dir.). *Le Collège de Sociologie*. Paris: Gallimard, 1979. p. 60-74.

LUZ, Madel Therezinha. *As instituições médicas no Brasil: instituições e estratégia de hegemonia*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

_____. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

_____. *A arte de curar versus a ciência das doenças: história social da homeopatia no Brasil*. São Paulo: Dynamis, 1996a.

_____. *Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social/Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1996b.

_____. *Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais*. 3. ed. São Paulo: Hucitec; 2007.

M'CHAREK, Amade. Race, time and folded objects: the HeLa error. *Theory, Culture & Society*, v. 31, n. 6, p. 29-56, November 2014.

MAGGIE, Yvonne. *Medo do feitiço: relações entre magia e poder no Brasil*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1992.

MAGNANI, José Guilherme Cantor. *Mystica urbe*. São Paulo: Studio Nobel, 1999a.

_____. O xamanismo urbano e a religiosidade contemporânea. *Religião e Sociedade*, v. 20, n. 2, p. 113-140, 1999b.

MALUF, Sônia Weidner. Da mente ao corpo? A centralidade do corpo nas culturas da Nova Era. *Ilha: Revista de Antropologia*, v. 7, n. 1-2, p. 147-161, 2005a.

_____. Mitos coletivos, narrativas pessoais: cura ritual, trabalho terapêutico e emergência do sujeito nas culturas da “Nova Era”. *Mana*, v. 11, n. 2, p. 499-528, 2005b.

MANUILA, Alexander (Ed.). *EMRO: partner in health in the Eastern Mediterranean 1949–1989*. Alexandria: World Health Organization, 1991.

MARCUS, George E. *Ethnography through thick and thin*. Princeton: Princeton University Press, 1998.

MARTINS, Paulo Henrique. As terapias alternativas e a libertação dos corpos. In: CAROZZI, María Julia (Org.). *A Nova Era no Mercosul*. Petrópolis: Vozes, 1999. p. 80-105.

MATTOS, Ruben Araújo de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, 2006. p. 43-68.

MEYER, Birgit. Material mediations and religious practices of world-making. In: LUNDBY, Knut (Ed.). *Religion across media: from early antiquity to late modernity*. New York: Peter Lang, 2013. p. 1-19.

MOL, Annemarie. Ontological politics. A word and some questions. In: LAW, John; HASSARD, John (Ed.). *Actor Network Theory and after*. Oxford: The Sociological Review: Blackwell, 1999. p. 75-89.

MOL, Annemarie. *The body multiple: ontology in medical practice*. Durham: Duke University Press, 2002.

MOL, Annemarie; LAW, John. Regions, networks and fluids: anaemia and social topology. *Social Studies of Science*, v. 24, n. 4, p. 641-671, 1994.

NASCIMENTO, Marilene Cabral do. De panacéia mística a especialidade médica: a acupuntura na visão da imprensa escrita. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 5, n. 1, p. 99-113, 1998.

NASCIMENTO, Marilene Cabral do et al. A categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em saúde. *Ciências e Saúde Coletiva*, v. 18, n. 12, p. 3595-3604, 2013.

OMS. *Conferência Internacional, Alma-Ata, 6-12 Setembro 1978 – Cuidados primários de saúde: declaração de Alma-Ata*. Lisboa: Gabinete de Estudos e Planeamento, 1978.

OMS. *Legal status of traditional medicine and complementary/alternative medicine: a worldwide review*. Geneve, 2001.

OMS. *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002–2005*. Ginebra, 2002. Disponível em: <<http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s2299s/s2299s.pdf>>. Acesso em: 2 jul. 2015.

OMS. *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014–2023*. Ginebra, 2013. Disponível em: <<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21201es/s21201es.pdf>>. Acesso em: 2 jul. 2015.

PANZINI, Raquel Gehrke. *Escala de Coping Religioso-Espiritual (Escala CRE): tradução, adaptação e validação da Escala RCOPE, abordando relações com saúde e qualidade de vida*. Dissertação (Mestrado em Psicologia)–Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

PARGAMENT, Kenneth I. *The psychology of religion and coping: theory, research, practice*. New York: Guilford Press, 1997.

PIETTE, Albert. *Les religiosités séculières*. Paris: Presses Universitaires de France, 1993.

PIGNARRE, Philippe. *O que é o medicamento?*. São Paulo: Editora 34, 1999.

PINHEIRO, Roseni. Integralidade em saúde. In: DICIONÁRIO da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>>. Acesso em: 1 fev. 2014.

PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, 2006.

PINHEIRO, Roseni; SILVA JUNIOR, Aluísio Gomes da; MATTOS, Ruben Araujo de (Org.). *Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: Abrasco, 2008.

RABEYRON, Paul-Louis. *Les médecines parallèles*. Paris: Presses Universitaires de France, 1987.

RICHARDS, Ivor Armstrong. *Mencius on the mind*. London: Routledge & K. Paul, 1964.

RIO DE JANEIRO (Estado). Subsecretaria de Comunicação Social. *Instituto do Cérebro terá internação terapêutica*. 24 jun. 2013. Disponível em: <<http://www.rj.gov.br/web/imprensa/exibeconteudo?article-id=1640446>>. Acesso em: 25 jun. 2013.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. *Resolução nº 695/13 – CIB/RS*. Porto Alegre, 2013. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/1388163773_cibr695_13.pdf>. Acesso em: 1 fev. 2014.

ROCHA, Sabrina Pereira, et al. A trajetória da introdução e regulamentação da acupuntura no Brasil: memórias de desafios e lutas. *Ciência & Saúde Coletiva* v. 20, n. 1, p. 155-164, 2015.

ROSE, Nikolas. *Inventando nossos selfs: psicologia, poder e subjetividade*. Petrópolis: Vozes, 2011.

ROSS, Anamaria Iosif. *The anthropology of alternative medicine*. New York: Berg, 2013.

RUSSO, Jane. *O corpo contra a palavra: as terapias corporais no campo psicológico dos anos 80*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 1993.

SAIZAR, Mercedes. Todo el mundo sabe. Difusión y apropiación de las técnicas del yoga en Buenos Aires (Argentina). *Sociedade e Cultura*, v. 11, n. 1, p. 112-122, 2008.

- SALLES, Pedro. *História da medicina no Brasil*. Belo Horizonte: Coopmed, 2004.
- SANGIRARDI JÚNIOR. *Flávio de Carvalho, o revolucionário romântico*. Rio de Janeiro: Philobiblion, 1985.
- SANTA CATARINA. Assembleia Legislativa. *Assembleia apoia I Congresso Nacional de Visão Científica e Holística no Ambiente Hospitalar*. 27 set. 2011. Disponível em: <http://agenciaal.alesc.sc.gov.br/index.php/noticia_single/assembleia-apoia-i-congresso-nacional-de-visao-cientifica-e-holistica-no-a>. Acesso em: 6 maio 2012.
- SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. *Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares*. Florianópolis, 2014.
- SANTO ÂNGELO. *Lei nº 3.597, de 23 de março de 2012*. Dispõe sobre a implantação das terapias naturais na secretaria municipal de saúde e dá outras providências. Santo Ângelo, 2012. Mimeografado.
- SANTOS, Francisco Assis da Silva et al. Acupuntura no Sistema Único de Saúde e a inserção de profissionais não-médicos. *Revista Brasileira Fisioterapia*, v. 13, n. 4, p. 330-340, 2009.
- SILVA, André Luiz Picolli da. O tratamento da ansiedade por intermédio da acupuntura: um estudo de caso. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 30, n. 1, p. 200-211, 2010.
- SIMERS. *Associação Ayurveda visita SIMERS e desqualifica a medicina ayurvédica*. 3 jul. 2009. Disponível em: <<http://www.simers.org.br/2009/07/associacao-ayurveda-visita-simers-e-desqualifica-a-medicina-ayurvedica/>> Acesso em: 22 jun. 2014.
- SPIVAK, Gayatri Chakravorty. Can the subaltern speak? In: NELSON, Cary; GROSSBERG, Lawrence (Ed.). *Marxism and the interpretation of culture*. Urbana: University of Illinois Press, 1988. p. 271-313.

STAR, Susan Leigh; GRIESEMER, James R. Institutional ecology, “translations” and boundary objects: amateurs and professionals in Berkeley’s Museum of Vertebrate Zoology, 1907–39. *Social Studies of Science*, v. 19, n. 3, p. 387-420, 1989.

STEIL, Carlos Alberto. Benzedura/benzedadeiras. In: BORTOLLETO FILHO, Fernando; SOUZA, José Carlos; KILPP, Nelson. (Org.). *Dicionário brasileiro de teologia*. São Paulo: ASTE, 2008. v. 1, p. 103-105.

STEIL, Carlos Alberto; TONIOL, Rodrigo. Ecologia, corpo e espiritualidade: uma etnografia das experiências de caminhada ecológica em um grupo de ecoturistas. *Caderno CRH*, v. 24, n. 61, p. 29-49, 2011.

STENGERS, Isabelle. *A invenção das ciências modernas*. São Paulo: Editora 34, 2002.

STRATHERN, Marilyn. *O gênero da dádiva: problemas com as mulheres e problemas com a sociedade na Melanésia*. Campinas: Editora da Unicamp, 2006.

STROPPIA, André; MOREIRA-ALMEIDA, Alexander. Religiosidade e espiritualidade no transtorno bipolar do humor. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 36, n. 5, p. 190-196, 2009.

SULLIVAN, Winnifred. *Prison religion: faith-based reform and the Constitution*. Princeton: Princeton University Press, 2009.

_____. *A ministry of presence: chaplaincy, spiritual care, and the law*. Chicago: University Of Chicago Press, 2014.

TANYI, Ruth A. Towards clarification of the meaning of spirituality. *Journal of Advanced Nursing*, v. 39, n. 5, p. 500-509, 2002.

TAVARES, Fátima. *Alquimistas da cura: a rede terapêutica alternativa em contextos urbanos*. Salvador: UFBA, 2012.

TAVES, Ann; BENDER, Courtney. Introduction: things of value. In: TAVES, Ann; BENDER, Courtney (Ed.). *What matters?: ethnographies of value in a not so secular age*. New York: Columbia University Press, 2012. p. 1-33.

TEIXEIRA, Carmen. *Os princípios do sistema único de saúde*. Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, 2011.

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

TONIOL, Rodrigo. Integralidade, holismo e responsabilidade: etnografia da promoção de terapias alternativas/complementares no SUS. In: FERREIRA, Jaqueline; FLEISCHER, Soraya. *Etnografias em serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Editora Garamond, 2014. p. 153-178.

_____. Espiritualidade que faz bem: pesquisas, políticas públicas e práticas clínicas pela promoção da espiritualidade como saúde. *Sociedad y Religión*, v. 25, n. 43, p. 110-146, 2015.

_____. *Capturando a espiritualidade: pesquisas médico científicas sobre a dimensão espiritual da saúde no Brasil*. 2016. Projeto de pesquisa Fapesp.

TONIOL, Rodrigo; STEIL, Carlos Alberto. *On the nature trail: converting the rural into the ecological through a state tourism policy*. New York: Nova Science Publishers, 2015.

TUCHMAN, M. et al. *The spiritual in art: abstract painting 1890–1985*. Los Angeles: County Museum of Art, 1986.

UNDERWOOD, Lynn G., TERESI, Jeanne A. The daily spiritual experiences scale: development, theoretical description, reliability, exploratory factor analysis and preliminary construct validity using health-related data. *Annals of Behavioral Medicine*, v. 24, n. 1, p. 22-33, 2002.

UNSCHULD, Peter. Traditional Chinese medicine: some historical and epistemological reflections. *Social Science and Medicine*, v. 24, n. 12, p. 1023-1029, 1987.

VALCANTI, Carolina Costa et al. Coping religioso/espiritual em pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 46, n. 4, p. 838-845, 2012.

VEER, Peter van der. *Imperial encounters: religion and modernity in India and Britain*. Princeton: Princeton University Press, 2001.

_____. Spirituality in modern society. *Social Research: An International Quarterly*, v. 76, n. 4, p. 1097-1120, 2009.

_____. *The modern spirit of Asia: the spiritual and the secular in China and India*. Princeton: Princeton University Press, 2013.

VELHO, Otávio. Globalização: antropologia e religião. *Mana*, v. 3, n. 1, p. 133-154, 1997.

_____. O que a religião pode fazer pelas ciências sociais. *Religião e Sociedade*, v. 19, n. 1, p. 9-17, 1998.

_____. *Mais realistas do que o rei: ocidentalismo, religião e modernidades alternativas*. Rio de Janeiro: Topbooks, 2007.

VELLOSO, Caroline Crochemore; WERMANN, Afaf Muhammad; FUSIGER, Teresinha Berwian. *Horto Medicinal Relógio do Corpo Humano*. Putinga: Emater, 2005.

WEBER, Beatriz Teixeira. Médicos e charlatanismo: uma história de profissionalização no Sul do Brasil. In: SILVA, Mozart Linhares. *História, medicina e sociedade no Brasil*. Santa Cruz do Sul: Edunisc, 2003. p. 95-128.

WEINER, Isaac. *Religion out loud: religious sound, public space, and American pluralism*. New York: New York University Press, 2013.

WILLIS, Evan; WHITE, Kevin. Evidence-based medicine and CAM. In: TOVEY, Philip; EASTHOPE, Gary; ADAMS, Jon (Ed.). *The mainstreaming of complementary and alternative medicine: studies in social context*. London: Routledge, 2004. p. 49-63.

Glossário

Para constituir este glossário optei por me apropriar apenas de definições oficiais, presentes em políticas de práticas integrativas e complementares.

Acupuntura: conjunto de diversos procedimentos terapêuticos aplicados com base nos conceitos da medicina tradicional chinesa, que permitem o estímulo preciso de locais anatômicos na pele por meio da inserção de finas agulhas metálicas para proteção, restauração e promoção de saúde. Em alguns casos, o estímulo pode ser efetuado por meio de calor local, corrente elétrica de baixa voltagem e amperagem ou radiação de laser de baixa frequência.

Aromaterapia: tratamento natural que utiliza as propriedades curativas presentes nas moléculas químicas dos óleos essenciais, responsáveis por produzirem o perfume das plantas aromáticas; utiliza a dispersão de aromas no ambiente, que através do olfato atua nas disfunções orgânicas, podendo ser combinada com outras práticas tradicionais de saúde. A aromaterapia é uma prática alternativa que se utiliza do uso de essências de plantas aromáticas, estimulando a produção de substâncias relaxantes, estimulantes e sedativas naturais, próprias do corpo.

Chi gong: série de movimentos harmônicos aliados à respiração, com foco em determinada parte do corpo, para desenvolvimento do *chi* interno e ampliação da capacidade mental.

Cromoterapia: utilização das cores, como percepção da luz refletida, para o tratamento de doenças e harmonização do corpo, da mente e das emoções.

Fitoterapia: terapêutica caracterizada pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal. O uso de plantas medicinais na arte de curar é uma forma de tratamento de origens muito antigas, relacionada aos primórdios da medicina e fundamentada no acúmulo de informações por sucessivas gerações. Ao longo dos séculos, produtos de origem vegetal constituíram as bases para tratamento de diferentes doenças.

Homeopatia: sistema médico complexo de caráter holístico, é baseada no princípio vitalista e no uso da lei dos semelhantes enunciada por Hipócrates no século IV a.C. Foi desenvolvida por Samuel Hahnemann no século XVIII, após estudos e reflexões

baseados na observação clínica e em experimentos realizados na época. Hahnemann sistematizou os princípios filosóficos e doutrinários da homeopatia em suas obras *Organon da arte de curar* e *Doenças crônicas*. A partir daí, essa racionalidade médica experimentou grande expansão por várias regiões do mundo, estando hoje firmemente implantada em diversos países da Europa, das Américas e da Ásia. No Brasil, a homeopatia foi introduzida por Benoit Mure em 1840, tornando-se uma nova opção de tratamento.

Lian gong: ginástica terapêutica chinesa que se caracteriza por um conjunto de três séries de 18 exercícios terapêuticos e preventivos que alia os conhecimentos da medicina ocidental às bases da medicina tradicional chinesa.

Massoterapia: utilização dos diversos tipos de massagens, específicos ou associados, com fins terapêuticos, seguindo a visão e abordagem integrativa.

Medicina ayurvédica: racionalidade médica complexa, originária da Índia, baseia-se na premissa de que o universo é formado por cinco elementos básicos da natureza, inclusive o corpo físico, quais sejam, espaço ou éter, ar, fogo, água e terra, os quais influenciam a natureza e o ser humano, como um microcosmo dentro do universo, o macrocosmo; utiliza-se de recursos terapêuticos diversos, com ênfase na alimentação, meditação, exercício físico, massagens, etc.

Medicina tradicional chinesa: racionalidade médica complexa, constituída por um sistema médico integral, originado há milhares de anos na China. Utiliza linguagem que retrata simbolicamente as leis da natureza e que valoriza a inter-relação harmônica entre as partes visando a integridade. Como fundamento, aponta a teoria do yin-yang, divisão do mundo em duas forças ou princípios fundamentais, interpretando todos os fenômenos em opostos complementares. O objetivo desse conhecimento é obter meios de equilibrar essa dualidade. Também inclui a teoria dos cinco movimentos, que atribui a todas as coisas e fenômenos, na natureza, assim como no corpo, uma das cinco energias (madeira, fogo, terra, metal, água). Utiliza como elementos a anamnese, palpação do pulso, observação da face e língua em suas várias modalidades de tratamento (acupuntura, plantas medicinais, dietoterapia, práticas corporais e mentais).

Meditação: técnicas de interiorização, contemplação e relaxamento, que promovem a expansão da consciência, contribuindo para a promoção da saúde de forma integral.

Musicoterapia: utilização da música e/ou seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia) num indivíduo ou em grupo, num processo para facilitar e promover a

comunicação, relação, aprendizagem, mobilização, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, no sentido de alcançar necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas. A musicoterapia objetiva desenvolver potenciais e/ou restabelecer funções do indivíduo para que possa alcançar uma melhor integração intra e/ou interpessoal e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida, pela prevenção, reabilitação ou tratamento.

Práticas corporais integrativas: práticas que envolvem o exercício físico associado com exercícios respiratórios, concentração mental, atitudes e princípios próprios, baseados em preceitos filosóficos específicos, mas que têm por base a visão integral do ser humano, aqui se situando as práticas orientais da ioga (Índia), tai chi chuan, chi gong (China).

Práticas integrativas e complementares: práticas para a promoção, proteção e recuperação da saúde (que pressupõe o usuário/paciente na sua integralidade física, mental, emocional, social, ambiental e espiritual, na sua singularidade e integrado à sua coletividade) que, inseridas em sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos próprios, atuam de forma complementar na diagnose e terapêutica das políticas de saúde convencionais. Denominados pela Organização Mundial da Saúde de medicina tradicional e medicina alternativa e complementar, buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Baseadas em abordagens humanizadas e humanizadoras, transdisciplinares, são centradas na integralidade do indivíduo, este considerado na sua dimensão global, ou seja, física, mental, emocional, espiritual e social, na sua singularidade e integrado à sua coletividade. As práticas integrativas e complementares contribuem para a ampliação da corresponsabilidade dos indivíduos pela saúde e, assim, para o aumento do exercício da cidadania.

Reiki: técnica de captação, transformação e transmissão de energia feita através das mãos (*rei* significa a “energia cósmica, universal”, e *ki* significa “energia vital” em japonês). Promove o equilíbrio da energia vital, aplicada pela imposição de mãos do técnico (reikiano) no paciente, no qual é transmitido um padrão de ondas harmônicas resgatando o campo eletromagnético natural, propiciando equilíbrio para o corpo físico.

Tai chi chuan: conjunto de movimentos suaves, contínuos, progressivos e completos, usados para prevenção de doenças, manutenção da saúde e estabilização emocional.

Terapia floral: técnica desenvolvida por Edward Bach, de abordagem holística, integrativa e complementar, que atua na evolução consciencial do paciente, promovendo a autocura e a harmonização física e emocional, auxiliando a restauração e manutenção do equilíbrio natural, atuando por ressonância na consciência, facilitando o acesso à origem de conflitos emocionais e somatizações.

Termalismo social e crenoterapia: uso de águas minerais para tratamento de saúde; compreende as diferentes maneiras de utilização da água mineral e sua aplicação em tratamentos de saúde; a crenoterapia consiste na indicação e uso de águas minerais com finalidade terapêutica, atuando de maneira complementar aos demais tratamentos de saúde.

Tuina: massagem realizada por meio de movimentos ritmados de sedação e tonificação (pressão e beliscão) para propiciar a união e o equilíbrio das energias yin e yang.

Biografia do autor

Doutor em antropologia social pela UFRGS. Foi pesquisador visitante no Center for Iberian & Latin American Studies/UCSD. Realizou estudos de pós-doutorado no departamento de antropologia da Unicamp. Atualmente é pesquisador convidado no departamento de filosofia e estudos de religião da Utrecht University, Holanda.