

Poliqueixosos, seus meridianos e seus cérebros. Controvérsias sobre o emprego de procedimentos terapêuticos para o tratamento da dor em um Ambulatório de Porto Alegre. ¹

Rodrigo Toniol²

Este texto é uma etnografia das controvérsias sobre a utilização de determinados procedimentos terapêuticos no *Ambulatório da Dor*. Situado em um dos principais postos de saúde de Porto Alegre, esse Ambulatório recebe usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) cuja principal queixa é a *dor*. Encaminhados por médicos e fisioterapeutas atuantes em diferentes bairros da cidade, os pacientes que para ali se dirigem são chamados, pelos profissionais de saúde, de *poliqueixosos*. Dores por *todo o corpo*, dores que *correm pelo corpo*, dores *em partes amputadas do corpo*, são descrições comuns à rotina do Ambulatório. A equipe que atende no local é formada por cinco médicos que, embora diverjam sobre o modelo terapêutico mais eficaz para tratar a dor, concordam com o uso da agulha e do agulhamento como ferramenta e técnica mais adequadas na maior parte dos casos.

Considerar o contexto em questão como uma controvérsia significa que estou interessado nas situações em que certas instabilidades emergem como um problema social compartilhado.³ Ao mesmo tempo em que me ocupo dos enunciados implicados sobre os procedimentos empregados para o tratamento da dor, também procuro atentar para própria materialidade da agulha e o procedimento do agulhamento como aspectos fundamentais da controvérsia analisada. No que segue apresento, em primeiro lugar, o contexto de observação desta pesquisa para, posteriormente, retomar algumas considerações teóricas sobre o estatuto da materialidade e do procedimento na descrição de controvérsias. Por fim, numa última sessão, discorro sobre um dos desdobramentos públicos deste imbróglgio, buscando visibilizar suas consequências para as próprias políticas de gestão de saúde do SUS.

Ambulatório da Dor

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

¹ Fiz uma alteração no título da proposta inicial deste trabalho, que originalmente era *Do chi ao cérebro*. Disputas em torno do científico e do não-científico no contexto da saúde pública brasileira

² Doutorando *em Antropologia Social pelo* Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS. Email: rodrigo.toniol@gmail.com

³ A ideia de controvérsia enquanto conceito analítico e, ao mesmo tempo, como um tipo de formulação metodológica é tributária da proposta de Bruno Latour (2005).

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 atendimentos especializados ali oferecidos, tais como a odontologia para pacientes especiais, a homeopatia e a ginecologia. A existência neste mesmo espaço de uma farmácia que fornece medicamentos de uso contínuo e outra de medicamentos homeopáticos⁴ converte-o em um importante ponto de confluência de usuários do SUS da cidade. É neste espaço que está localizado um dos únicos ambulatórios da rede de atenção básica dedicados ao tratamento da *dor*.

Reconhecer a *dor* como objeto de atenção terapêutica é, para alguns analistas (Clarke; Schim, 2003), a expressão de que, no mesmo passo em que a medicina se especializa em funções e órgãos vitais específicos, processos de biomedicalização também têm implicado a ampliação das áreas em que serviços de assistência à saúde são dispensados. Contudo, a atenção à dor como parte da biomedicalização carrega consigo algumas singularidades. Em primeiro lugar, há no tratamento da dor uma não centralidade do diagnóstico⁵, que converte o sujeito na principal *testemunha* de seu estado de saúde. Se, noutras atenções terapêuticas o testemunho fica a cargo dos exames médicos, das análises de laboratório e das imagens dos corpos, na atenção à dor, tais procedimentos tornam-se complementares à experiência do paciente. Em segundo lugar, tratar a dor é, conforme certos modelos hegemônicos de medicina, cuidar do sintoma e não tratar a doença. O que interessa neste ponto são justamente as articulações existentes entre sintoma, diagnóstico e doença que, conforme procurei explorar a seguir, são fundantes para a definição das diferenças entre os modelos terapêuticos. Por fim, o estatuto indeterminado da dor. O sujeito, como ser inalienável de sua própria dor, por mais que testemunhe sobre o que sente, não pode, em última instância, determiná-la. Esta determinação, no âmbito das terapêuticas atentas à dor, sempre depende do próprio terapeuta que torna o processo de objetivação da experiência do paciente um momento chave na produção de seu próprio modelo terapêutico. É a indeterminação da dor que explicita, ao fim e ao cabo, seu caráter não universalizável, isto é, aquilo que faz com que as experiências dos sujeitos que sentem dor não sejam iguais para todos.⁶

⁴ O Centro de Saúde Modelo é um espaço pioneiro na implementação de terapias alternativas/complementares na saúde pública no Brasil. Além da oferta de homeopatia e acupuntura, já houve, na década de 1980, um departamento de fitoterápicos. Igualmente singular é a existência desta farmácia homeopática, que é uma das únicas e mais antigas do Brasil em instituições públicas.

⁵ Isso não significa indiferença aos exames. Inclusive, é somente com uma quantidade considerável de exames comprovando diagnósticos que implicam em dor que um usuário pode ser encaminhado para o Ambulatório.

⁶ Se a dor, em certas manifestações, não se constituiu como uma doença, isso significa não significa que ela não é uma substância de doença, mas que não foi apreendida pelas categorias médicas do diagnósticos. Afinal, como afirmou Foucault, em O nascimento da clínica: “Compostas de letras, as doenças não têm outra realidade além

No segundo andar do Centro de Saúde Modelo, a sala ocupada pelo Ambulatório da Dor é identificado pelo ideograma do yin e yang colocado em sua porta. Os pacientes são atendidos em alguma das quase vinte macas enfileiradas e separadas por cortinas azuis. No primeiro terço do espaço ficam os homens e, no restante, as mulheres. Há uma única mesa no Ambulatório, que fica ao fundo, depois de todas as macas. Ao seu lado direito há um esqueleto que, com a 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 desenhadas dezenas de linhas, que atravessam todo seu corpo, intercaladas por pontos.

Todas as manhãs, quatro médicos atendem a usuários de várias regiões da cidade. A fila é longa e a espera por uma consulta pode demorar anos. Depois de dois ou três anos do encaminhamento inicial é recorrente que o paciente vacile diante da pergunta “o que o traz aqui?” disparada pelos médicos do Ambulatório. Nessas situações é comum que o usuário já não tenha mais as mesmas queixas que o levaram a buscar o médico naquele primeiro momento, no entanto, como me disse certa vez um usuário, “dor a gente sempre tem”.

Márcia é médica, fez residência e atuou como obstetra por muitos anos. Depois de algum tempo, afastou-se dessa especialidade e se aproximou da acupuntura. Fez o curso em uma escola de Medicina Tradicional Chinesa (MTC) junto com Nuno, que, na época, exercia a função de médico sanitaria. Ambos fizeram seu estágio no Ambulatório da Dor e, pouco tempo depois, pediram transferência de suas antigas funções 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. Durante este período, no entanto, seus modos de agulhar mudaram. Em meados dos anos 2000, Márcia e Nuno fundaram, junto com Eduardo, outro médico que atende no Ambulatório, o Grupo de Estudos de Acupuntura Neurofuncional (Geanf). Este grupo sistematizou um tipo de atenção terapêutica que utiliza o agulhamento como:

uma técnica médica de modulação do sistema nervoso periférico que utiliza a racionalidade neurocientífica para a seleção dos locais de inserção de agulhas e para a escolha do método de estimulação (manual ou elétrica), tendo como finalidade a modulação da atividade anormal do sistema nervoso e seus sistemas associados (Couto; Bandeira, mimeo).

Desde sua fundação o Geanf tem promovido cursos por todo país e se consolidado como uma referência nacional nas pesquisas sobre modulação do sistema nervoso por meio do uso de agulhas.

No Ambulatório, também trabalha Nei, que foi professor de seus três colegas quando eles fizeram o curso de MTC. Nei supervisiona os estágios realizados no Ambulatório desde o final da década de 1980 e, após a aposentadoria de alguns médicos, terminou sendo o único do Ambulatório que usa a agulha e procede o agulhamento conforme os princípios da MTC. Às terças-feiras, Nei atende acompanhado por seus estagiários, normalmente médicos que já atuam na profissão há alguns anos.

Os pacientes, por sua vez, raramente são informados sobre a existência destes dois grupos e suas consultas são marcadas de modo aleatório, dependendo somente de qual médico aparece como disponível no momento em que a secretária do posto de saúde faz o agendamento. De um lado, Márcia, Nuno e Eduardo agulham como uma técnica de neuromodulação, e, de outro, Nei agulha como um modo de intervir na circulação energética do *chi* nos meridianos que atravessam o corpo.

Certa manhã, enquanto ajudava Márcia a organizar os prontuários do Ambulatório, Eduardo tentava me explicar as diferenças entre esses modos de atenção terapêutica. Depois de uma longa exposição sobre o sistema nervoso e os sistemas associados do corpo humano, o médico concluiu dizendo que “na MTC ninguém precisa abrir corpos para explicar a dor. É tudo pelos meridianos. Isso não é compatível com a medicina baseada em evidências”. Depois que Eduardo foi embora, Márcia pegou um livro de MTC e o boneco com os meridianos traçados no corpo.

Os chineses são muito espertos, escolheram muito bem os pontos. Mas não vem me dizer que isso aqui [aponta para os meridianos no boneco] existe. Pode existir em um nível etéreo, do perispírito, sei lá. Aqui no livro diz o seguinte, que este ponto [indica o ponto no boneco] é o ponto poço celestial, que está na face lateral do braço. Diz que ele é para remar no canal do sangeal, que faz o movimento Terra, que acalma o shen e clareia a mente, que adiciona o chi invertido, desperta estagnação, umidade e fleuma, remove e elimina tumores, dispersa o vento, elimina o calor, relaxa as articulações e os tendões, desestagna o chi do fígado e regula o chi defensivo. É usado pra cervicalgia, ombralgia, lombalgia, dor nos olhos, cefaleia, surdez, garganta inflamada, febre intermitente, insanidade, dor de um lado da cabeça, torcicolo, tonsilite, palpitação, denite cervical turbeculosa, epilepsia, urticária, depressão, tristeza, melancolia e dor no cotovelo. Isso aqui é difícil de tu explicar cientificamente. Tu tem que botar a maquininha MTC pra dentro do cérebro e pensar o que que é dispersar o vento, que vento é esse? Dá para embarcar nessa viagem, mas não é ciência.

Naquela mesma semana voltei ao Ambulatório para acompanhar alguns atendimentos com Nuno. No meio da manhã chegou Júlio, um paciente que eu já conhecia, para fazer sua

última sessão depois de quatro meses de tratamento. Júlio disse para Nuno que não tinha mais dores e que seu único problema naquele dia era muco. Ambos riram do que para mim pareceu uma piada, mas, sem hesitar, Nuno, que é do Geanf, pediu para Júlio deitar na maca porque trataria de seu muco. O homem, visivelmente desconcertado, deitou e arregaçou as calças até o joelho como de costume. Enquanto agulhava, Nuno me chamou para mais próximo e disse: “hoje vou fazer MTC. Vou colocar uma agulha aqui, nesses pontos que ajudam na circulação do chi, ajudam no calor e tiram a mucosidade do corpo”. Então, apontou para cada agulha e disse o nome chinês do ponto. Depois de algum tempo de silêncio, enquanto colocava a última agulha na canela de Júlio e tendo percebido meu estranhamento diante de sua explicação, Nuno emendou: “Eu estou brincando. Essa seria a explicação chinesa. Mas a ocidental é que os pontos nervosos nesses locais são ótimos e suas conexões cerebrais são imediatas. Eu faço isso para o pessoal não brigar tanto comigo. Sabe, no fundo não muda nada, só o jeito de pensar.”

Sobre procedimentos, materialidades e estilos de pensamento.

Sem tornar a frase de Nuno, “o que muda é só o jeito de pensar”, o objeto de uma digressão hermenêutica, gostaria de tomá-la como ponto de partida para esta sessão cuja proposta é apresentar alguns dos marcos teórico-metodológicos que situam a importância das materialidades e dos procedimentos nas análises sobre as controvérsias aqui analisadas.

O médico judeu-polonês Ludwik Fleck apresentou em seu livro *Gênese e desenvolvimento de um fato científico* (2010), contribuições para compreensão de aspectos epistemológicos da história e sociologia da ciência por meio dos conceitos de *estilo de pensamento* e de *coletivo de pensamento*. Embora distintos, ambos conceitos fundamentam-se em dois princípios comuns. Primeiro lugar, conforme Fleck, na ideia de que a coletividade constitui-se como um princípio estruturante da produção científica. Com isso, o autor não está simplesmente reconhecendo que a investigação dos fatos científicos é uma ação coletiva, mas, postulando, radicalmente, que é uma comunidade de pesquisadores que produz a ciência⁷. O segundo princípio, que em certa medida está implicado no primeiro, sugere que o principal trabalho desta comunidade não é o de refletir sobre *os fatos científicos*, mas sim o de estabelecer *o que*

⁷ Lothar Schafer e Thomas Schnelle situam esta posição de Fleck a partir de seu caráter contrastivo com as proposições sobre ciência do Círculo de Viena: “Popper acentuava, em oposição ao conceito estático de teoria dos empiristas lógicos, o aspecto dinâmico da pesquisa, ao passo que Fleck ocupa uma posição muito mais extrema: põe em questão o próprio conceito de fato, sempre pressuposto como evidente. A ciência, para ele não é um construto formal, mas, essencialmente, uma atividade organizada pelas comunidades de pesquisadores” (Fleck, 2010: 2).

há para ser pesquisado. Em síntese, o que estes dois princípios indicam é que os objetos de investigação não precedem as estruturas sociológicas e as convicções que unem os cientistas engajados em pesquisa-los – ou melhor, em produzi-los como objetos.

A partir desta perspectiva, Ludwik Fleck indica, com o conceito de *coletivo de pensamento*, as comunidades de cientistas dedicados a manter as metodologias e razões científicas que conformam uma matriz disciplinar. A ideia de *estilo de pensamento*, por sua vez, remete aos próprios princípios epistemológicos sobre os quais esta comunidade funda seu conhecimento (Fleck, 2010:16). Nas palavras de Fleck:

Se definirmos o *coletivo de pensamento* como a comunidade das pessoas que trocam pensamentos ou se encontram numa situação de influência recíproca de pensamentos, temos, em cada uma dessas pessoas, um portador do desenvolvimento histórico de uma área de pensamento, de um determinado estado do saber e da cultura, ou seja, de um *estilo* específico de pensamento. (Fleck, 2010:82) (grifos meus)

Neste sentido, há certo valor ambivalente na afirmação de que *o que muda é só o jeito de pensar*. Por um lado, parece indicar a existência, em algum grau, de compatibilidades entre as terapêuticas empregadas no tratamento da *dor*, aquela que intervêm no *chi* e a que modula a neurotransmissão. E, por outro, sublinha certa radicalidade das diferenças entre elas. Antes de resolver a tensão presente nesta ambivalência optando por sentenciar se tais diferenças são ou não significativas, sugiro explorar a emergência desta controvérsia sobre *como acabar com a dor*, concebendo a agulha e o agulhamento como elementos centrais para sua formulação.

Inspirado numa perspectiva fenomenológica, trata-se de um esforço analítico que não faz do *pensamento* o único modo possível de produção de *conhecimento*. Assim evito a todo custo incorrer em certas tradições cognitivistas segundo as quais a produção de *conhecimento* se dá por meio da aquisição de representações, cujos reflexos podem ser percebidos nos modos pelos quais os sujeitos agem no mundo.⁸ Isto é, considero que procedimentos e agenciamentos de materiais não são somente resultados de modos de *pensar*, mas, pelo contrário, são eles próprios produtores de *conhecimento*.

A agulha e o agulhamento implicados nos procedimentos empregados no Ambulatório da Dor constituem aspectos de diferentes *modos de atenção terapêutica*. Com este termo procuro indicar os estilos de pensamento, as materialidades e os procedimentos de cada

⁸Exemplar deste tipo de perspectiva são as ideias maussianas que sugerem que as técnicas corporais são aprendidas e ensinadas a partir de um conjunto de representações coletivas, determinantes para a definição dos comportamentos e posturas individuais. Tais técnicas são, invariavelmente, para Mauss, o resultado de uma necessidade anterior a elas. Os corpos, nessa perspectiva, são instrumentos centrais, mas apenas executores de idéias, noções e representações elaboradas fora deles, isto é, as técnicas corporais passam pelos corpos, mas não são forjadas neles.

atendimento. Este tipo de formulação ao mesmo tempo que pretende estabelecer relevância a cada um destes aspectos sem considerar que algum deles tenha primazia sobre outro, também busca ressaltar alguns dos possíveis termos a partir dos quais a controvérsia em questão pode ser reconhecida e explorada.

Argumentar a existência de uma relação intrínseca entre objetos/materiais/coisas com a vida⁹ parece ser um lugar comum nas ciências sociais há algum tempo. A ideia das redes sociotécnicas de Bruno Latour (1994; 2000), os ciborgues de Donna Haraway (2009) e a vida social das coisas de Appadurai (1990), para citar apenas alguns autores, são exemplos já conhecidos da produção antropológica contemporânea sobre o tema¹⁰. Reconhecer a existência da relação de humanos *com* objetos, no entanto, não é o mesmo que tomar os materiais *em si* como elementos dignos de análise. Sem negar a importância das análises destas relações *com* os materiais, o que está em jogo aqui é reconhecê-las como apenas um dos fluxos possíveis dos materiais e não como o único capaz de animá-los. Embora a aparência dessa afirmação seja trivial, ela contém a radicalidade de uma proposta que não concebe os materiais pelo que eles *são* – tal como pressupõe, ou proporciona, a química – mas pelo o que eles podem *ser* – tal como sugere a alquimia. Interessar-se por aquilo que os materiais podem *ser* implica conceber a vida como um processo de fluxos ininterruptos que não deixam nem humanos e nem materiais incólumes após serem atravessados por múltiplos elementos – desde água, sol, energias, terra até humanos, animais, ideias, emoções, etc. É nesse sentido, que Tim Ingold afirma:

Não devemos, portanto, pensar as propriedades dos materiais como atributos. Pelo contrário, eles são histórias. Para entender os materiais é preciso compreender suas histórias, o que eles fizeram e o que lhes acontece quando são tratados em uma dada singularidade. Materiais não existem como entidades estáticas com atributos diagnósticos, pois eles não são ‘pequenos pedaços de natureza’ (Ingold, 2012: 430, tradução livre).

No mundo fenomênico, portanto, os materiais são sempre um devir, cujas características não podem ser concebidas como restritas àquilo que eles são, mas devem ser pensadas a partir de seus envolvimento com os fluxos da vida – vida essa que, em um movimento cíclico e sem fim, é constituída pelos materiais ao mesmo tempo que os constitui. Para conhecer os materiais, devemos segui-los em suas *co-respondências*, isso é, em suas conjugações com outros elementos e sujeitos que os atravessam (Ingold, 2012). É na própria

⁹ Utilizo a ideia de vida orientado pelas apropriações dos princípios vitalistas de Spinoza por parte de autores como Tim Ingold, Gilles Deleuze e Félix Guattari. Para uma síntese do tema, ver: Bennett, 2010.

¹⁰ Não estou sugerindo que estes autores tenham convergência teórica, mas sublinho suas preocupações com os “objetos”.

centralidade das *correspondências* que torna-se fundamental refletir sobre o que tenho chamado de *procedimento*. A agulha, enquanto material, se conjuga com o procedimento do gesto que a manipula (o agulhamento) assim como com os meridianos dos corpos, o fluxo energético, os músculos e os tecidos cutâneos. Neste sentido, tal como a agulha, enquanto material, está sujeita a diversas *correspondências* e fluxos capazes de colocar em xeque sua compreensão como objeto acabado, o agulhamento, como procedimento, é produtor de modos de atenção terapêutica e não simplesmente seu reflexo.

Agulhas e Agulhamentos.

Em sua primeira consulta no Ambulatório da Dor, Dona Regina chegou com muitas dificuldades para caminhar. Com pouco mais de 50 anos, a costureira havia sido encaminhada por sua médica há seis meses. Suas dores crônicas por todo o corpo já duram 21 anos. Após inúmeros diagnósticos e outros tantos desditos, Dona Regina recusa responder à pergunta “o que te traz aqui?” dando o nome da última doença com a qual foi identificada ou, como em muitas ocasiões, simplesmente, sem dizer nada, entregando uma pasta de exames ao inquiridor. Quando assim interpelada, puxou uma cadeira e pediu para que Márcia e eu, que acompanhava a consulta, sentássemos.

Eu sofri muito quando minha filha nasceu. Com cinco dias de vida eu peguei ela na cama desmaiada, quase morta. Foi aí que eu levei aquele susto, um choque. Naquele dia, que fiquei tão tensa, as coisas começaram. Uma coisa foi juntando na outra e aí foram mais de 20 anos. Agora eu tenho fibromialgia.

Antes de observar os exames que Dona Regina trazia consigo, Márcia perguntou se a mulher não se lembrava de algo que tivesse ocorrido no mesmo período do nascimento de sua filha, “uma queda, um baque ou uma fratura na vértebra”. Dona Regina, negou e reforçou o susto que passou como o momento desencadeador de suas dores. Numa última tentativa, Márcia ainda perguntou, “A senhora não caiu do ônibus, nem nada assim?”

O prontuário dos pacientes atendidos pelos médicos vinculados ao Geanf é diferente do utilizado por Nei e seus estudantes. Os prontuários dos médicos que agulham as enervações neuromodulares foi elaborado em 2010 e tem oito páginas, divididas entre informações gerais dos pacientes e três conjuntos de representações gráficas. No primeiro deles há uma série de linhas segmentadas por números de 1 a 10 e que pretendem classificar o grau da dor do paciente conforme suas descrições. A segunda representação é uma pirâmide que pretende compreender os fundamentos da dor. Enquanto a ponta da pirâmide indica a

própria manifestação dor, na sua base estão as “relações das pessoas consigo mesmo, sua psique e espiritualidade”, como explicou Nuno. O nível intermediário, por sua vez, é dedicado aos fatores bioquímicos que “comunicam” a dor ao sistema nervoso do paciente. Ao lado de cada um desses níveis há lacunas para serem preenchidas de acordo com a anamnese feita pelo médico. E, por fim, logo na primeira página, estão representadas quatro imagens de um corpo humano na sua face frontal, traseira e lateral (imagem 1).

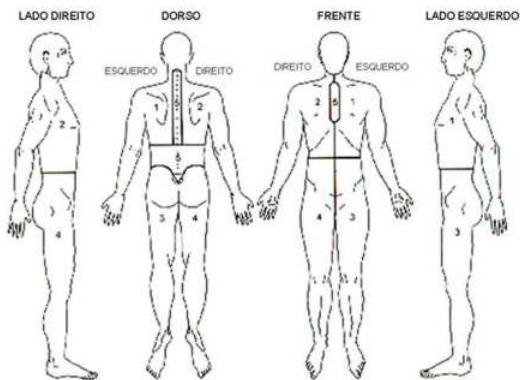


Imagem 1

Embora a figura da pirâmide explicita o caráter basilar atribuído a fatores “psicológicos e espirituais”¹¹ e aos próprios processos físico-químicos para compreender a manifestação da dor, essas dimensões não são consideradas, pelos médicos do Geanf, moduláveis por meio das intervenções pontuais do agulhamento. É assim que, numa virada da relação entre o que importa e o que não importa, a centralidade dos aspectos que, na pirâmide, antecedem a ocorrência da dor, tornam-se marginais para o tratamento.

As imagens do corpo na primeira página são o ponto de partida para a definição dos procedimentos a serem empregados. Ao médico, cabe hachurar, variando a intensidade e as regiões em que o paciente relata sentir mais dores. À região com maior intensidade de dor é centrado o foco de atenção do tratamento. Dona Regina, contudo, não pôde identificar uma única região de dor. “Hoje posso falar que dói a perna direita, mas amanhã vai ser o braço esquerdo, assim é minha dor”. A definição dos procedimentos que serão administrados, no entanto, dependem do local de maior manifestação de dor de modo que mesmo os poliqueixosos mais agudos “têm que se decidir sobre suas principais dores”. Depois de algum tempo de conversa com Dona Regina, Márcia acabou optando por assinalar a lombar como a região de dor mais frequente da paciente e, por isso, esta tornou-se a área da dor que interessa.

¹¹ Para reflexões mais aprofundadas sobre a presença do “item” espiritualidade em políticas de saúde no Brasil, ver Toniol, no prelo.

Na maca ao lado de Regina, estava Fátima, faxineira, de 62 anos e paciente de Nei há 2 anos. Ao contrário dos médicos do Geanf que definiram 6 sessões como um número fixo para todos os tratamentos, no modo de atenção terapêutico de Nei o número das sessões não é previamente estabelecido. O caráter continuado dos atendimentos de Nei são sistematicamente apontados, por parte dos médicos do Geanf, como emblemáticos da baixa resolubilidade de sua terapêutica. Já para Nei essa continuidade é a expressão de um modo de atenção que considera necessária a longa duração de tratamentos para dores igualmente crônicas. O prontuário utilizado por Nei desde a década de 1980 é formado unicamente por tabelas, onde são inscritas a composição dos diferentes pontos agulhados a cada sessão.

Fátima tem uma intensa dor na coluna, mas que, conforme a temperatura ambiente, pode se estender para as pernas e braços. Além da dor, a paciente passou, nos últimos anos, por uma grave depressão. Sempre atendendo a três ou quatro pessoas ao mesmo tempo, Nei pouco pergunta sobre as dores especificamente. São as sensações relativas ao sono, ao cansaço, bem como o funcionamento intestinal e urinário que interessam ao médico. “A dor”, disse Nei para Fátima enquanto tirava as agulhas, “é só uma das manifestações do desequilíbrio da circulação do *chi*. É sistêmico, não tem como eu mexer em uma parte e deixar a outra de lado”. Fátima concorda com o médico dizendo, “Doutor, eu cheguei aqui com dor de cabeça, mas não falei nada para ver se essas agulhas funcionam mesmo. E não é que agora passou.”

O usuário que chega para ser atendido pela primeira vez por Nei passa por uma longa sabatina, além de ter sua língua e pulsos examinados a partir de técnicas caras à MTC. A experiência da dor, por mais que não sejam enunciadas reiteradamente nas perguntas do médico, aparecem na conversa todo o tempo. “Quando eu ganhei meu primeiro filho sentia uma dor nas pernas que achava que nunca ia poder me levantar, depois a dor passou para as costas e braços, e depois ainda tive dor nos rins. Doutor, dor é o que não me falta”, dizia Jéssica, uma paciente de 30 anos que se consultava pela primeira vez com Nei. As dores difusas, o problema renal e a gravidez são alguns dos elementos utilizados pelo médico para elaborar a composição de pontos em que procederá com os agulhamentos. Ao agulhar, Nei busca atingir os meridianos dos pacientes. Nestes canais de energia, circula o *chi*, que deve ter fluxos, velocidades e ritmos específicos para que não se estagne em determinados pontos. A circulação energética pelo pulmão, pelo coração e pelo fígado - que não são o mesmo que os órgãos homônimos descritos pela biomedicina - é um aspecto importante no modo de atenção terapêutica de Nei.

O agulhamento, tal como Nei procede há mais de 20 anos no Ambulatório, permite o médico atingir os meridianos, alterar a circulação do chi e ser preciso em alcançar os pontos que produzem os melhores resultados. Embora não sejam visíveis, meridianos, pontos e *chi* são elementos universais do corpo humanos e quando atravessados por agulhas, alinham-se num mesmo fluxo, em um mesmo conjunto de *correspondências*, capazes de terminar com as dores e aquilo que estiver com ela associado.

Se, por um lado, a dor é o motivo central para o encaminhamento de um paciente ao Ambulatório, por outro, não se pode submeter a dor, enquanto experiência, a um tratamento médico. Assim, em um novo jogo entre o que é central e marginal, quanto mais o foco da atenção terapêutica é a *dor*, mais longe dela se deseja ir. O que está por trás da dor, o que ela esconde, ao que está articulada é o que interessa.

Durante o primeiro semestre de 2013 ajudei os médicos do Ambulatório a catalogarem os prontuários de todos os pacientes ativos e inativos que foram por eles atendidos. Certa manhã, enquanto fazia a tarefa junto com Nei, encontrei um prontuário em que uma paciente que havia esperado o atendimento por três anos estava descrita como “pessoa irritada - Reclamou muito da espera”. Comentei com Nei que a irritação era, no mínimo justificável, e que não entendia o porquê da frase em um prontuário. Sem tirar os olhos dos prontuários que analisava, Nei disse lembrar da paciente e que essa descrição não somente estava no lugar como também foi fundamental para o desencadeamento de todo o processo terapêutico dispensado a ela que, com aquele tipo de irritação, “estava, obviamente, com estagnação do *chi* no fígado. A dor que ela sentia era só uma das decorrências disso”.

Eduardo é atualmente um dos principais articuladores do Geanf e responsável pela adesão recente de outros médicos ao grupo. Alguns dos usuários por ele atendidos participam como voluntários em pesquisas que o médico desenvolve sobre neuromodulação a partir do uso de agulhas. Em suas consultas, Eduardo reconhece a dor como o fator que mobiliza o paciente a procurar o Ambulatório, contudo, insiste na ideia de que “a dor vai melhorando sozinha, conforme a gente trata a função”. Por isso, dizia o médico enquanto examinava Roberto, “eu não estou muito preocupado se o seu problema é bursite ou tendinite, o que me interessa é o que você consegue e o que você não consegue fazer com esse braço”. Roberto, mecânico de automóveis, respondeu ao comentário erguendo os braços a meia altura e dizendo “isso é tudo o que eu consigo”. Em termos técnicos, conforme disponível em um texto de divulgação da acupuntura neurofuncional:

O objetivo [da acupuntura neurofuncional] é melhorar a disfunção e promover a atividade de auto-regulação do sistema nervoso, *o que leva secundariamente à melhora da dor*. Desta forma, a resposta fisiológica da inserção de agulhas de acupuntura em zonas neuroreativas apropriadas do corpo humano, e sua subsequente estimulação (que dependendo do alvo funcional poderá ser realizada com ou sem eletricidade), induz e desencadeia respostas reflexas em diversos níveis do sistema nervoso tais como respostas reflexas locais, espinais e supra-espinais, em direção à homeostase (Couto; Bandeira, mimeo).

Para fazer a estimulação adequada, as agulhas usadas por Márcia, Nuno e Eduardo, devem ser punçadas em determinadas zonas neuroreativas que, por sua vez, produzirão respostas do sistema nervoso. A profundidade do agulhamento, que deve proporcionar o contato da agulha com as áreas de maior *valor terapêutico potencial*, é central para o procedimento. Invariavelmente, explicava-me Nuno, “as zonas neuroreativas mais eficazes são as associadas a lugares onde tem bastante inervação, como as articulações. Então você não pode só colocar a agulha na superfície, tem que ser profundo”.

A profundidade é aliada a outro procedimento que potencializa os efeitos deste modo de atenção terapêutico, a eletroestimulação. Tal ação é realizada por meio de um aparelho, que emite correntes elétricas, ligado às agulhas inseridas no corpo dos pacientes. Reconhecidamente, por parte dos médicos do Geanf, não há uma padronização sobre quais são as frequências mais adequadas para cada tipo de tratamento, ainda que hajam indicações gerais, tais como: frequências muito baixas são usadas para regeneração de tecidos locais e as somente baixas regulam o fluxo sanguíneo localmente. A neuroestimulação ao mesmo tempo que é um procedimento de ação terapêutica, também constitui-se como um indicador das respostas que o corpo tratado poderá dar aos agulhamentos.

Depois de agulhar e ligar o aparelho de estimulação às agulhas, Márcia comenta com a Juliana, a estudante que atendia, que aquela havia sido sua melhor sessão do dia. “Olha que beleza, seu corpo está respondendo a todas as agulhas. Cada agulha pula na intensidade que eu liguei no aparelho, está vendo?” Aquela indicação da resposta do corpo ao estímulo elétrico prenunciava sua capacidade de auto-regulação.

Ainda que o modo de atenção terapêutico promovido pelos médicos de Geanf esteja baseado na existência de sistemas vitais sobrepostos e organicamente articulados (falo das relações entre sistema circulatório, estrutura músculo esquelética, sistema linfático e etc), o sistema nervoso e, por conseguinte, o cérebro, constituem a principal referência para seus agulhamentos. Por mais sistêmicas que as respostas e auto-regulações possam ser, elas dependem, invariavelmente, do funcionamento dos estímulos produzidos pelas agulhas *no*

sistema nervoso. Assim, a dor passa a ter uma relação matricial com o sistema nervoso. De modo que, os médicos usam tal sistema como meio para extirpar a dor que o paciente sente e, no mesmo passo, a própria dor depende do cérebro e de suas inervações para poder ser experimentada.

O ideograma da relação entre yin e yang colocada na porta do Ambulatório da Dor expressa muito pouco sobre o modo de atenção terapêutico empreendido pelos médicos do Geanf. Após algum tempo da criação do grupo e da realização de alguns seminários para difusão do uso de agulhas como ferramenta de neuromodulação, tais médicos criaram seu próprio repertório imagético. Uma de suas imagens mais emblemáticas e utilizadas nos materiais do grupo, é uma agulha, que também é uma coluna vertebral (fundamental para a proteção do sistema nervoso) em cuja ponta está um cérebro.



Embora a visibilidade dos cursos e materiais produzidos pelo Geanf tenham adquirido cada vez mais visibilidade, não é sem controvérsias que suas perspectivas, procedimentos e materialidades têm se difundido.

Modos de atenção terapêutico e sua legitimação.

Em 3 de maio de 2006 o presidente Luiz Inácio Lula da Silva aprovou, por meio da portaria 971, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PIC) no Sistema Único de Saúde (SUS). Tal política tem por finalidade assegurar e promover o acesso, no sistema público de saúde brasileiro, à medicina tradicional chinesa, à homeopatia, à fitoterapia, ao termalismo e à medicina antroposófica. Essa política é, de alguma maneira, resultado de um movimento mais amplo que vem, desde a década de 1970, procurando atribuir legitimidade aos “saberes tradicionais” sobre saúde e doença.

Em 1978, a Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde de Alma-Ata, na extinta União Soviética, recomendou, pela primeira vez em termos oficiais, *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. (Brasil, 2009: 17).

Ainda em 1978, a Organização Mundial de Saúde (OMS) criou o Programa de Medicina Tradicional cujo objetivo era promover a integração da Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa nos sistemas nacionais de atenção à saúde. Na década de 1980 tal programa converteu-se em um departamento da OMS. Atualmente, segundo dados dessa Organização, 30% de seus países membros dispõem de políticas para a integração da Medicina Complementar em seus sistemas de saúde e mais de 60% já formularam regulações para as Práticas Integrativas e Complementares (PICs) (Brasil, 2006). No continente americano, México, Cuba, Estados Unidos e Bolívia são pioneiros na implementação desse tipo de política. O Brasil, por sua vez, tem se destacado pela acelerada incorporação das PICs no SUS e pela promoção de algumas terapias ainda não aprovadas noutros países – como a medicina antroposófica e o termalismo.

Embora a oficialização dessa política no Brasil tenha ocorrido somente em 2006, sua demanda pode ser observada desde as primeiras Conferências Nacionais de Saúde, quando as diretrizes do SUS ainda estavam em fase de discussão. Na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, por exemplo, aprovou-se *a introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o acesso democrático de escolher a terapêutica preferida.* Foi somente em 2003, contudo, que o Ministério da Saúde instituiu um Grupo de Trabalho para a elaboração de uma política nacional de terapias alternativas e para a realização de diagnósticos acerca das práticas já existentes nas Unidades Básicas de Saúde do país. Após três anos de funcionamento desse GT, seis terapêuticas e diversas práticas corporais foram aprovadas, tornando seu oferecimento gratuito e universal no SUS.¹²

Neste contexto, foi justamente a partir de princípios como holismo, integralidade e espiritualidade que Terapias Alternativas/Complementares adquiriram legitimidade para sua oferta na saúde pública brasileira. Aos médicos do Geanf, recorrentemente recaem acusações sobre o caráter não holístico, não integral e não atento à espiritualidade dispendido em seu

¹² Desde sua implantação, foram realizados concursos para a contratação de especialistas não-médicos em diversas unidades da federação, foram promovidos mais de 5 seminários nacionais pelo Ministério da Saúde, além da regulamentação por parte de órgãos federais (como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária) para o cultivo de plantas destinadas às terapias e para a criação de farmácias especializadas em seus medicamentos. No ano de 2010, segundo os dados do Ministério da Saúde, mais de 1 milhão de consultas e práticas corporais foram realizadas no âmbito das PICs. Levando em conta somente a acupuntura, nesse mesmo ano, o investimento do governo federal ultrapassou 4 milhões de reais. Dados disponíveis no SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica - <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/>).

modo de atenção terapêutico. Negar a compatibilidade entre aquilo que os médicos engajados no Geanf fazem e os termos previstos pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares implica, em última instância, em não poder mais realizar o pagamento dos médicos do grupo e dos insumos que utilizam no Ambulatório.

Tais médicos, por sua vez, coadunam com a posição assumida pelo Sindicato Médico do Rio Grande do Sul que, numa ação articulada com outros sindicatos médicos, ingressou com uma ação civil pública no Tribunal Regional Federal da 4a. Região requerendo que o Estado brasileiro se abstenha:

a) de permitir, no âmbito do SUS, **a realização de tratamento de pacientes através de acupuntura por profissionais que não sejam médicos**; b) de continuar oferecendo de forma generalizada, também do âmbito do SUS, tratamentos **sem eficácia científica comprovada**, tais como fitoterapia, creonoterapia e termalismo social; c) alternativamente, a suspensão dos dispositivos da Portaria 971/2006 do Ministério da Saúde, de forma a manter a sistemática anterior, **na qual o exercício da acupuntura era privativo dos médicos e quaisquer tratamentos sem comprovação científica deveriam passar pelo consentimento informado pelo paciente.** (grifos meus)¹³

É a partir da alegação de que o modo de atenção terapêutico do Geanf está contribuindo para o aprimoramento dos princípios científicos que orientam a prática e princípios do agulhamento, que os médicos relacionados ao grupo se posicionam nesta controvérsia. “O que a gente está fazendo”, me dizia Márcia, “é uma grande coisa, estamos traduzindo a acupuntura do chinês para o ‘cientifiquês’. O que eles querem mais?”

Ao longo deste texto procurei apresentar etnograficamente alguns aspectos das controvérsias envolvidas com os modos de atenção terapêuticas dirigidos à dor em um Ambulatório da rede de saúde pública de Porto Alegre. Tais controvérsias, longe de estarem associadas a questões exclusivamente técnicas do tratamento médicos, extrapolam o âmbito do Ambulatório e se inserem em um contexto mais amplo das políticas de saúde no Brasil. Nesta análise, ao sublinhar a importância das materialidades e dos procedimentos, não busquei fazê-lo para tornar estes aspectos os centros destas controvérsias, mas, antes disso, para afirmar provocativamente que mesmo a agulha, enquanto material, e o agulhamento, como procedimento, longe de serem estáveis e unívocos, se multiplicam em suas correspondências com meridianos, chi, cérebro, eletricidade e corpos.

Referências

¹³ Ação civil pública número: 2006.71.00.033780-3 (RS) / 0033780-12.2006.404.7100.

APPADURAI, Arjun. *The social life of things : commodities in cultural perspective*. Nova York : Cambridge University Press, 1990.

BENNETT, Jane. *Vibrant Matter: A Political Ecology of Things*. Durham, NC: Duke University Press, 2010.

CHAKRABARTY, Dipesh. "Postcoloniality and the artifice of history: who speaks for 'Indian' pasts?" In: MONGIA P. (org.). *Contemporary Postcolonial Theory: A Reader*. Nova Delhi: Oxford University Press, 1997, p. 223-247.

CLARKE, A. E.; SHIM, J. K. et al. Biomedicalization: technoscientific transformations of health, illness, and us biomedicine. *American Sociological Review*, v. 68, p. 161-194, 2003.

COUTO, Claudio; BANDEIRA, Janete. *Fundamentos de acupuntura neurofuncional*. (mimeo).

FLECK, Ludwik. *Gênese e Desenvolvimento de um Fato Científico*. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010.

FOUCAULT, Michel. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Editora Forense-Universitária, 1977.

GIERYN, Thomas F. . Boundary-Work and the Demarcation of Science from Non-Science: Strains and Interests in Professional Ideologies of Scientists. In: *American Sociological Review* Vol. 48, No. 6, pp. 781-795, 1983.

HARAWAY, Donna. Saberes Localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. In *Cadernos Pagu* (5): pp. 07-41, 1995.

HARAWAY, Donna; KUNZRU, Hari; TADEU, Tomaz (Org.). *Antropologia do ciborgue: as vertigens do pós-humano*. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

INGOLD, Tim, *Toward an Ecology of Materials* (October 2012). *Annual Review of Anthropology*, Vol. 41, pp. 427-442, 2012.

INGOLD, Tim. *The Perception of the Environment. Essays in livelihood, dwelling and skill*. London/New York: Routledge, 2000.

INGOLD, Tim. *Being Alive: essays on movement, knowledge and description*. Londres e Nova York: Routledge, 2011.

LATOURE, Bruno. *Jamais Fomos Modernos*. São Paulo: Editora 34, 1994.

_____. *Ciência em Ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora*. São Paulo: Editora UNESP, 2000.

_____. LATOURE, Bruno. *Reassembling de Social: An Introduction to Actor-network- theory*. Oxford: Oxford University Press, 2005.

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*, London, v. 19, n. 3, p. 387-420, 1989.

TONIOL, Rodrigo. Em nome da saúde: comentários sobre espiritualidade e corpo na implantação de terapias alternativas no SUS. In: *Corpo, cultura e Religião*. No prelo.

Documentos consultados:

ALMA-ATA. Conferência Internacional. 6-12 Setembro 1978 – Cuidados primários de saúde: declaração de Alma-Ata. Lisboa: Gabinete de Estudos e Planeamento, 1978.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

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 /Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

