



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA

TEÓGENES LUIZ SILVA DA COSTA

**DISCURSOS SOBRE A INTERDIÇÃO À AUTO-HEMOTERAPIA:
GENEALOGIA DE UM FATO MÉDICO-CIENTÍFICO**

FORTALEZA

2017

TEÓGENES LUIZ SILVA DA COSTA
DISCURSOS SOBRE A INTERDIÇÃO À AUTO-HEMOTERAPIA: genealogia
de um fato médico-científico

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal do Ceará, como pré-requisito parcial para a obtenção do grau de Doutor.

Orientador: Professor Dr. Antonio George Lopes Paulino.

FORTALEZA

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

C876d Costa, Teógenes Luiz Silva da.
DISCURSOS SOBRE A INTERDIÇÃO À AUTO-HEMOTERAPIA : genealogia de um fato médico-científico / Teógenes Luiz Silva da Costa. – 2017.
209 f. : il. color.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Humanidades, Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Fortaleza, 2017.

Orientação: Prof. Dr. Antonio George Lopes Paulino.

1. Auto-hemoterapia. 2. Interdição. 3. Conhecimento Científico. 4. Saber-Poder. I. Título.

CDD 301

TEÓGENES LUIZ SILVA DA COSTA

**DISCURSOS SOBRE A INTERDIÇÃO À AUTO-HEMOTERAPIA: genealogia
de um fato médico-científico**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal do Ceará, como pré-requisito parcial para a obtenção do grau de Doutor. Área de concentração: Sociologia.

Orientador: Professor Dr. Antonio George Lopes Paulino.

Aprovada em: ___ / ___ / ____.

BANCA EXAMINADORA:

Professor Dr. Antonio George Paulino Lopes (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Professor Dr. Leonardo Damasceno de Sá
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Professor Dr. Francisco Ursino da Silva Neto
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Professora Dr^a. Violeta Maria de Siqueira Holanda
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB)

Professor Dr. João Tadeu de Andrade
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

À minha família. De forma especial,
avós Amélia e Francisca, e avôs José e
Eugênio.

AGRADECIMENTOS

Agradecer é, também, um ato de reconhecimento. Reconhecer as próprias limitações e, dessa forma, as ajudas que possibilitaram que tais limites fossem superados. Desse modo, sou e serei eternamente grato à minha família, aumentada e enriquecida por Bárbara Cunha, amada companheira, dádiva da vida. No que tange à dimensão acadêmica, devo grandes agradecimentos a Antonio George, exímio orientador, afetuoso e sábio ser humano. Em sua sabedoria e compreensão, ajudou-me a expandir os horizontes de minha formação. Esses seres humanos me ajudaram, e me ajudam, a superar minhas limitações existenciais, morais etc.

Os agradecimentos anteriores dizem respeito à dimensão subjetiva dos processos da vida. No entanto, como a existência possui dimensões objetivas, devo gratidão ao ex-presidente Luiz Inácio Lula da Silva e à presidenta Dilma Vana Rousseff, porque, mesmo obedecendo não mais que a obrigações constitucionais (que, não raro, são desrespeitadas), garantiram o direito de eu cursar uma pós-graduação (desde o mestrado) totalmente financiada com dinheiro público, através da CAPES, a qual aproveito para igualmente agradecer, junto ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal do Ceará – UFC.

Sou grato aos professores membros desta banca e que estiveram presentes na qualificação deste trabalho, Ursino Neto e Leonardo Sá, que contribuíram imensamente para o aprofundamento do estudo. Igualmente, agradeço aos professores que formam a banca de defesa desta tese, composta por esses dois ilustres professores, acrescida da professora Violeta Maria de Siqueira Holanda e do professor João Tadeu de Andrade.

Agradeço ainda, aos meus bons amigos. Irei nomear alguns, mesmo sob risco de cometer injustiças: Juliana Martins, Diego Cunha, Neide, José Soares, Lúcio Serafim, Raquel Viana, Evandro Magalhães, Raquel Mesquita, Joyce Martins, Fábio Chaves, Carla Chaves, Paulo Filho, Gabriela, Jesus Marmanillo. Meus amigos formam, juntamente com minha família, meu maior tesouro. Gostaria de registrar um agradecimento especial e dedicar este escrito a um “interlocutor-informante”, sem o qual esta pesquisa não teria tomado a forma que adquiriu, refiro-me ao professor Ursino. Muito obrigado pela luz que o senhor lançou sobre esta investigação.

Desse isolamento doentio, do deserto desses anos de experimento, é ainda longo o caminho até a enorme e transbordante certeza e saúde, que não pode dispensar a própria doença como meio e anzol para o conhecimento, até a madura liberdade do espírito, que é também autodomínio e disciplina do coração e permite o acesso a modos de pensar numerosos e contrários – até a amplidão e refinamento interior que vem da abundância, que exclui o perigo de que o espírito porventura se perca e se apaixone pelos próprios caminhos e fique inebriado em algum canto; até o excesso de forças plásticas, curativas, reconstrutoras e restauradoras, que é precisamente a marca da grande saúde, o excesso que dá ao espírito livre o perigoso privilégio de poder viver por experiência e oferecer-se à aventura: o privilégio de mestre do espírito livre! No entremeio podem estar longos anos de convalescença, anos plenos de transformações multicores, dolorosamente mágicas, dominadas e conduzidas por uma tenaz vontade de saúde, que frequentemente ousa vestir-se e travestir-se de saúde. Há um estado intermediário, de que um homem com esse destino não se lembrará depois sem emoção: uma pálida, refinada felicidade de luz e sol que lhe é peculiar, uma sensação de liberdade de pássaro, de horizonte e altivez de pássaro, um terceiro termo, no qual curiosidade e suave desprezo se uniram. Um ‘espírito livre’ – esta fria expressão faz bem nesse estado, aquece quase.

Friedrich Nietzsche

RESUMO

Esta tese intenciona apresentar os conhecimentos alcançados a partir de pesquisa referente ao processo que leva à interdição imputada a uma “técnica” de saúde denominada auto-hemoterapia (AHT). Aqui se pretende demonstrar a dimensão política da ação (tomada, em conjunto, por entes políticos e biomédicos) de tornar “interdita” a profissionais de saúde a prática da AHT. A interdição à AHT é aqui tratada como um acontecimento perpassado por três dimensões da vida social, a saber: a econômica, a científica e a política. O enfoque central é concentrado nas duas últimas. A tese que apresento aqui, é a de que a mudança nos parâmetros de cientificidade na medicina foi influenciada pela descoberta da penicilina. Desenvolvo esta tese a partir de algumas hipóteses, a saber: 1) Os agentes “médicos-cientistas” (ou biomédicos, figurados no Conselho Federal de Medicina) estão realizando uma ação política ao sugerirem a “interdição” à AHT – baseados em alegada falta de cientificidade –, pois não são usadas pesquisas, nos moldes exigidos por eles, que atestem qualquer risco de utilização da terapia; 2) O ato interditivo é resultado de um “pensamento institucional”; 3) A interdição à AHT se baseia na mudança nos critérios de cientificidade e na diminuição da “autoridade médica” na produção de conhecimentos em saúde para os saberes farmacológicos.

PALAVRAS-CHAVE: Auto-hemoterapia; Interdição; Conhecimento Científico; Saber-Poder.

ABSTRACT

This thesis intends to present the knowledge obtained from research concerning the process that leads to the interdiction attributed to a health "technique" called autohemotherapy (AHT). Here it is intended to demonstrate the political dimension of the action (taken, jointly, by political and biomedical entities) to make health practitioners "forbidden" to practice AHT. The interdiction of the AHT is treated here as an event permeated by three dimensions of social life, namely, economic, scientific and political. The central focus is concentrated on the latter two. The thesis I present here is that the change in the scientific parameters of medicine was influenced by the discovery of penicillin. I develop this thesis from some hypotheses, namely: 1) "Medical-scientific" agents (or biomedical ones, figured in the Federal Medical Council) are carrying out a political action in suggesting the "ban" to the AHT – based on alleged lack of scientificity – since no research is used, Required by them, attesting to any risk of using the therapy; 2) The interdictive act is the result of an "institutional thought"; 3) The prohibition of AHT is based on the change in the criteria of scientificity and the reduction of "medical authority" in the production of health knowledge for pharmacological knowledge.

KEYWORDS: Autohemotherapy; Interdiction; Scientific knowledge; Know-Power.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01: Diálogo entre internautas praticantes da AHT.....	27
Figura 02: Print Screen da página de resposta da busca sobre a AHT nos jornais.	64
Figura 03: Artigo que atribui a invenção da AHT a um médico italiano.	88
Figura 04: Gráfico da distribuição etária de usuários da AHT.....	104
Figura 05: Gráfico sobre a escolaridade dos usuários da AHT.....	104
Figura 06: Gráfico etário de matrículas do Ensino Superior.....	105
Figura 07: Gráfico da divisão por sexo dos usuários da AHT.....	106
Figura 08: Anúncio de uma reunião de médicos pernambucanos.....	122
Figura 09: Artigo que mostra vários casos clínicos tratados com a AHT.....	128
Figura 10: Propaganda dos serviços de saúde prestados por um enfermeiro.....	130

LISTA DE ABREVIACÕES

AHT – Auto-Hemoterapia

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

BN – Biblioteca Nacional

CFM – Conselho Federal de Medicina

CREMECE – Conselho Regional de Medicina do Ceará

CREMERJ – Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro

ER – Escolha Racional

GIP – Grupo de Informações sobre Prisões

IBCC – Instituto Brasileiro de Controle do Câncer

IPA – International Psychoanalytical Association

MBE – Medicina Baseada em Evidência

ONU – Organizações das Nações Unidas

PPGS – Programa de Pós-Graduação em Sociologia

RME – Registre de Médecine Empirique

STF – Supremo Tribunal Federal

UFC – Universidade Federal do Ceará

RCCT – Randomized Controlled Clinical Trials (Sigla em língua inglesa, no português, é considerada: Estudos Duplo-cego Randomizados)

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO:	11
1.1	A pesquisa: método e procedimentos metodológicos.....	38
1.2	Referencial teórico.....	47
2	PROBLEMATIZANDO O SUJEITO PROBLEMATIZADOR: limites da autoantropologia	57
2.1	Passo a passo da pesquisa: os documentos como lentes.....	62
2.2	Olhar de perto: apurando o olhar do sujeito problematizador	66
2.2.1	Dificuldades em pesquisar médicos: objetividades da proximidade do olhar .	74
2.2.2	Origens da AHT.....	85
3	“AS MEDICINAS” E SEUS DISCURSOS SOBRE A CIÊNCIA	90
3.1	O contexto nacional	91
3.2	O contexto externo	109
4	DAS AGULHAS OCAS À INTERDIÇÃO DA AHT: sociologia e história social	116
4.1	O PASSADO DA AHT: BRASIL E EXTERIOR.....	114
5	OLHAR DISTANCIADO	143
5.1	COMO OCORREM AS MUDANÇAS SOCIAIS?	154
5.2	Guerras das Ciências: o conhecimento em conflito.....	160
6	CONCLUSÃO	167
	REFERÊNCIAS	170
	APÊNDICE – A A AHT em periódicos de 1920-2016.....	177
	APÊNDICE – B Jornais e periódicos estrangeiros que tematizam a AH	185
	ANEXO – I Processo Consulta CFM Nº 4275/07	186
	ANEXO – II Avisa Nota Técnica Nº 1 de 13 de abril de 2007	207
	ANEXO – III Acórdão de Sessão de julgamento CREMERJ	208
	ANEXO – VI Termo de responsabilidade da Enfermeira Ida Zaslavsky...	209

1. INTRODUÇÃO

Esta tese almeja apresentar e discutir os resultados de pesquisa realizada durante o curso de Doutorado em Sociologia. Aspiro através deste trabalho, resultado de intensa investigação, apresentar os conhecimentos obtidos a partir do estudo referente ao processo que leva à interdição imputada a uma “técnica” de saúde denominada auto-hemoterapia¹ (AHT). Para eu chegar a este recorte, houve muitas “idas” e “vindas”, reescrita etc.

Trago parte das proposições da Antropologia, principalmente através de seus representantes clássicos, que tomam como objeto de investigação as “interdições”. Neste sentido, aqui serão tratados como sinônimos os termos interdição, “proibição”, “ilicitude”, “negação” e demais que remetam à ideia de recusa, tanto legal quanto científica, à auto-hemoterapia. Apesar de usar, na maioria das vezes, o termo interdição, a ideia é perceber o “interdito” como “proibição”, tomando como base os pontos 5 e 7 da **Nota Técnica nº 1 de 13 de abril de 2007** emitida pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA (Vide anexo II).

A noção de interdição aqui usada é trazida, principalmente, das proposições teóricas da Antropologia, a exemplo da contribuição de Mary Douglas (2012). Em *Pureza e Perigo*, Douglas, a partir da problematização da noção do binômio sujeira e limpeza (ou pureza e perigo) como algo ligado à concepção social que organiza a vida em sociedade entre puro e impuro, aponta que os grupos sociais criam meios de afastar, e mesmo interditar, o contato dos indivíduos com materiais impuros.

1 A AH é uma prática de saúde, que consiste na retirada de sangue autólogo (puncionado através de alguma veia) e sua imediata reaplicação no próprio indivíduo (em algum músculo, geralmente glúteo ou músculo do antebraço) em tratamento não reconhecida como cientificamente válida pela ANVISA e pelo Conselho Federal de Medicina – CFM.

Na verdade, há uma relação sinonímica entre os conceitos “tabu” e “interdição”². Destarte, aqui se concebe o conceito de tabu do seguinte modo: “é uma interdição, uma proibição categórica... Interdição que não é ordenada por ninguém, mas que parece ser constituída por si mesma, sem nenhum fundamento, nem insinuação de lógica” (RAMALHO; SAUNDERS, 2000, p. 13). O conceito “interdição” ajuda-me a pensar a pressão feita a profissionais de saúde para não utilizarem a AHT, da mesma maneira, o termo auxilia-me a refletir sobre como o processo de mudança ocorrido nos parâmetros de cientificidade na medicina foi influenciada pela descoberta da penicilina, tese principal deste trabalho.

Tal empreitada – ou seja, analisar a mudança ocorrida nos parâmetros de cientificidade na medicina – é realizada partindo-se de determinado ponto de vista: os estudos sobre as relações entre ciência (através da medicina brasileira, representante do pensamento científico aplicado à saúde) e política (já que o “ato proibitivo” foi protagonizado por um ente político, a saber, ANVISA).

A proibição referente à AHT é identificada a partir da Nota Técnica 001/2007/GESAC/GGSTO/ANVISA, publicada pela ANVISA. A nota foi emitida após parecer do Conselho Federal de Medicina (CFM) produzido a pedido da instituição. Entre outras informações, pode-se verificar o seguinte, no que se refere à proibição da AHT:

A Resolução CFM nº 1.499, 26 de agosto de 1998, proíbe aos médicos a utilização de práticas terapêuticas não reconhecidas pela comunidade científica. O reconhecimento científico, quando e se ocorrer, ensejará Resolução do Conselho Federal de Medicina oficializando sua prática pelos médicos no país. Proíbe também qualquer vinculação de médicos a anúncios referentes a tais métodos e práticas. O procedimento ‘auto-hemoterapia’ pode

² Durkheim, em *As formas elementares da vida religiosa* (2008) argumenta, num capítulo sobre ritos e rituais religiosos, que o conceito “tabu” é originalmente uma categoria nativa, dos agrupamentos sociais polinésios, posteriormente apropriado pelas Ciências Sociais: “Eles [ritos] não prescrevem ao fiel a obrigação de prestações efetivas, mas limitam-se a proibir-lhe determinadas maneiras de agir; portanto, assumem todos a forma da proibição, ou, como se diz correntemente em etnografia, do *tabu*. Está última palavra é empregada nas línguas polinésias para designar a instituição em virtude da qual algumas coisas são excluídas do uso comum... A expressão *interditos* ou *proibições* parece preferível” [Grifos originais do texto] (DURKHEIM, 2008, p. 364).

ser enquadrado no inciso V, Art. 2º do Decreto 77.052/76, e sua prática constitui infração sanitária, estando sujeitas às penalidades previstas no item XXIX, do artigo 10, da Lei nº. 6.437, de 20 de agosto de 1977. As Vigilâncias Sanitárias deverão adotar as medidas legais cabíveis em relação à referida prática³ [Grifo meu].

Dessa maneira, é o processo de mudança nos critérios de cientificidade (especificamente no contexto brasileiro), ora legitimador da AHT, ora deslegitimador da mesma prática de saúde, o objeto de pesquisa. O fato de me interessar e tomar como recorte de pesquisa esse determinado contexto social durante tanto tempo (uma vez que pesquiso este objeto desde a graduação) já é, por si só, algo que deve, de minha parte, despertar atenção. Nesse caso específico, tento me “auto-observar” para que meu olhar já “meio naturalizado”⁴ não venha a ser um entrave no processo de investigação. Aponto inicialmente, as principais dificuldades referentes à formulação e condução deste estudo, pois mesmo que estas não fossem anteriormente claras, desde o início da pesquisa de doutorado, já se faziam presentes no processo de raciocinar sobre a temática aqui em discussão.

Uma das primeiras dificuldades, posta ainda na construção do projeto de pesquisa apresentado à banca de seleção para ingresso ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia, na Universidade Federal do Ceará - UFC, surgiu antes mesmo do início das atividades de escrita daquele texto. Tal situação dizia respeito a tornar clara a diferença entre as pesquisas de graduação e mestrado, anteriormente realizadas por mim, e o estudo a ser desenvolvido no doutorado.

Outra grande dificuldade apareceu quando, firmado (mesmo que provisoriamente) o “universo” da pesquisa, a saber, agentes responsáveis pela produção de conhecimento sobre os processos de saúde-doença – vale ressaltar que, até meados da pesquisa, eu ainda imaginava que os interlocutores seriam médicos ligados aos Conselhos de Medicina e agentes relacionados à ANVISA –, comecei a tentar contatar

³ Vide Anexo II.

⁴ É importante adiantar que, além de pesquisar a interdição à AH, faço uso dessa técnica de saúde desde 2008. Na verdade, o interesse por pesquisa-la se deu em razão do espanto causado pelo primeiro contato. Mais à frente irei me ater melhor a esta explicação.

tais profissionais, e, ao conseguir contatá-los, mais complicado era obter aceitação por parte dos médicos para dialogarem comigo a respeito da problemática situada em torno da interdição à AHT.

A percepção de que os médicos (e preferencialmente os que ocupassem cargo de conselheiro em sua respectiva instituição⁵ representativa) deveriam ser os interlocutores que me ajudariam a pensar o processo de proibição à AHT deu-se a partir da constatação de que o Parecer do CFM e a nota da ANVISA foram emitidos por instituições que possuem médicos em seus quadros. No entanto, o Parecer do CFM é assinado por apenas um sujeito, emergindo a antiga questão indivíduo versus sociedade. Almejando problematizar essa situação, sigo a antropóloga Mary Douglas, ao observar que “as instituições pensam” e ao investigar como a instituição (ou instituições) que produziram o ato proibitivo em relação à AHT pensam.

A minha inserção direta no campo a ser investigado foi bastante problemática. Tentei, através de colegas do meu orientador que são médicos, dar início a diálogo com determinada médica vinculada à Universidade Federal do Ceará. Inicialmente, na intenção de não afastar a possível interlocutora, não informei àquela profissional o conteúdo da pesquisa. No entanto, após algumas tentativas, ela me pediu para que enviasse as perguntas que eu gostaria de fazer-lhe, e a resposta que me deu foi que ela não possuía domínio sobre a temática e que devido a isto, não iria dar continuidade à ideia de dialogarmos. Todavia, sugeri outro médico, com o qual não consegui contato. Essas dificuldades serão exploradas, oportunamente, mais adiante.

O recorte de pesquisa anteriormente explicitado contou com uma importante ajuda. Em diálogo com professor de formação médica, da Faculdade de Medicina do Ceará, ele sugeriu que eu poderia investigar a mudança nos critérios de cientificidade, na área das ciências da saúde. Isto poderia ser alcançado estudando o parecer e a Nota

⁵ Antes de seguir, é importante destacar que o conceito de *instituição* aplicado neste trabalho é retirado de Douglas (2012), que o caracteriza como “um agrupamento social legitimado” (p. 56).

emitida pela ANVISA. Deste modo, fui impelido a usar dados documentais como fonte primária de informações a serem analisadas.

Uma vez que tomo, em ambos os estudos precedentes (monografia e dissertação de mestrado), como objeto de análise uma mesma realidade social (proibição à AHT), é necessário esclarecer o que os diferencia. Na pesquisa realizada durante a graduação em Ciências Sociais, a proibição à AHT chamou minha atenção aos indivíduos que se tratavam (“pacientes”) através dessa técnica. Assim, apesar de ter entrevistado alguns poucos profissionais da saúde, direcionei o esforço analítico aos “usuários” da AHT. Naquela pesquisa, eu investigava o uso da AHT (mesmo apesar de sua proibição) do ponto de vista das práticas ritualizadas.

Durante o curso de mestrado em Sociologia na Universidade Federal da Paraíba, percebi que investigar a proibição à AHT poderia seguir dois caminhos distintos, dando origem até a duas possíveis pesquisas. Eu poderia continuar a investigar os “modos e formas” dos quais os sujeitos que aderiam à prática dessa terapêutica “marginalizada” dispunham para acessar e se tratar com a mencionada técnica, ou focar apenas nos médicos e no processo de produção de conhecimentos, dentro das Ciências da Saúde, tidos como verdadeiros. Escolhi seguir a segunda opção, e centralizei a tarefa investigativa nas “controvérsias” que permeavam tal interdição.

Por ocasião da defesa da dissertação, fui alertado pela banca de que a problemática envolvendo a “proibição” da AHT poderia ser melhor analisada, e de forma mais aprofundada, a partir da ótica da relação entre saber e poder, dimensão pouco desenvolvida no mestrado. Nesse sentido, almejo, com esta pesquisa, aprofundar os estudos em torno da ação de proibição desta técnica no Brasil, inserida no contexto de mudança nos critérios de cientificidade observados na medicina.

Desta maneira, insiro na problemática em análise um dado de pesquisa colhido durante aquele estudo e ainda não explorado: o fato de que a AHT é utilizada

em outros países, notadamente, num país ibérico, Portugal⁶. Naquela nação, a AHT é institucionalizada, e existe um Centro Médico (Karma Clinic) que, entre outras terapêuticas, usa a AHT em seus pacientes⁷.

Por fim, gostaria de expor que o presente esforço pretende ser uma, entre tantas possíveis, “falas sobre a sociedade”, tal como propõe Becker (2009):

Somos todos curiosos em relação à sociedade em que vivemos. Precisamos saber, na base mais rotineira e da maneira mais comum, como a nossa sociedade funciona. Que regras governam as organizações de que participamos? Em que padrões rotineiros de comportamento outras pessoas se envolvem? Sabendo essas coisas, podemos organizar nosso próprio comportamento, aprender o que queremos, como obtê-lo, quanto custará, que oportunidades de ação várias situações nos oferecem. Onde aprendemos estas coisas? Da maneira mais imediata, a partir das experiências de nossa vida diária. Interagimos com todas as espécies de pessoas, grupos e organizações (...) Assim, procuramos “representações da sociedade” em que outras pessoas nos falam sobre todas essas situações, lugares e épocas que não conhecemos em primeira mão, mas sobre os quais gostaríamos de saber (BECKER, 2009, p. 17-18).

Desse modo, é possível notar que Becker aponta que os pesquisadores sociais, da mesma forma como o “sujeito comum” (não acadêmico), apreendem a realidade que investigam através de mecanismos de interação social. Ou seja, a partir da “experiência social de tipo face a face”⁸ (*ibidem*, p. 18) entre o pesquisador e os sujeitos inseridos no contexto da pesquisa. As “representações da sociedade” são apreendidas pelo investigador a partir de seu inter-relacionamento com o “objeto” de estudo.

⁶ Ressalto que há outros países em que a AHT é legalizada enquanto tratamento médico; intenciono apontá-los mais à frente.

⁷ Ressalto que ao investigar o contexto de legalização em Portugal, aos poucos, fui me deparando com a prática da AH em outros países, tais como: Espanha, França e Suíça. No entanto, o referente principal é o contexto português.

⁸ Apesar de mencionar um conceito chave da linha teórica conhecida como Interacionismo Simbólico, Becker não faz menção a esta matriz de pensamento. No entanto, faz-se necessário lembrar que tal linhagem teórica é atribuída à Escola de Chicago, a exemplo da “primeira geração”, Robert E. Park, Florian Znaniecki, Hebert Blumer, Everett Hughes etc., bem como dos “herdeiros” de tal escola, como Goffman (1992), Berger & Luckmann (1985).

Como resultados das investigações, os pesquisadores constroem sua própria representação referente à realidade investigada. E as representações criadas pelos investigadores são também falas sobre a sociedade. Com esta pesquisa, pretendo oferecer a “representação” – construída a partir da coleta e sistematização dos dados investigados – elaborada por mim relativa à temática aqui em debate.

Nas páginas que se seguem, apresento as discussões e ideias que surgiram ao longo da pesquisa. Tais ideias são entendidas como “minha fala” – elaborada em meio aos processos de investigação, que levam em conta interlocutores e outros sujeitos que enriqueceram meu olhar – sobre as questões abordadas neste espaço.

Este estudo aponta ainda, a partir da análise sistemática de dados colhidos durante a pesquisa, que a proibição à AHT é resultado, entre outros fatores, de ações coletivas protagonizadas por médicos, entre outros sujeitos sociais. Assim, cabe ressaltar que o principal objetivo da investigação é analisar a mudança no padrão de cientificidade relativa ao contexto do saber médico-científico que tornou possível a AHT passar de prática científica a não-científica. Nessa perspectiva, aparecerão “questões transversais” referentes à problemática central anteriormente apresentada. Ressalto que, no intuito de alcançar esse objetivo, opto por analisar o contexto proibitivo, vivenciado aqui no Brasil, e a situação de legalização que ocorre, por exemplo, em Portugal⁹.

Inicialmente, exponho as escolhas e os caminhos teórico-metodológicos que serviram de fio condutor no desenvolvimento do estudo. Um dos aprendizados mais marcantes, durante a pós-graduação, foi possibilitado pela leitura de George Simmel. O autor, ao se debruçar sobre a “natureza” dos estudos sociológicos, propõe uma comparação interessante: a Sociologia deve, ao estudar a sociedade, “mover-se” e se debruçar sobre aquilo que deseja pesquisar a “diferentes distâncias”. Perceber essa sutil sugestão simmeliana no que diz respeito aos estudos sociais foi, de certa forma, custoso.

⁹ Justifico a razão de optar por investigar a legalização em Portugal por ter sido o primeiro exemplo encontrado em que a técnica é praticada ainda hoje e principalmente, em razão dos laços sócio históricos do passado colonial.

Simmel não era um autor tão lido nos cursos de graduação, mesmo sendo considerado por muitos estudiosos como um clássico das Ciências Sociais. Sem a leitura seminal de Simmel, ainda na graduação, é bem comum haver um entendimento, quase generalizado, de que há uma espécie de polarização entre os pensadores sociais clássicos, apontados como *holistas* ou *individualistas*, segundo suas respectivas formas de análise da realidade social.

Para tentar escapar ao maniqueísmo que incide sobre as pesquisas sociais entre macro e micro análises, Simmel propõe um pensamento que fica claro na analogia criada por ele para exemplificar a proposta. Nas palavras do autor:

Na verdade, o conhecimento precisa ser compreendido segundo um princípio estrutural totalmente diferente, segundo um princípio que, partindo do complexo de fenômenos que aparentemente constituem uma unidade, dele retire um grande número de variados objetos do conhecimento específico – com especificidades que não impeçam o reconhecimento desses objetos de maneira definitiva e unitária. Pode-se caracterizar melhor esse princípio com o símbolo das diferentes *distâncias* que o espírito se coloca em relação ao complexo de fenômenos [grifo meu] (SIMMEL, 2006, p. 13).

Dessa forma, Simmel aponta para o fato de que, nos estudos sociais, há múltiplas possibilidades analíticas, que variam conforme a “posição” tomada pelo observador. “Aproximando-se” ou “distanciando-se” da realidade a ser pesquisada, têm-se “resultados” analíticos diversos, diferentes, não havendo uma visão da realidade “mais verdadeira” que as demais. A partir da escolha do objeto, o pesquisador “opta” por uma posição para observar o fenômeno:

A imagem obtida a partir de uma distância, qualquer que seja ela, tem sua própria legitimidade e não pode ser substituída (...). A diferença existente é somente aquela que se dá entre os diversos propósitos do conhecimento, os quais correspondem a diferentes posições de distanciamento (*ibidem*, p. 14).

Trago essa reflexão de Simmel para apontar minhas escolhas. Acredito que, nas pesquisas que tomam sociedades e culturas como interesse de conhecimento, seja mais significativo e proveitoso não descartar variadas formas de análises. Nesse sentido,

teorias e metodologias aplicadas a contextos macro e/ou microssociais nos ajudam na difícil tarefa de compreender¹⁰ a realidade sociocultural.

Segundo a linha de raciocínio exposta por Simmel, acredito ainda que o esforço analítico realizado pelo pesquisador, a partir de uma abordagem de perto e de longe, possibilita ponderações pertinentes sobre aquilo a que se propõe estudar. Tal como sugere Lévi-Strauss (2005), em relação aos estudos socioculturais, é necessário tomar certa distância histórico-etnológica, bem como uma necessária aproximação etnográfica. Esta ideia de distância histórico-etnológica e aproximação etnográfica, desenvolvo a partir da leitura de entrevistas de Lévi-Strauss concedidas à antropóloga Beatriz Perrone Moisés, e a Didier Eribon, esta última, publicada sob o título *De perto e de Longe*.

Lévi-Strauss, além de corroborar a ideia de que os estudos sociais deveriam pesquisar seus “objetos” a variadas “distâncias”, apontou para a necessidade de superação das proposições, aparentemente antagônicas, entre teorias sociológicas conhecidas por estudar a sociedade a partir do “conflito” ou do “consenso”, vistos como “preceitos constitutivos” das sociedades. Esse posicionamento é notório a partir da resposta dada a uma questão levantada por Eribon, em relação a determinada crítica, realizada por Bourdieu, à obra *As estruturas elementares do parentesco*: “Pierre Bourdieu, por sua vez, apoia-se em seus estudos etnológicos sobre a Kabylie... para impugnar sua ideia de ‘regras’ matrimoniais e substituí-las pela de ‘estratégias’” (LÉVI-STRAUSS, 2005, p. 149). Em resposta:

Não fiquei surpreso, porque os centros de interesse com o tempo se deslocam. Enfatizam-se ora os aspectos regrados da vida social, ora os aspectos em que parece manifestar-se uma certa espontaneidade. Na verdade, existem regras e estratégias. As estratégias podem acotovelar as regras, mas também é raro que, numa sociedade e numa época determinada, as estratégias de que os indivíduos dispõem, por sua vez, não obedeçam às normas, e assim por diante. O importante é saber qual nível de observação mais proveitável

¹⁰ O conceito *compreender* (“compreensão”) aqui aplicado é trazido da Sociologia Compreensiva desenvolvida na Alemanha entre os séculos XIX e XX. O conceito, melhor definido por Wax Weber (2004) – mas também observável em pensadores como George Simmel e Thorstein Veblen, entre outros – foi formulado tendo como referencial filosófico o pensamento neokantiano que, ao discutir temas como liberdade humana, coloca no foco dos debates o indivíduo enquanto “força motriz” de ação no mundo.

no atual estado de conhecimento e diante de uma determinada pesquisa. Será um ou outro, ou ambos ao mesmo tempo. Levando essa discussão para um terreno mais geral, acho que as coisas impostas entre "isto" e "aquilo" provam, acima de tudo, que as pretensas "ciências sociais" ou "ciências humanas" de ciências só têm o nome. Nas verdadeiras ciências, os níveis de observação não se excluem; completam-se. Ainda não atingimos essa maturidade (LÉVI-STRAUSS, 2005, p. 149).

É nesse sentido que esta pesquisa intenciona, a partir dos grandes autores que já o fizeram anteriormente, conciliar os ganhos teórico-metodológicos das duas perspectivas de pensamento que norteiam o fazer socioantropológico, a saber, a abordagem macro e a microssocial. Acredito ser possível apoiar-me em pensadores que, intencionalmente, não apenas trilharam como sedimentaram tais caminhos – cada qual a seu modo e referenciando-se a determinada matriz intelectual –, a exemplo de Bourdieu, Elias, Foucault, Latour¹¹ e, mais especificamente, a antropóloga Mary Douglas.

Como apontado na apresentação deste trabalho, a pesquisa parte de determinados pontos, os conhecimentos adquiridos nos cursos de graduação e mestrado. A principal questão, trazida das minhas pesquisas anteriores, diz respeito ao fato de perceber o ato de interdição como sendo perpassado por três dimensões da vida social, quais sejam: a econômica, a científica e a política. Vale ressaltar que não enfocarei, nesta pesquisa, a dimensão econômica.

A justificativa para não inserir a dimensão econômica nesta investigação sobre a ação proibitiva à AHT se deve ao fato de que incluí-la tornariam extensas em demasia as proporções do estudo, pois seria necessário trazer as contribuições teóricas específicas dos estudos econômicos, que são diversos. Caso assim fizesse, poderia não dar conta de toda a tarefa proposta. No entanto, são abundantes os estudos que apontam para a correlação da indústria farmacêutica¹² com o conhecimento científico, por

¹¹ Importante ressaltar que, certamente, as perspectivas teóricas de cada autor são distintas. Em especial ao mencionar Bourdieu e Foucault, deixo claro que não tomo suas teorias em “conjunto”, mas antes, separadamente, buscando complementariedades entre as ideias, especificamente no que tange ao tema “conhecimento”.

¹² Num dos periódicos por mim analisados, também é apontada, por leigos, a percepção da existência de relações entre a indústria farmacêutica e a medicina científica.

exemplo, na influência de questões relacionadas aos processos de saúde-doença, ocasionando uma respectiva interferência na dimensão social da problemática.

Dessa forma, vale mencionar os estudos realizados por Mário César Scheffer, que pesquisou o tema e publicou o seguinte artigo: *Interaction between pharmaceutical companies and physicians who prescribe antiretroviral drugs for treating AIDS* (SCHEFFER, 2014)¹³. Do mesmo modo, sempre que as questões econômicas dialogarem com as temáticas aqui levantadas serão, abordadas, mesmo que não sejam aprofundadas.

Quero frisar que a fração da realidade social, ou seja, o objeto a ser investigado, será estudado a partir do enfoque sobre as dimensões da ciência e da política que influenciam o fenômeno de interdição à AHT. Portanto, serão as ferramentas mais importantes, no sentido de entender essa realidade, aquelas sugeridas pela Antropologia e Sociologia do conhecimento, bem como as abordagens sobre relações de poder.

Esta pesquisa se insere no âmbito dos estudos sociais em saúde. Tal ramo de pesquisa, no Brasil, já está consolidado há algum tempo. Basta que vejamos uma obra, não tão conhecida, de Gilberto Freyre, *Sociologia da Medicina*, publicada em 1967 em Portugal, e em 1983, no Brasil. Nesse empreendimento teórico, o autor analisa, de forma prioritária, “o relacionamento médico-doente, medicina-sociedade, medicina-complexo cultural, medicina-ecologia” (FREYRE, 2009, p. 19). Não obstante esse objetivo, Freyre ainda aponta para algo mais importante, a saber, os “padrões de saúde”, os quais variam, pelo menos em parte, em função de mudanças inerentes a cada cultura (*ibidem*, p. 64). Dito isso, esclareço que busco analisar quais possíveis alterações socioculturais influenciaram a mudança nos padrões de cientificidade (ou, em última instância, a “verdade” biomédica), como propunha Foucault (1984).

¹³ Além de Scheffer, ver: Mara Tognetti Bordogna (2014); Philip Greenland (2009) e principalmente, Béraud (1983), *L'économie médicale, une espérance déçue*.

Baseando-me em Bourdieu (2004b), Freyre (2009) e Foucault (1984), vejo a produção de conhecimento médico-científico, sendo objeto dos estudos sociais e humanos há algum tempo, é caracterizada como algo eminentemente social. Mesmo com amplo acordo em relação ao caráter social da produção de conhecimento, são observadas “controvérsias”¹⁴ as quais não serão aqui analisadas.

Para a Sociologia do Conhecimento, o “fazer científico” não pode ser considerado atividade “monástica”, sem contato com o mundo social, nem uma espécie de esfera sem dimensões de ação próprias: “é preciso escapar à alternativa da ‘ciência pura’, totalmente livre de qualquer necessidade social, e da ‘ciência escrava’, sujeita a todas as demandas político-econômicas” (BOURDIEU, 2004b, p. 21). Esta discussão sobre a dimensão social da produção de conhecimento, especificamente o científico, é aqui retirada dos desenvolvimentos teóricos de autores que deram alguma contribuição à Sociologia da Ciência (ou do conhecimento). Dessa forma, são importantes proposições como as de Bourdieu, em seu texto *Os usos sociais da ciência*, que sugerem haver uma “dimensão social” (campo) específica que compõe o conhecimento científico:

O campo científico é um mundo social e, como tal, faz imposições, solicitações etc., que são, no entanto, relativamente independentes das pressões do mundo social global que o envolve. De fato, as pressões externas, sejam de que natureza forem, só se exercem por intermédio do campo, são mediatizadas pela lógica do campo (BOURDIEU, 2004b, p. 21).

Além de Bourdieu, e até mesmo antes dele, outros teóricos sociais apontaram na mesma direção. É o caso de Georges Gurvitch (1969), e contemporaneamente a ele, Michel Foucault (2008)¹⁵, entre outros. Entretanto, gostaria de enfatizar que, na atualidade, é importante destacar Boaventura de Sousa Santos e

¹⁴ Como sugerem Shinn & Ragouet (2008), ao contribuírem para a Sociologia da Ciência, apontam que, no que se refere às suas explicações sobre o funcionamento da ciência, há dois grupos principais, um que acredita ser a ciência um domínio social totalmente distinto (e até mesmo acima) dos demais domínios sociais – chamados de diferenciacionistas –; e outro que defende não existir distinção ou privilégio social entre a esfera científica e demais agrupamentos sociais.

¹⁵ Ênfase às precauções que se deve ter ao tentar aproximar alguns pontos específicos de autores cujas as bases epistemológicas de seus sistemas teóricos se distinguem. A esse respeito, voltar à nota de rodapé nº 10.

autores de grupos de pesquisas que se aproximam de suas ideias, tais como João Arriscado Nunes, Arturo Escobar, Edgardo Lander, que colocam em cheque a episteme monopolista do pensamento ocidental, protagonizada por países do Norte, ou as superpotências socioeconômicas do planeta.

Dessa forma, esclareço que este estudo transita entre diversos domínios sociológicos, desde a Sociologia do Conhecimento, passando pela Sociologia da Saúde e pelos estudos sobre interdição, com a finalidade de cercar-me dos conhecimentos já produzidos pelas Ciências Sociais que possam me ajudar a melhor compreender tal problemática, a saber; a interdição a AHT.

Tendo feito essas considerações, volto-me à análise do objeto da pesquisa. Refiro-me ao ato interditivo imputado à AHT, inserido no contexto de mudança nos critérios de cientificidade propalados pela medicina acadêmica hegemônica (haja vista existirem proposições que abordam as questões relativas aos processos de saúde-doença que questionam o modelo preponderante, como mostra F. Capra, em *O Ponto de Mutação* [2005]). A auto-hemoterapia consiste na utilização de sangue autólogo¹⁶ e sua imediata aplicação no músculo do indivíduo em tratamento.

A interdição se deu através da ANVISA, que em 2007 solicitou ao Conselho Federal de Medicina (CFM) a emissão de um parecer com posicionamento daquele órgão quanto à cientificidade da AHT. O CFM, através do Parecer N° 12/07¹⁷, rechaçou a AHT como técnica científica. Assim, baseada no mencionado parecer, é que a ANVISA proibiu aos profissionais da área da Saúde que aplicassem/utilizassem a AHT em qualquer paciente. Analisei a proibição imputada à técnica aqui em estudo, na pesquisa de mestrado, como uma ação política (efetuada por um agente, igualmente político, a saber, ANVISA), ressaltando que a mesma foi tomada a partir da produção de um parecer “científico”, emitido pelo CFM. De tal modo, a ciência (figurada na

¹⁶Considera-se que o sangue aplicado é autólogo “quando o doador e o receptor são a mesma pessoa” (VANE; GANEM, 2006, p. 291).

¹⁷ “Processo-Consulta, C.F.M. N° 4.275/07 – PARECER CFM N°12/07”, 2007.

medicina) foi uma espécie de “consultor” do ente público, na decisão de proibir a prática da AHT.

A AHT é utilizada como princípio curativo e, ainda, preventivo, ou seja, a referida técnica visa tratar algumas doenças – especificamente doenças autoimunes¹⁸ –, mas também é usada como ação que antevê o adoecimento, a partir da, segundo afirmam seus defensores¹⁹, potencialização do sistema imunológico que ocorre com o uso da AHT. No Brasil, a técnica em questão foi considerada como não comprovada cientificamente, mas não “pseudocientífica”, como ficou claro no parecer emitido pelo CFM. A falta de pesquisas científicas é o argumento utilizado pela ANVISA para proibir que profissionais da saúde façam uso da AHT.

Através de pesquisas na rede mundial de computadores, *internet*, deparei-me com o fato de que em Portugal a técnica é legalizada. Tal informação é facilmente encontrada no site da Karma Clinic e me mostrou que a AHT é praticada e recomendada, supostamente, sem intervenção estatal naquele país.

Na página da internet daquela clínica é possível ler:

Como podemos modificar esta situação [de adoecimento]? Como inverter a batalha a nosso favor? O verdadeiro reforço que recorre aos elementos de regeneração e cura presentes em todos os organismos é conseguido através da AUTO-HEMOTERAPIA. Procedimento simples, natural, personalizado, sem drogas ou fármacos, usando o seu próprio sangue como estimulante e/ou controlador do sistema imunitário [grifo original]²⁰.


¹⁸ “As doenças autoimunes são um tipo de desordem imunológica e sua característica reside no fato da diminuição da tolerância aos componentes do próprio organismo, devido a uma alteração no processo de diferenciação de antígenos externos (vírus e bactérias, por exemplo) e os do próprio organismo de um indivíduo. Esta doença atinge aproximadamente 3-5% da população do mundo e tem origem na delicada relação entre fatores externos (ambientais) e fatores intrínsecos do organismo, como predisposição genética, alterações nos níveis hormonais e baixo controle imuno-regulatório”. Informação disponível em: <<http://www.infoescola.com/saude/doencas-auto-imunes/>>. Acesso: 05/2011.

¹⁹ Devo esclarecer que esta investigação pretende dar continuidade aos estudos realizados durante o curso de mestrado. Por esta razão, tomarei como ponto de partida as teorias relativas aos estudos realizados para a dissertação. Nesse sentido, utilizei naquele momento, enquanto ferramenta metodológica, a divisão entre sujeitos que defendem e outros que são contrários à auto-hemoterapia, sendo os dois grupos formados por profissionais ligados à área de saúde. Nesta pesquisa, intenciono manter minha adesão ao estudo dos discursos referentes aos defensores e opositores à AHT, aprofundando-a enquanto ferramenta metodológica.

²⁰ Disponível em: <<http://www.karmaclinic.pt/autohemoterapia.html>>. Acesso em: 26/04/2016.


Assim, por enquanto a dedução mais acertada – pretendo argumentar mais à frente – que se pode realizar é a de que, em Portugal, a AHT é praticada sem “perseguição” por parte do Estado. Saliento que anteriormente, erroneamente, cheguei a pensar que, devido ao fato de a AHT ser praticada em outros países sem restrições por parte de instituições estatais, haveria duas medicinas acadêmicas diferentes. Mas essa concepção vejo ser equivocada e argumentarei o porquê de hoje eu pensar de forma diferente.

Figura 01: Diálogo entre internautas praticantes da AHT [Sublinhado por mim em negrito].



Comentário de [Carmen Guimarães Lopes Alves da](#) em 18 junho 2016 às 15:30
 Caro Adriano, luso-brasileiro, **em Portugal há clínicas privadas e enfermeiros que aplicam em muitas regiões do País(€15,00/cada sessão)**. Eu gostaria muito de saber se alguém aplica na Figueira da Foz ou Coimbra. Precisamos do seu trabalho... venha. **Tenho de dizer que esta terapia fez do protocolo de saúde em Portugal, até 2007,, altura em os laboratórios farmacêuticos falaram mais alto, infelizmente. Agora só privados, mas tenho conhecimento, do muito que tenho procurado, que na Universidade dos Enfermeiros em Coimbra fazem essa aplicação...** só ainda não consegui saber como fazer. Tudo de bom para si. Um abraço.

Carmen Guimarães



Comentário de [Álvaro José Lopes Barria Maio](#) em 17 junho 2016 às 18:27
 Caríssimos,
 Como já se passou um tempo desde quando postei informação neste portal, venho lembrar que **na zona de Vila Real, Trás-Os-Montes, continua a haver possibilidade de aplicação da AHT (ou auto-sangue) no Posto de Socorros da Cruz Vermelha, no largo do Mercado em frente à Rodonorte (agora ex).** Falar com o Enfº Duarte, responsável pelo Posto, localmente ou através destes telefones 259309240/259327436. Qualquer informação ou dúvida repito aqui meus contactos: tlm 964368928 ou por email abarriamaio@gmail.com.

Saudações Luminosas para todos e em especial para o responsável por este espaço Maurecir Mafra. Continuem sempre empenhados na procura e divulgação das práticas saudáveis da verdadeira medicina.

Álvaro Barria Maio

Fonte: Site Amigos da Cura²¹.

Mais ainda, segundo informação recolhida num *Blog*²² (figua 1, acima) de um grupo de auto-hemoterapeutas²³, a AHT era disponibilizada à população lusitana

²¹ Disponível em: <<http://amigosdacura.ning.com/group/autohemoterapia/page/auto-hemoterapia-em-portugal>>. Acesso: 10/08/2016.

através do serviço público de Saúde, como se pode observar²⁴ em texto retirado do referido *Blog*.

Não consegui localizar o protocolo mencionado pelos usuários que falaram naquele canal. No entanto, se há clínicas particulares – além do Estado português que, em Trás-Os-Montes, continua a disponibilizar à sociedade o acesso à AHT – que oferecem, na gama de seus serviços, aplicações de AHT, há indícios de existir alguma normatização referente ao uso da terapêutica em voga. Apesar de não ter acessado o tal protocolo, ao pesquisar sobre a legislação que regulamenta o “uso do sangue” em Portugal (aqui no Brasil, denominada lei do Sangue, Lei Nº 10.205), encontrei um decreto similar à nossa Lei do Sangue.

O Decreto-Lei n.º 267/2007 de 24 de Julho, da mesma forma que a Lei Nº 10.205 no Brasil, como é perceptível no Artigo 1º, diz respeito a estabelecer algumas diretrizes referentes à utilização terapêutica do sangue:

1 — (...) o regime jurídico da qualidade e segurança do sangue humano e dos componentes sanguíneos, respectivas exigências técnicas, requisitos de rastreabilidade e notificação de reacções e incidentes adversos graves e as normas e especificações relativas ao sistema de qualidade dos serviços de sangue, com vista a assegurar um elevado nível de protecção da saúde pública (PORTUGAL, Decreto-Lei N.º 267/2007).

A semelhança entre as legislações sobre sangue é evidente ao se ler a Ementa da Lei Nº 10.205, que diz respeito “(..) à coleta, processamento, estocagem, distribuição e aplicação do sangue, seus componentes e derivados, estabelece o ordenamento institucional indispensável à execução adequada dessas atividades, e dá outras providências”. Ambas as leis normatizam o uso de sangue autólogo enquanto terapêutica médica, algo aprofundado mais à frente.

²² <<http://amigosdacura.ning.com/group/autohemoterapia/page/auto-hemoterapia-em-portugal>>. Acesso: 10/08/2016.

²³ Nesse *Blog*, os pacientes que se tratam com a AH se denominam desse modo, auto-hemoterapeutas.

²⁴ É importante mencionar que utilizo muitas imagens feitas a partir da captura das páginas de sites visitados. Este recurso de informática é conhecido como print screen, que permite a captura, em formato de imagem, do conteúdo que está sendo visualizado na tela do computador. Isto é conseguido pressionando-se tecla PrtSc, no teclado da máquina e em seguida transportando a imagem para um programa de edição de imagens, ou levando-a diretamente para o programa de edição de textos

Portanto, observar que esta mesma técnica de saúde é legalizada em outro país – mesmo sem estar prevista em suas respectivas legislações sobre o uso do sangue –, é um elemento que aumenta o grau de complexidade da investigação. Mas tal fato pode ser usado a favor da tentativa de entender o caso brasileiro, ou seja, a interdição do uso da AHT, a partir da aproximação analítica com o fenômeno de legalização da mesma técnica em outras sociedades como a portuguesa, por exemplo. Dessa forma, procuro conhecer – através de pesquisa documental – o contexto português que possibilita à AHT ser legalizada naquele país, para subsidiar meus esforços investigativos referentes à interdição aqui no Brasil.

O impedimento atribuído à AHT é aqui tratado como polêmico, devido ao fato de ser patente que a sociedade brasileira, mesmo sendo coibida, ainda faz uso da técnica. Essa constatação pode ser obtida de forma simples, verificando comunidades, organizadas em meio virtual (como blogs, fóruns etc.), de indivíduos que se tratam com a AHT. Ou ainda, de modo um pouco mais aprofundado, observando petições apresentadas ao Supremo Tribunal Federal – STF, que solicitam a intervenção deste no arbítrio de tal questão²⁵. Como consequência de ser uma prática de saúde colocada na “ilegalidade”²⁶ pelo Estado e por ser reivindicada a sua legalização por grupos de pessoas defensoras da técnica, vejo que o estudo do processo de interdição à AHT pode contribuir para um aprofundamento dos conhecimentos sociais a respeito das relações entre saúde e sociedade.

Esta investigação – como apontado anteriormente – apoia-se em abordagens teórico-metodológicas macro e microssociais. Portanto, recorro à análise de discurso, no que se refere à problematização dos dados obtidos, remetendo-me ao que Foucault (2008) chama de *corpus* discursivo:

²⁵ Vide pedidos de audiências públicas junto ao STF solicitando a liberação da AH:

<http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoaudienciapublicasaude/anexo/em_defesa_da_liberacao_da_utohemoterapia_no_brasil.pdf>. Acesso: 10/06/2016. E ainda:

<<http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoaudienciapublicasaude/anexo/utohemoterapia.pdf>>. Acesso: 10/06/2016.

²⁶ Uso a expressão ilegal entre aspas devido ao fato de não haver legislação que proíba que qualquer cidadão recorra a tal técnica de saúde.

Para que a linguagem possa ser tomada como objeto, decomposta em níveis distintos, descrita e analisada, é preciso que haja um "dado enunciativo" que será sempre determinado e não infinito: a análise de uma língua se efetua sempre a partir de um *corpus* de discursos e textos; a interpretação e a revelação das significações implícitas repousam sempre em um grupo delimitado de frases; a análise lógica de um sistema implica a reescrita, em uma linguagem formal, de um conjunto dado de proposições [grifo meu] (FOUCAULT, 2008, p.127).

Dessa forma, os dados de campo são aqui vistos como *corpus* de discurso, um conjunto de “falas” (linguagem) sistematizadas – falas que objetivam transmitir um enunciado, a interdição à AHT, mas há também uma “fala” contra-argumentativa que almeja discutir a alegação de “cientificidade questionável” relegada a essa terapêutica –, obtendo, assim, uma materialidade, uma objetividade que me possibilita tratá-las como material de pesquisa, dados a serem problematizados.

Mas o que é discurso? Aqui, ainda seguindo Foucault, concebo o discurso como sendo uma dada “realidade material de coisa pronunciada ou escrita” (FOUCAULT, 2004b, p. 8). De tal modo, as leis, os jornais (antigos e contemporâneos), os vídeos veiculados na *internet*, os *blogs* e sites que congregam e aglutinam pessoas praticantes da AHT, são compreendidos como sujeitos que protagonizam discursos. A partir da análise desses discursos, intenciono problematizar a interdição à terapia em discussão.

Os estudos realizados no mestrado permitiram que eu percebesse a interdição deflagrada à AHT inserida na zona de interseção entre três *campos*²⁷ sociais, a saber: o político (já que quem proíbe é um agente político, a ANVISA), o econômico (esta possibilidade de influência foi levantada nas pesquisas de campo ainda durante o curso de mestrado, no entanto, não lhe será dada atenção central nesta pesquisa²⁸), e o

²⁷ Aqui me refiro ao conceito bourdieusiano que transmite a ideia de que o campo é “um espaço no interior do qual há uma luta pela imposição de uma definição do jogo e dos trunfos necessários para dominar nesse jogo” (BOURDIEU, 2004a, p. 119), ou seja, este conceito nos passa a noção de “espaço”, uma espécie de “microcosmo dotado de suas leis próprias” (BOURDIEU, 2004b, p. 20).

²⁸ No entanto, de forma pontual, abordarei a dimensão econômica sempre que relacionar-se diretamente às demais dimensões já mencionadas.

científico, haja vista que a medicina reclama para si o *status* de ciência, e é a ela (ciência, na figura do CFM) que o ente político recorre para respaldar sua decisão.

Vejamos a fala de um médico, que apesar de defensor e investigador da técnica – quando era secretário de saúde em sua cidade, dirigiu estudos clínicos em que tratava seus pacientes com a terapêutica aqui em estudo –, não concorda que haja interferência da indústria farmacêutica em relação à não legalização da AHT:

A indústria farmacêutica ela sempre foi [não falou, mas ficou implícito, “a favor”] para uma coisa que desse para ela lucro, é óbvio! E se esse negócio fosse bom, assim, fosse bom para dar lucro, ele dava, dava para ele [ou seja, o médico deixa a entender que crê que se a AHT fosse financeiramente lucrativa, a indústria farmacêutica financeira pesquisas em torno da mesma a fim de legalizá-la]. Olhe, eles [a indústria farmacêutica] estudaram coisa muito mais grave que isso que é o veneno da cascavel. Hoje a gente não morre de infarto graças ao veneno da cobra cascavel, que eles viram que tem alguma coisa (Entrevista com médico defensor da AHT, gravada em julho de 2011).

Esse médico defensor da AHT acredita que a técnica não é legalizada por falta de pesquisas médicas. No entanto, não se pronunciou a respeito do fato de não ser estimulado, no meio acadêmico, que se investigue a cientificidade da terapia. Esse mesmo profissional, que entrevistei em 2011, deu algumas entrevistas falando a respeito da AHT. Posteriormente, irei citar reportagem em que aquele médico, autor do trecho anteriormente citado, debate sobre uma pesquisa que ele desenvolvia acerca da terapêutica, mas que não deu prosseguimento, destacando entre outros fatores, a polêmica em torno de sua “interdição” decretada pelo CFM.

Direcionando o olhar para as relações situadas nas dimensões política e científica da interdição é que a pesquisa, vale reiterar, tem como ponto de partida o seguinte questionamento: como ocorreu a mudança nos padrões de cientificidade na medicina acadêmica (no Brasil) que possibilitou, num intervalo de mais ou menos meio século, conceber a AHT certo momento como científica e em outro como não-científica? Como assunto “paralelo”, acrescento a essa questão a análise dos argumentos legitimadores/deslegitimadores utilizados nos países aqui investigados (mas principalmente, Portugal e Brasil) referentes à AHT, com o intuito de descobrir

regularidades, simetrias, assimetrias, semelhas, diferenças etc. que possam indicar, teoricamente, uma compreensão sobre o fenômeno da interdição no contexto social brasileiro. Também percebo ser necessário aprofundar os questionamentos em torno dessa prática médica, não reconhecida como cientificamente válida em nosso país, uma vez que a mesma é sistematicamente utilizada na sociedade brasileira, como foi possível constatar através das pesquisas realizadas durante o estudo de mestrado²⁹.

Tal necessidade de fomentar discussão e pesquisas em torno da AHT, inicialmente através de estudos como este, é justificável tendo em vista que, caso tal prática realmente represente risco³⁰, a população que a ela recorre estaria exposta "ao perigo" uma vez que, no contexto brasileiro, a técnica pode ser praticada à margem de qualquer parâmetro higiênico, por exemplo, já que é proibida aos profissionais de Saúde. Por outro lado, caso venha a ser discutida, e mesmo pesquisada (e sejam, conseqüentemente, reconhecidos ou não os seus benefícios), poderá ser legalizada aqui no Brasil e ser usada como ferramenta no processo de melhoramento da assistência à Saúde Pública.

Nesse sentido, acredito que esta investigação contribui no que diz respeito a fomentar, entre pesquisadores da área de Saúde, praticantes da AHT, políticos, bem como teóricos das ciências humanas e sociais, a oportunidade de investigar as dimensões sociais dessa polêmica. Destaco que o fenômeno de interdição à prática da AHT é visto por mim como controverso devido ao fato de haver grupos organizados que reivindicam, junto aos órgãos competentes, a legalização da mencionada técnica, levando petição pública ao Supremo Tribunal Federal (STF).

²⁹ Saliento que em minha dissertação de mestrado, intitulada *AUTO-HEMOTERAPIA E A "INVENÇÃO DA BIOMEDICINA": um estudo sociológico sobre controvérsias médicas no Brasil*, investiguei como, do ponto de vista do discurso cientificista ortodoxo, é controverso interditar a AHT propriamente dita e legalizar outros tipos desta terapia – aquelas que possuem a “conjunção” de agentes físicos (Plasma Rico em Plaquetas), ou químicos (a exemplo da Ozônioterapia) como variantes da terapia aqui em voga.

³⁰ A categoria “risco”, amplamente estudada em variadas áreas da Antropologia e da Sociologia, é bastante ampla e, por fugir ao escopo central deste estudo, não será problematizada nesta pesquisa. Ulrich Beck (2010) e Niklas Luhmann (2008) são alguns dos principais teóricos desta temática "risco".

Na pesquisa de mestrado, percebi que a moderna medicina ainda trava uma incessante “luta” por ser reconhecida socialmente como “ciência” e pela hegemonia no que diz respeito ao controle sobre os procedimentos relativos aos processos de saúde-doença. Laplantine & Rabeyron (1989), em fins do último quartel do século passado, em estudo pioneiro, já apontavam para o fato de que, apesar de a medicina científica - em comparação com outras medicinas e práticas de cura - gozar de maior respaldo social, na Europa era bastante comum tratar doenças recorrendo às “práticas de medicinas paralelas”. Vejamos:

Atualmente, um em cada dois franceses recorre às medicinas paralelas, enquanto um a cada quatro médicos as utiliza de maneira exclusiva ou associada, o que é mais frequente... Não estamos, pois, de forma alguma, diante de um fenômeno marginal e residual, porém verdadeiramente moderno e em crescente desenvolvimento, tal como o atesta o sucesso dessas práticas nas mais avançadas sociedades industriais: nos Estados Unidos, evidentemente, e também na União Soviética, onde, como sabemos, os mais altos dignitários do regime consultam uma magnetizadora (LAPLANTINE; RABEYRON, 1989, p. 7).

Apesar do texto ter sido escrito há duas décadas (data de 1987 a publicação francesa, e de 1989, a primeira edição da tradução brasileira), patente na citação à extinta URSS, o contexto sociopolítico, embora tenha se modificado, “preserva” a principal observação apontada pelos autores, a recorrência a tratamentos com “medicinas paralelas”.

Ao alegar sua “cientificidade” baseando-se em rigor metodológico, entre outras características intrínsecas ao pensamento científico, a medicina “tece” um discurso que tem por finalidade passar a ideia de que suas práticas são “verdadeiras” ou, ao menos, contêm a “verdade”, relativa aos processos de saúde-doença.

Partindo dessas observações, surgiu uma indagação ao final da dissertação de mestrado: já que a medicina propõe-se científica, como a AHT pode ser aceita, legalizada e tida como cientificamente aprovada pela comunidade médica em Portugal, e, ao mesmo tempo, ser negada, criticada e não aceita aqui no Brasil? Mesmo tendo em vista que o conhecimento científico pressupõe o contraditório, exatamente para não se tornar dogmático, é um tanto intrigante perceber tamanha contradição.

Contradições científicas são comuns e, na verdade, sua existência é premissa basilar no sistema científico de produção de conhecimento (CHALMERS, 1993). Basta tomar como exemplo o caso emblemático da incompatibilidade teórica entre a física newtoniana e a einsteiniana³¹. No entanto, a Teoria da Relatividade de Einstein é considerada da mesma forma por cientistas alemães ou norte-americanos.

Mas não é esta a questão central a que me atendo. Como expus anteriormente, o presente estudo visa a perceber como o discurso científico nestes países (e, pontualmente, Brasil e Portugal), pode ser contextualizado na ação proibitiva ou de legalização da mencionada técnica de saúde aqui em debate. Como lembra Foucault:

Não imaginemos, com fé nas aparências, que algumas das disciplinas históricas caminharam do contínuo ao descontínuo, enquanto outras iam do formigamento das discontinuidades às grandes unidades ininterruptas; não imaginemos que, na análise da política, das instituições ou da economia, fomos cada vez mais sensíveis às determinações globais, mas sim que, na análise das ideias e do saber, prestamos uma atenção cada vez maior aos jogos da diferença; não acreditemos que, ainda uma vez, essas duas grandes formas de descrição se cruzaram sem se reconhecerem [Grifo meu] (FOUCAULT, 2008, p. 06-7).

Dessa forma, enfoco as diferenças entre os discursos das instituições médicas (especificamente CFM e ANVISA, representantes do discurso científico) brasileiras e portuguesas (a exemplo do Conselho de Enfermagem de Portugal) e, a partir de então, analiso a influência de tais discursos na produção de conhecimento médico científico em seus respectivos locais autorizados de fala, tais como os hospitais, consultórios, academia etc. Se for possível admitir que “a verdade é deste mundo”, como propôs Foucault (1984), ou seja, construída socialmente, também é admissível que a verdade mude em decorrência de variáveis sociais específicas. Mas como é possível que a ciência médica (caracterizada pelo ideal de universalização do

³¹ Grosso modo, a física desenvolvida por Newton refere-se à macro realidade, as leis por ele descobertas (gravidade, movimento dos corpos, etc.) referiam-se à objetos macro. Por sua vez, não invalidando as proposições newtonianas, Einstein sugere que as leis de Newton não eram eficazes para a compreensão correspondentes à fenômenos microfísicos, e propõe um conjunto de teorias que revolucionam a física.

conhecimento por ela “inventado”) produza explicações diferentes sobre um mesmo fenômeno? Onde fica o ideal de universalização científica, característico, primordialmente, das ciências “exatas”, biológicas?

Assim sendo, gostaria de deixar claro o que pretendo desenvolver durante o texto: a interdição à AHT **não** é uma ação puramente assentada nos mecanismos cognitivos da racionalidade científica. A razão científica é manejada através de mecanismos de ação política, ou seja, a hipótese é que a proibição não é puramente um movimento da cognição científica, mas também não é simplesmente uma espécie de manipulação do discurso científico: é uma “conjunção” dos dois tipos de racionalidade, a científica e a política.

Apoio-me nas proposições de Herzlich (2005), ao sugerir que os médicos, há algum tempo, reclamam para si certa parcela de “poder político” no que concerne à gerência dos processos de saúde/doença, e – como já apontava Foucault – para definir o que é verdadeiro (científico) ou falso (charlantismo). Portanto, é possível observarmos como os médicos, já em fins do século XIX, pensavam a inserção política desses profissionais na sociedade francesa, por exemplo:

La médecine n’a pas seulement pour objet d’étudier et de guérir les maladies, elle a des rapports intimes avec l’organisation sociale; quelquefois, elle aide le législateur dans la concertation des lois, souvent elle éclaire le magistrat dans leur application et toujours elle veille, avec l’administration au maintien de la santé publique. Ainsi appliquée aux besoins de la société, cette partie de nos connaissances constitue l’hygiène publique et la médecine légale. Il suffit d’indiquer cette application pour en faire sentir l’importance, et la nécessité de donner une publicité aussi étendue que possible à tout ce qui s’y rattache. Un recueil destiné à cette spécialité doit être très utile.³²

³² Tradução livre: “A medicina não visa apenas a estudar e curar doenças, tem relações íntimas com a organização social; às vezes ajuda legisladores na coordenação das leis, muitas vezes ele ilumina o magistrado na sua aplicação e sempre antes, com a administração, na manutenção da saúde pública. Assim aplicada às necessidades da sociedade, esta parte de nosso conhecimento constitui a saúde pública e a medicina legal. Basta indicar esta aplicação para fazê-lo sentir a importância e a necessidade de dar a maior publicidade possível para tudo relacionado com ele. A coleção para esta especialidade deve ser muito útil”.

Não consegui identificar a autoria do texto. Os trechos citados fazem parte do *Prospectus* do 1º exemplar do periódico “*Annales d’hygiène publique et de médecine légale*”, 1829. - série 1, nº 01. Disponível em: <http://www.biusante.parisdescartes.fr/histoire/medica/resultats/?cote=90141x1829x01&do=chapitre>. Acesso em: 14/04/2016.

O texto da citação é datado de 1829, momento em que a medicina dita científica, mesmo já vitoriosa³³ (nos processos sociais conhecidos como Iluminismo e Renascimento) ao que se refere à conquista parcial do monopólio por apontar quais os meios “verdadeiros” de sanar doenças, ainda não era hegemônica em relação aos demais modos de tratar os processos de saúde-doença. Essa publicação de 1829 advogava, explicitamente, que “conservar a saúde dos homens reunidos em sociedade” é de importância inestimável “no desenvolvimento de nossas instituições”, portanto, ao agir nesse sentido, o profissional de saúde estaria protagonizando uma ação política.

A motivação que me fez trazer as citações anteriores é apenas uma, explicitar as principais hipóteses que desenvolvo nesta pesquisa: 1) Os agentes “médicos-cientistas” (ou biomédicos) estão realizando uma ação política ao “interditarem” a AHT baseados em alegada falta de cientificidade; 2) A interdição é resultado de um “pensamento institucional”; 3) A interdição à AHT desencadeia-se em meio ao contexto de mudança nos critérios de cientificidade na medicina acadêmica.

Em um breve parêntese, faz-se necessário esclarecer que tenho consciência das diferenças (às vezes concebidas como incompatibilidades) teóricas entre os variados autores que cotejo, tais como Mary Douglas e Foucault de um lado, Latour e Foucault de outro etc. Quase sempre classificados e divididos entre estrutural-funcionalistas e teóricos microssociais, ou individualistas, para evitar mal entendidos, certamente é necessário tomar cuidado ao cotejá-los.

No entanto, apesar desta “compartimentalização” das proposições teóricas de diversificados autores, muitas vezes utilizadas como ferramenta didática, irei, seguindo as conjecturas de Strathern (2014), recorrer – realizando as devidas “ressalvas” e críticas pertinentes – a ambos os quadros teóricos anteriormente citados, na tentativa de pensar o objeto aqui em análise, como sugere a autora:

³³ O historiador Peter Burke, em seu livro *Cultura Popular na Idade Moderna*, expõe o quanto foi trabalhoso aos reformadores sociais neutralizar os resquícios de popularidade presentes na cultura erudita (BURKE, 2010).

Parece-me que a formação com vistas à imersão – preparar alguém para estar em um lugar, que também poderia ser um texto, assim como um campo de estudos ou um local onde conduzir um trabalho de campo – é uma formação que permite de fato saltar de um contexto para outro, aplicando as mesmas noções em lugares diferentes. Uma vez imersos, estaríamos aptos a imergir novamente. Até certo ponto, isso também pode acontecer com posições teóricas (STRATHERN, 2014, p. 12).

É adotando esse raciocínio que ponho em diálogo autores aparentemente tão antagônicos, do ponto de vista de suas respectivas “filiações teóricas”.

Retomando, Mary Douglas, contrapondo-se a estudiosos representantes da teoria da Escolha Racional (ER), tais como John Elster e Mancur Olson, questiona a suposição a partir da qual a ação coletiva é caracterizada pela lógica da escolha individual-racional. Diz Douglas (2007):

A teoria marxista presume que a classe social pode perceber, escolher e agir de acordo com seus próprios interesses grupais. A teoria democrática baseia-se no conceito da vontade coletiva. No entanto, quando se trata de empreender uma análise detalhada, a teoria da escolha racional individual só encontra dificuldades ao abordar o conceito de comportamento coletivo (p. 23).

As contribuições teóricas sobre a “natureza” da ação coletiva, realizadas por Douglas (2007) e outros teóricos, serão oportunamente trazidas à discussão. Por enquanto, cabe salientar que tais proposições são levantadas tendo como foco central a interdição à AHT. Destarte, muito recentemente foi possível observar o quanto a problemática das “ações interventoras”, entre agentes médicos e agentes políticos, é flagrante. Enfatizo que os profissionais de medicina, no que tange à interdição aqui em foco, desenvolvem uma ação política (pois emitem um Parecer sem realizarem pesquisa aos moldes defendidos pelo Conselho), ao passo em que os sujeitos que emitem a Nota da ANVISA, sendo políticos (dada a natureza autárquica e a vinculação ao Executivo Federal daquela agência reguladora), referendando a interdição “por falta de estudos científicos”, produzem uma “ação científica” ao jugarem os conhecimentos sobre a AHT (mesmo que se baseando no Parecer do CFM) como inválidos.

O exemplo mais recente e polêmico foi a sanção, por parte da então Presidente da República, Dilma Rousseff, da Lei nº 13.269, de 13 de abril de 2016, que causou grande controvérsia. A referida lei trata da liberação, para comercialização, da “pílula do câncer”. A polêmica se deu entre instituições como a ANVISA e o Instituto Brasileiro de Controle do Câncer – IBCC, que se posicionaram contrários à legalização que pauta tal direcionamento. Assim como no caso da AHT, a alegação é de falta de estudos científicos suficientes que comprovem a cientificidade (o sentido dado a este conceito é o referente à medicina acadêmica) de tal medicamento.

A pesquisa: método e procedimentos metodológicos

Na escrita desta tese, não apartei os processos de coleta de dados dos “fundamentos teóricos”, mas acredito ser importante adiantar algumas informações referentes aos procedimentos metodológicos utilizados no estudo. De todas as partes componentes de uma pesquisa científica, certamente a metodologia é das mais difíceis de conduzir, pois sendo “a lógica dos procedimentos científicos em sua gênese e em seu desenvolvimento, não se reduz portanto a uma ‘metrologia’ ou tecnologia da medida dos fatos científicos” (BRUYNE, 1977, p. 29). Assim, pretendo agora explicitar os “caminhos” e escolhas metodológicos. Primeiramente, a minha questão de partida exige uma metodologia de caráter qualitativo, pois, devido à proibição à AHT, *survey*, aplicação de questionário etc., tornam-se mais difíceis, como pude perceber ao tentar apoio do Conselho Regional de Medicina do Ceará - CREMECE na cooperação para a pesquisa, seja distribuindo questionário, seja informando contatos de profissionais.

A pesquisa ainda se caracteriza por ser descritiva e explicativa,

As pesquisas deste tipo [Descritivas] têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou estabelecimento de relações entre variáveis... [Pesquisas Explicativas] São aquelas pesquisas que têm como preocupação central identificar os fatores que determinam ou que contribuem para a ocorrência dos fenômenos (GIL, 1999, p. 44).

De tal modo, a pretensão desta pesquisa é descrever as particularidades intrínsecas à interdição da AHT na dimensão temporal de mais ou menos meio século, buscando compreender como se deu esse processo. Escolhi esse recorte temporal baseando-me nas publicações de jornais brasileiros e estrangeiros que, nas primeiras décadas do século passado (1900-1910), veiculavam notícias relativas ao uso da AHT, e passaram, aqui no Brasil, a partir das décadas de 1970-80, a noticiar matérias que “questionavam” a legitimação anteriormente dada à técnica de saúde.

Já em relação aos procedimentos de coleta de dados, busquei não me prender apenas a uma ou outra técnica, haja vista que, como apontei anteriormente, acredito que direcionar variadas formas de olhar a realidade social é o melhor modo de tentar compreendê-la. Almejei, na medida do possível, não estar preso a esquemas teórico/metodológicos rígidos, para assim, ser capaz de adotar procedimentos que sejam “requisitados” pela condução dos achados da pesquisa de campo, pois intencionei conduzir a pesquisa de modo relacional, como sugere Bourdieu (1989). Consequentemente, e acatando as sugestões bourdieusianas (1989), antes de observar o campo, desde a confecção do projeto de pesquisa, apenas havia pré-formulado alguns dos procedimentos metodológicos a serem adotados.

Finalizada essa primeira parte das atividades de pesquisa de campo, revisei os dados acumulados no que diz respeito à AHT no Brasil (referentes à pesquisa desenvolvida durante a graduação e o mestrado). Essa fase será caracterizada como a segunda parte da pesquisa.

Assim, inicialmente imaginava ser salutar refazer algumas entrevistas, bem como entrevistar novos atores sociais que pudessem contribuir com novos dados. No entanto, como ficará claro mais à frente, esse caminho investigativo foi abandonado, havendo uma reorientação no “fazer” da pesquisa. No entanto, tornou-se importante para esta análise certo conhecimento relativo às características do método comparativo – não para tornar tal método a base principal na condução da pesquisa, mas para proporcionar a possibilidade de estudar o objeto a que me propus através da

contraposição de realidades distintas—, pois passei a buscar dados sobre a situação da AHT em outros países para subsidiar os objetivos desta tese.

É importante salientar que não realizei, durante a pesquisa, apenas uma contraposição com país “X” (como pode parecer quando menciono diversas vezes Portugal, por exemplo), mas antes a partir de dados referentes à quatro países: Espanha, França, Suíça e Brasil. Em relação às pesquisas comparativas, é necessário saber:

O método comparativo procede pela investigação de indivíduos, classes, fenômenos ou fatos com vistas a ressaltar as diferenças e similaridades entre eles. Sua ampla utilização nas ciências sociais deve-se ao fato de possibilitar o estudo comparativo de grandes grupamentos sociais, separados pelo espaço e pelo tempo. Assim é que podem ser realizados estudos comparando diferentes culturas ou sistemas políticos. Podem também ser efetuadas pesquisas envolvendo padrões de comportamento familiar ou religioso de épocas diferentes (GIL, 1999, p. 34).

Além disso, é possível acrescentar as proposições de Burke (2012). Em *História e teoria social*, ampliação da obra anteriormente escrita com Tom Bootmore intitulada *Sociologia e História*, Burke analisa as interseções entre História e teoria social, pontuando elementos comuns a ambas as áreas. Entre outros pontos, o autor ao pensar sobre esse método afirma que: “a comparação sempre ocupou um lugar central em teoria social. Na verdade, Durkheim declarou que ‘a Sociologia comparativa não é um ramo específico da Sociologia; é a própria Sociologia’” (BURKE, 2012, p. 43).

No entanto, mesmo havendo legitimidade científica, é necessário realizar uma análise crítica relativa ao método comparativo. Desde Franz Boas (2004), os teóricos sociais sabem que existem riscos intrínsecos a essa abordagem. Ao criticar a Antropologia evolucionista, que hierarquizava as culturas segundo o modelo cultural europeu, Boas (2004) lança as bases do culturalismo. O autor propunha o uso do termo “cultura” no plural, em contraposição às ideias evolucionistas que julgavam existir o que chamaram de “uniformidade evolutiva”, que justificaria haver uma hierarquia “natural” entre as sociedades. Burke (2012) sintetiza os principais riscos de tal método:

Em primeiro lugar, há o risco de aceitar muito facilmente a premissa de que as sociedades “evoluem” de acordo com uma sequência inevitável de estágios. (...) Em segundo lugar, existe o risco do etnocentrismo. Pode parecer estranho apontar tal risco, uma vez que a análise comparativa há

muito vem sendo associada com o conhecimento cada vez maior das culturas não ocidentais por parte dos estudiosos do Ocidente. Ainda assim, esses acadêmicos, muitas vezes, consideram o Ocidente uma norma da qual divergem as outras culturas. (...) Outro problema é o de decidir exatamente o que e com o que comparar (BURKE, 2012, p, 48-49).

Por conseguinte, não contraponho conhecimentos de “naturezas” diferentes (a exemplo dos saberes e práticas mítico-religiosos, comparados ao conhecimento científico). Tomo um mesmo tipo de saber, o médico, e irei confrontá-lo com ele mesmo, usando a “grandeza” temporal como parâmetro de análise, isso para evitar os problemas (tal como o fortalecimento de posicionamentos etnocêntricos) anteriormente apontados por Burke (2012).

Assim, ambicionando investigar como acontece a mudança no padrão de cientificidade relativo ao contexto do saber médico-científico, que possibilitou à AHT passar de prática científica a não-científica. Deste modo, nesta tese analiso o discurso da medicina acadêmica no Brasil, almejando apreender os elementos que se repetem e os que se diferenciam no que diz respeito, respectivamente, à proibição e à legalização da técnica.

Portanto, a *análise de discurso* é uma das primeiras e principais ferramentas metodológicas a que recorro. Após “construir”, seguindo as ideias de Foucault, o *corpus discursivo* (2008, p.127) – “elaborado” a partir dos dados da pesquisa de campo – usado para proibir a utilização da AHT, analiso como os discursos médicos (principalmente sobre a proibição da AHT) “funcionam produzindo os efeitos de sentidos” (ORLANDI, 2001, p. 63). Aqui penso o discurso da forma como tratado por Foucault (2004b):

suponho que em toda sociedade a produção de discurso é ao mesmo tempo controlada, selecionada, organizada e redistribuída por certo número de procedimentos que têm por função conjurar seus poderes e perigos, dominar seu acontecimento aleatório, esquivar sua pesada e temível materialidade (p. 8-9).

Através da análise do discurso, busco apreender “o dito e o não dito” (ORLANDI, 2001), o “subentendido”, o “silenciado”, para compreender o fenômeno aqui em questão, e então analisar a polêmica que se estabeleceu em torno da proibição referente à AHT. Pois “o não dito”, tanto quanto o que é “dito”, produz significados,

significa os componentes da realidade social: “partimos do dizer, de suas condições e da relação com a memória, com o saber discursivo para delinear as margens do não-dito que faz os contornos com o dito significativamente” (ORLANDI, 2001, p. 83).

Orlandi (2001) sugere uma tipologia dos discursos, e aponta três tipos deles: discurso autoritário, discurso polêmico e discurso lúdico:

a – O discurso autoritário: aquele em que a polissemia é contida, o referente está apagado pela relação de linguagem que se estabelece e o locutor se coloca como agente exclusivo, apagando também sua relação com o interlocutor; b – O discurso polêmico: aquele em que a polissemia é controlada, o referente é disputado pelos interlocutores, e estes se mantêm em presença, numa relação tensa de disputa pelos sentidos; c– discurso lúdico: aquele em que a polissemia está aberta, o referente está presente como tal, sendo que os interlocutores se expõem aos efeitos dessa presença inteiramente não regulando sua relação com os sentidos (ORLANDI, 2001, p. 86).

A autora esclarece que não existem tipos puros de discursos funcionando como ferramentas analíticas: “O que há são misturas, articulações, de modo que podemos dizer [por exemplo] que um discurso tem um funcionamento dominante autoritário, ou tende para o autoritário (para a paráfrase) etc.” (ORLANDI, 2001, p. 87).

Relembro que esta tese é um esforço para entender as sinuosidades que envolvem o discurso médico brasileiro tomando como base a proibição da AHT, para desenvolver uma posterior caracterização sobre a mudança nos critérios de cientificidade concernente à medicina acadêmica. Para tanto, suponho que o discurso médico brasileiro caracteriza-se pela “mistura” entre discursos de tipo autoritário e polêmico. Com isso, pretendo analisar os “efeitos de verdade” e o(s) “sentido(s)” produzidos pela medicina brasileira.

Apesar das dificuldades de ordem “operacional” – tal como o diálogo com profissionais de Saúde – apresentadas ao longo da pesquisa, a entrevista – inicialmente – seria a principal ferramenta metodológica utilizada no desenvolvimento deste estudo. No entanto, durante a pesquisa houve uma reorientação, e entrevistas são trazidas apenas como “material complementar”. Após o redirecionamento da pesquisa, o expediente metodológico fundamental usado nas investigações foi a pesquisa documental.

Antônio C. Gil (1999) considera que a pesquisa documental

assemelha-se muito à pesquisa bibliográfica. A única diferença entre ambas está na natureza das fontes. Enquanto a pesquisa bibliográfica se utiliza fundamentalmente das contribuições dos diversos autores sobre determinado assunto, a pesquisa documental vale-se de materiais que ainda não receberam um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa. O desenvolvimento da pesquisa documental segue os mesmos passos da pesquisa bibliográfica. Apenas há que se considerar que o primeiro passo consiste na exploração das fontes documentais, que são em grande número. Existem, de um lado, os documentos de primeira mão, que não receberam qualquer tratamento analítico, tais como: documentos oficiais, reportagens de jornais, cartas, contratos, diários, filmes, fotografias, gravações etc. De outro lado, existem os documentos de segunda mão, que de alguma forma já foram analisados, tais como: relatórios de pesquisa, relatórios de empresas, tabelas estatísticas etc. (p. 66).

Destarte, esta pesquisa baseia-se, entre outras estratégias metodológicas, na análise de arquivos, que por sua vez, necessita ser conduzida obedecendo a algumas premissas. As fontes documentais agrupadas para serem analisadas, funcionam como, por exemplo, as informações recolhidas em pesquisas de campo, portanto, carecem de criteriosa atenção no manuseio. Roudinesco (2006) aponta para a especial atenção que se deve dar à “quantidade” de material.

A autora, que desenvolveu estudos na área da Psicanálise, realizou uma pesquisa historiográfica na qual, através de investigação documental, sistematizou uma profunda análise histórica sobre o pensamento de Freud e o de Lacan. Ou seja, criou a “história” do pensamento de Freud e do pensamento de Lacan. Deste último psicanalista estudado por Roudinesco (2006), a história de seu pensamento foi organizada a partir de uma conferência por ele proferida e da qual os registros escritos foram perdidos, sendo os fragmentos orais a principal fonte de dados usada pela autora.

Num pequeno livro, constituído a partir de três conferências pronunciadas por Roudinesco e reunidas sob o título *A Análise e o Arquivo*, a principal temática abordada pela autora diz respeito a problematizar qual o “*quantum*” de arquivos ideal a ser usado em pesquisas documentais. Partia da crítica a estudos historiográficos que tinham como objeto investigativo as respectivas contribuições teóricas, de cada um dos autores supramencionados.

Na pesquisa documental, deve cuidar-se para não “acumular” em excesso informações de arquivo. Esse foi um problema surgido com os primeiros historiadores que pesquisaram o pensamento de Freud, a partir das correspondências que o autor mantinha com outros investigadores psicólogos e psicanalistas. O perigo representado pela “abundância” das informações de arquivos, normalmente vista como prova material (detentora de objetividade irrestrita), é forjar um saber pretensamente “absoluto” (ROUDINESCO, 2006). Em outras palavras, o “exagero” de dados documentais pode levar ao surgimento duma espécie de “culto do arquivo”:

O culto excessivo do arquivo resulta numa contabilidade (a história quantitativa) destituída de imaginação e que proíbe que possamos pensar a história como uma construção capaz de suprir a ausência de vestígios

(...)

Nessa perspectiva, o arquivo é depositado como um saber absoluto que deve ser censurado (ROUDINESCO, 2006, p. 9 e 15).

No caso específico das pesquisas em torno das contribuições freudianas contidas em arquivos, principalmente em cartas pessoais, que tiveram como pano de fundo a disputa entre duas escolas legatárias do pensamento de Freud (*International Psychoanalytical Association (IPA)* e *Freud Museum of London*), o embate propiciou a exacerbada acumulação de dados documentais psicanalíticos produzidos pelo autor. Tal legado veio a se tornar objeto da disputa de seus “herdeiros intelectuais”. Em consequência, o conjunto dos arquivos, reunidos por cada um dos grupos, passou a ser encarado como um artefato verdadeiro, “mais verdadeiro” que os textos propriamente teóricos, pois os seguidores mais “fervorosos” passaram a “extrair” teoria das conversas pessoais mantidas nas cartas.

Para embasar minha escolha metodológica, apoio-me, além de Roudinesco, em outros teóricos sociais que também realizaram pesquisa documental e apresentaram discussões teóricas pautadas em tais investigações. O maior exemplo, entre os autores clássicos, talvez seja Durkheim (2001). Ao investigar as causas sociais do suicídio, o autor recorreu largamente aos arquivos. Ainda que os desdobramentos teóricos, pautados na investigação documental desenvolvida pelo autor, sejam campo de infindas

discussões e dissenso, seu método, embora questionado em relação às conclusões, não é invalidado.

Entre contemporâneos também é possível apontar autores que fundamentaram amplamente suas investigações em pesquisas documentais, a exemplo de Foucault (2004). Ao analisar as mudanças ocorridas no conhecimento e práticas médicas (em *O nascimento da Clínica*, [2004]), o autor toma como dados a serem problematizados: tratados médicos de inícios da modernidade, diversas enciclopédias, textos jornalísticos, textos legislativos, textos jurídicos etc. Como ação política, que a posteriori fundamentou um de seus escritos, Foucault chega até mesmo a organizar reuniões para dialogar sobre alguma temática – prisões de ativistas políticos da esquerda francesa entre 1970-1971, por exemplo. O autor também recorreu a cartas pessoais e as usou como fonte de informações, como fica explícito:

Para marcarmos uma primeira reunião, telefonamos a um magistrado: muitos deles vieram. Telefonamos a um capelão de prisões: muitos vieram. Telefonamos a um médico psicólogo, foi a mesma coisa. Um verdadeiro incêndio na floresta. Para dizer a verdade, ficamos surpresos. Muito surpresos mesmo. Em seguida, era preciso se fazer conhecer. Alguns jornais, dentre eles *Politique-Hebdo*, anunciaram nossa existência, e começamos a receber cartas. Cartas de médicos, de detentos, dos parentes deles; cartas de advogados, dos que visitavam prisões ... As pessoas se colocavam à nossa disposição, nos perguntavam o que era preciso fazer, enviavam um pouco de dinheiro. Hoje, ao final de cinco semanas de trabalho, não recebemos apenas cartas individuais: comitês de estudantes do liceu, grupos de estudantes, comitês do *Secours Rouge* nos escrevem... Isso vai muito rápido. Surpreendente, mesmo para os que, como nós, acreditam muito na necessidade dessa inquirição. O senhor percebe, não somos nós que a conduzimos, mas já são centenas de pessoas (FOUCAULT, 2006, p. 7).

A ação política que propiciou essas análises é decorrência dos trabalhos de um grupo, Grupo de Informações sobre Prisões (GIP) que se mobilizava no sentido de pressionar o Estado francês para garantir os direitos civis e políticos dos ativistas políticos que haviam sido presos. O GIP manteve estreito diálogo com uma rede de pessoas diretamente envolvidas com as prisões: os próprios detentos, as famílias dos detentos e agentes do Estado.

Há que se destacar que, para além de teóricos europeus, em meio a pesquisadores vinculados à “Escola de Chicago” igualmente é observável o

desenvolvimento de pesquisas documentais. William Thomas (1863-1947) e Florian Znaniecki (1882-1958), em parceria, investigaram o movimento de emigração polonesa nas primeiras décadas do século XX. Nessa pesquisa, os autores se valeram de documentos pessoais, tais como cartas e histórias de vida. Em *The Polish Peasant in Europe and America*, Thomas e Znaniecki lançam mãos de recursos metodológicos inovadores, à época, tais como a história de vida e documentos pessoais. Vejamos:

We use in this work the inductive method in a form which gives the least possible place for any arbitrary statements. The basis of the work is concrete materials, and only in the selection of these materials some necessary discrimination has been used. But even here we have tried to proceed in the most cautious way possible. The private letters constituting the first two volumes have needed relatively little selection, particularly as they are arranged in family series. Our task has been limited to the exclusion of such letters from among the whole collection as contained nothing but a repetition of situations and attitudes more completely represented in the materials which we publish here³⁴ (THOMAS; ZNANIECKI, 1927, p. 76).

Destaco neste trecho, a proposição dos autores à compreenderem as relações sociais – especificamente as dos emigrantes campesinos poloneses – a partir de metodologias “não convencionais”, no caso deles, o estudo de cartas pessoais e histórias de vida.

Desse modo, esclareço que, além de jornais (antigos e contemporâneos), bem como os documentos relativos à interdição da AHT, recorro à transcrição do DVD que contém a fala do médico Luiz Moura. Esse profissional, abertamente defensor da terapêutica, foi filmado ao explicar sobre a técnica a partir do ponto de vista de uma medicina acadêmica, portanto científica, mas aparentemente menos ortodoxa e mais aberta a outros modos de produzir conhecimentos sobre os processos de saúde-doença.

³⁴ Tradução livre: “Usamos neste trabalho o método indutivo de uma forma que dá o menor lugar possível para quaisquer afirmações arbitrarias. A base do trabalho é de materiais concretos, e apenas na seleção desses materiais foi utilizada alguma discriminação necessária. Mas mesmo aqui nós tentamos proceder da maneira mais cautelosa possível. As cartas particulares que constituem os dois primeiros volumes necessitaram de uma seleção relativamente pequena, especialmente porque estão organizadas em séries familiares. Nossa tarefa limitou-se à exclusão de tais cartas de toda a coleção, pois não continha nada além de uma repetição de situações e atitudes mais completamente representadas nos materiais que publicamos aqui” (THOMAS; ZNANIECKI, 1927, p. 76).

Além desse material, utilizo como fonte dois livros publicados por defensores da terapia em questão, um livro-reportagem – *Auto-hemoterapia: o segredo do bom sangue* (MATA, 2009) – e um que chamo de “livro-depoimento”: *Auto-Hemoterapia: um bom passo maior que a perna. Das bases à autonomia do viver* (ZASLAVSKY, 2011). Ambos possuem conteúdos importantes sobre a AHT. Também apresento dados colhidos em *blogs* e em outros sites que circulam informações sobre a terapêutica.

Destaco ainda, que o modo como conduzo a pesquisa, do ponto de vista da análise dos dados, é feito do presente para o passado. Parto da análise dos dados contemporâneos sobre a interdição da técnica em questão, demonstrando o embasamento usado para interditá-la, até algumas informações que se referem aos indivíduos praticantes da AHT. Em seguida, volto algumas décadas, para demonstrar o contexto em que a terapia gozava de ampla legitimidade social e, inclusive, científica. A escolha por seguir essa ordem se justifica por eu escolher analisar, comparativamente, o processo que tornou a AHT não-científica e sua consequente deslegitimação social, e/ou, acadêmica.

Referencial teórico

As ferramentas analíticas não estão deslocadas e descontextualizadas do corpo do texto. No entanto, faz-se imprescindível adiantar alguns posicionamentos de forma breve e aprofundá-los mais adiante. É importante salientar que o quadro construído³⁵ para analisar a problemática é circunscrito à Sociologia Reflexiva (de Bourdieu) e à teoria genealógica (de Foucault)³⁶. No entanto, saliento que não me

³⁵ Mais adiante, ainda nesta introdução, esclarecerei que apesar de um quadro teórico aparentemente restrito, irei utilizar-me de algumas ideias e conceitos de autores variados. Para essa escolha, baseio-me em Strathern (2014).

³⁶ É importante lembrar que, como já observei anteriormente, sou consciente das restrições analíticas que se me impõe a aproximação desses dois teóricos sociais. Mas, como destaquei anteriormente, apesar

restringo a servir-me apenas das teorias desses autores, cotejo, ainda que de forma pontual, outros pensadores sociais.

Do ponto de vista teórico, tomo a interdição à AHT como exemplo de fenômeno social total (MAUSS, 2003), pois o ato interdutivo é transpassado e influenciado por diversas esferas sociais. Dessa forma, analiso a interdição à AHT como “fenômeno social geral”, tal como propôs Mauss (2003):

nesses fenômenos sociais ‘totais’, como nos propomos chamá-los, exprimem-se, de uma só vez, as mais diversas instituições: religiosas, jurídicas e morais — estas sendo políticas e familiares ao mesmo tempo —; econômicas — estas supondo formas particulares da produção e do consumo, ou melhor, do fornecimento e da distribuição —; sem contar os fenômenos estéticos em que resultam esses fatos e os fenômenos morfológicos que essas instituições manifestam (p. 187).

No entanto, para que a interdição à AHT possa ser compreendida a partir da ideia de fenômeno social total, faz-se necessário realizar algumas ponderações. A primeira delas é que “os fenômenos totais são manifestações frequentes em sociedades que ainda não desenvolveram contratos individuais puros, onde os mercados não fazem circular dinheiro, vendas ou mesmo a noção de preço” (SETTON, 2009, p. 296-7), ou seja, sociedades não ocidentalizadas que se organizam de forma “não moderna”. Não obstante, é justamente neste ponto que Latour (1994)³⁷ pode ajudar a produzirmos uma antropologia (e ciências sociais em geral) sem nos distinguirmos daqueles povos outrora apontados como “pré-modernos”, pois, como argumenta o autor, nós, igualmente a eles,

de terem bases epistemológicas diversas, aproximo-os de modo pontual e específico, procurando congeneridades entre as ideias, de forma específica ao tema “conhecimento”.

³⁷ Nesta pesquisa, Latour *não* é trazido à discussão para compor o quadro teórico-analítico, mas para fornecer apenas uma ferramenta – o conceito de *objetos não-humanos*, que pertence à teoria do ator-rede e possibilita pensar “coisas” como agentes que, na interação com humanos, ajudam a compor relações sociais. Latour, na maioria de seus estudos, tomou o conhecimento científico como objeto de suas problematizações. Seja em *Ciência em ação*, *Vida de laboratório*, *Cogitamus: seis cartas sobre as humanidades científicas*, ou em *Jamais fomos modernos*, o autor tematizou a forma, hoje quase hegemônica, pela qual o ser humano contemporâneo pretende dar sentido, compreender a realidade na qual está inserido, a saber, o conhecimento científico. Nesta pesquisa, não é objetivo focar a discussão e as proposições teóricas do autor supracitado.

continuamos a pensar de forma “inteiriça”, sem separar, no que tange ao cotidiano, as dimensões “cultural” e “natural” que compõem aquilo a que denominamos “realidade”.

As contribuições teóricas de Latour (1994) fornecem subsídios para que eu possa pensar a questão aqui em voga. A ideia que trago para tal empreitada é a noção segundo a qual o autor sugere que nossa forma contemporânea de racionalizar e pensar a realidade não difere, tanto quanto imaginamos, em relação aos nossos antepassados, sociedades pejorativamente denominadas “arcaicas”, “primitivas”, “pré-modernas”.

Em *Jamais fomos modernos*, Latour (1994) inicia seu raciocínio que leva a questionar o *status* “moderno” concedido às sociedades contemporâneas:

Na página quatro do jornal, leio que as campanhas de medidas sobre a Antártida vão mal este ano: o buraco na camada de ozônio aumentou perigosamente. Lendo um pouco mais adiante, passo dos químicos que lidam com a alta atmosfera para os executivos da Atochem e Monsanto, que estão modificando suas linhas de produção para substituir os inocentes clorofluorcarbonetos, acusados de crime contra a ecossfera. Alguns parágrafos a frente, é a vez dos chefes de Estado dos grandes países industrializados se meterem com química, refrigeradores, aerossóis e gases inertes. Contudo, na parte de baixo da coluna, vejo que os meteorologistas não concordam mais com os químicos e falam de variações cíclicas. Subitamente os industriais não sabem o que fazer. Será preciso esperar? Já é tarde demais? Mais abaixo, os países do Terceiro Mundo e os ecologistas metem sua colher e falam de tratados internacionais, direito das gerações futuras, direito ao desenvolvimento e moratórias. O mesmo artigo mistura, assim, reações químicas e reações políticas (LATOURE, 1994, p. 7).

Latour prossegue usando a alegoria do jornal, intercalada com estudos antropológicos de sociedades que precederam as contemporâneas, para exemplificar e dar base à argumentação. Propõe um dilema: se “ser moderno” significa diferenciarmos de nossos predecessores no que diz respeito, principalmente, à compreensão da relação entre natureza e sociedade (que estrutura as demais formas sociais), então, “jamais fomos modernos”.

Isso porque continuamos a misturar as dimensões social e natural. Latour sugere que, se ao contrário, entendermos que o projeto da modernidade foi exitoso, se acreditarmos que esse projeto se realizou, nele há falhas, pois os *híbridos* (existências naturais-culturais, tais como os exemplos de jornal, dados pelo autor) – que deveriam

ser classificados como natureza ou sociedade – estão se multiplicando de forma exponencial.

No entanto, ao olharmos a proliferação dos *híbridos* por aquela ótica de não se ter concretizado o projeto modernizador que nos possibilitaria separar por completo natureza e cultura, descobriremos que não somos (ou jamais fomos) modernos. Se considerarmos que qualquer um de nós que “aperte o mais inocente dos aerossóis... será levado à Antártida, e de lá à universidade da Califórnia em Irvine, às linhas de montagem de Lyon, à Química dos gases nobres, e daí talvez até à ONU” (LATOUR, 1994, p. 8), veremos que em nossas culturas existem elementos que são liminares, sendo considerados naturais e culturais. Dessa forma, perceberemos que, tal como a crença num tabu alimentar de algum grupo aborígine, somos tão “modernos” quanto as sociedades que nos precederam (ou tão “não-modernos” quanto eles).

A antropologia simétrica proposta por Latour é dificultada pelo fato de que as ciências (sociais e naturais) persistem em tentar compreender a realidade (*híbrida*) segundo padrões cognitivos que separam (por mecanismos que o autor chama de purificação) as dimensões natural e cultural de um mesmo fenômeno, através da desconstrução do

fio frágil... cortado em tantos segmentos quantas forem as disciplinas puras: não misturemos o conhecimento, o interesse, a justiça, o poder. Não misturemos o céu e a terra, o global e o local, o humano e o inumano. “Mas estas confusões criam a mistura – você dirá –, elas tecem nosso mundo?” – “Que sejam como se não existissem”, respondem os analistas, que romperam o nó górdio com uma espada bem afiada (*ibidem*, p. 8).

Latour (1994) argumenta que a separação entre natureza e cultura, nos processos de compreensão da realidade, é a principal proposta da modernidade. No entanto, o que se observa no cotidiano é exatamente o oposto, a proliferação dos objetos *híbridos* de natureza e cultura. Daí a suspeição de não sermos modernos, e se não somos modernos, há a possibilidade de nos estudarmos tal como o fizeram os antropólogos clássicos em relação às culturas “descobertas”, a partir de uma antropologia comparada (*ibidem*, p. 16). Dessa forma, seguindo as ideias de uma antropologia simétrica, agora é plausível pensar a interdição aqui em análise como um fenômeno social total, como

propunha Mauss (2003), uma vez que as ideias daquela corrente teórica possibilitam nossa “auto compreensão” a partir de estudos sociais.

Isso posto, esclareço que a investigação desenvolvida durante o mestrado me trouxe muitos aprendizados, entre os quais destaco a percepção, possibilitada por uma análise crítica dos achados da pesquisa de campo, de que a proibição da AHT (pertencente ao domínio das práticas de cura) é carregada de significados. Ela codifica uma disputa social por poder, nas palavras de Bourdieu: “os campos são os lugares de relações de forças que implicam tendências imanentes e probabilidades objetivas” (BOURDIEU, 2004a, p. 27). Poder este que está, umbilicalmente, ligado ao saber, ou seja, o significado “escondido” por detrás de uma “simples” proibição revela uma tensão entre saber/poder, a qual é mostrada por Foucault:

O importante, creio, é que a verdade não existe fora do poder ou sem poder (...) A verdade é deste mundo; ela é produzida nele graças a múltiplas coerções e nele produz efeitos regulamentados de poder. Cada sociedade tem seu regime de verdade, sua "política geral" de verdade: isto é, os tipos de discurso que ela acolhe e faz funcionar como verdadeiros; os mecanismos e as instâncias que permitem distinguir os enunciados verdadeiros dos falsos, a maneira como se sanciona uns e outros; as técnicas e os procedimentos que são valorizados para a obtenção da verdade; o estatuto daqueles que têm o encargo de dizer o que funciona como verdadeiro (1984, p. 12).

Foucault chama atenção para o fato de que a verdade não possui uma “natureza” desvinculada da existência humana. Em outras palavras, não há um absoluto a que se possa designar como “verdade”. A verdade é construída/inventada/criada/ por seres humanos nas relações sociais e, como propuseram vários teóricos sociais, notadamente, Max Weber, ou mesmo Simmel, as relações sociais são conflituosas. É nesse sentido que percebo que a interdição atribuída à AHT é formadora de uma situação de conflito entre os responsáveis legais por produzir conhecimento sobre os processos de saúde/doença e aqueles que se colocam em situação de questionar tal autoridade. A verdade, como sugeriram – a partir de perspectivas epistemológicas distintas – Bourdieu (1989; 1996), por um lado, e Foucault (1984, 2004b) de outro, é algo em constante contestação.

Voltemos à discussão anterior, sobre o quadro de referência teórica que utilizo nesta investigação. Proponho pôr em diálogo duas ideias principais: 1) os

conceitos-chave de Bourdieu, *campo* e *habitus*³⁸; 2) a teoria de Foucault, que relaciona saber e poder como um fenômeno “uno”, indiviso. Percebo que – apesar de assumirem perspectivas teórico-epistemológicas distintas (com frequência, Bourdieu é caracterizado como um representante da tradição estruturalista, e Foucault como um pós-estruturalista), especificamente no que concerne à vinculação entre conhecimento e poder, há uma complementaridade possível entre os autores, pois ambos teorizam essa questão a partir da observação da relação entre subjetividades e objetividades presentes na vida social – as ideias desses teóricos se complementam.

Como expus anteriormente, Foucault esclareceu que o discurso produzido sobre o mundo, ou melhor, sobre a realidade, ou seja, o saber, tem subjacente a si, o poder. O saber, por si só, “é poderoso”, bem como o “poder é sábio”. A realidade biomédica traduz essa concepção de forma muito clara:

O *status* do médico compreende critérios de competência e de saber; instituições, sistemas, normas pedagógicas; condições legais que dão direito - não sem antes lhe fixar limites - à prática e à experimentação do saber (...) Esse *status* dos médicos é, em geral, bastante singular em todas as formas de sociedade e de civilização: ele não é, quase nunca, um personagem indiferenciado ou intercambiável. A fala médica não pode vir de quem quer que seja; seu valor, sua eficácia, seus próprios poderes terapêuticos e, de maneira geral, sua existência como fala médica não são dissociáveis do personagem, definido por *status*, que tem o direito de articulá-lo, reivindicando para si o poder de conjurar o sofrimento e a morte [grifo meu] (FOUCAULT, 2007, p. 56-57).

A essa teorização foucaultiana sobre saber-poder é possível acrescentar os conceitos bourdieusianos de *campo* e *habitus*. A ideia de *campo* como espaço de disputas permitiu-me a percepção de que há uma “luta” entre os indivíduos (bem como entre grupos diversificados, como os profissionais da enfermagem e os profissionais

³⁸ Grosso modo, *habitus* é um conjunto de comportamentos adquiridos na estrutura social na qual o sujeito se desenvolveu. Nas palavras de Bourdieu: “... *habitus* – [é] entendido como um sistema de disposições duráveis e transponíveis que, integrando todas as experiências passadas, funciona a cada momento como uma *matriz de percepções, de apreciações e de ações* - e torna possível a realização de tarefas infinitamente diferenciadas, graças às transferências analógicas de esquemas, que permitem resolver os problemas da mesma forma, e as correções incessantes dos resultados obtidos, dialeticamente produzidas por esses resultados” [Grifos meus] (BOURDIEU, 1983, p. 65).

médicos, por exemplo) que compõem o campo da “cura” (biomédicos e não-biomédicos), indivíduos esses que possuem suas ações norteadas por comportamentos adquiridos anteriormente (*habitus* referenciado pela medicina científica, ou por saberes diferentes do científico). Ou seja, imagino que as relações de saber-poder, que possibilitam a legalização ou proibição de práticas médicas, são reguladas no inter-relacionamento intrínseco ao campo e ao *habitus* biomédico. Dito de outra forma, as regras de validação do conhecimento médico-científico sobre os processos de saúde/doença são criadas, especificamente na esfera da medicina científica, tornando a linguagem biomédica (figurada na Medicina Baseada em Evidências) o artifício responsável por validar conhecimento.

No entanto, essas regras (de validação científica, especificamente na biomedicina), assim como outros aspectos da sociedade, igualmente estão em constante mudança; também são elas próprias modificadas, fazendo com que sejam acrescentados ou subtraídos conhecimentos e práticas, do panteão dos saberes anteriormente reconhecidos como válidos e, outrora, socialmente reconhecidos. É esse processo de mudança que aqui será investigado, com a finalidade de entender a interdição à AHT.

Tanto os defensores quanto os indivíduos que negam a cientificidade da AHT fazem isso de forma parcialmente direcionada, como fica claro: “os agentes fazem os fatos científicos e até mesmo fazem, em parte, o campo científico, mas a partir de uma posição nesse campo – posição essa que não fizeram – e que contribui para definir suas possibilidades” (BOURDIEU, 2004a, p. 25). Assim, vejo que as relações de saber-poder são construídas pelos agentes sociais (a partir de seu *habitus*) inseridos em seus respectivos campos. Essa ideia me ajuda a pensar como os profissionais de medicina acadêmica produzem os saberes médicos e como esse processo é conflituoso.

Após esta explanação em que expus a metodologia e as referências teóricas empregadas nesta pesquisa, faz-se importante apresentar a estrutura dada ao texto. Tendo em mente a ideia de aplicar “diversos olhares” na tarefa de investigação do presente objeto, dividi o texto em duas partes: 1) olhar de perto; 2) olhar de longe. Fiz esta opção para organizar as formas de aproximação e desenvolvimento da investigação.

Na primeira parte, que caracteriza o olhar aproximado, exponho o início desta pesquisa³⁹, que havia imaginado que seria de intenso diálogo com sujeitos protagonistas da questão aqui em discussão, os profissionais de saúde. Apresento também a mudança na condução metodológica da investigação. No capítulo segundo dessa primeira parte, exibio os dados recolhidos na nova incursão metodológica, os documentos relativos à interdição a AHT, bem como outros dados, tais como conteúdos referentes à AHT veiculados em blogs e sites que se dedicam à temática “saúde”.

Por sua vez, a segunda parte, “Olhar de longe”, é caracterizada pelo intuito de afastar-me, no tempo e no espaço – a partir dos documentos e jornais relativos à época em que a AHT era legalizada, bem como por meio de documentos de países do exterior onde a técnica é legal –, para investigar dados de campo que possam dar pistas de como se deu a mudança no padrão de cientificidade relativo ao contexto do saber médico-científico que tornou possível a AHT passar de prática científica e legal a não-científica e ilegal.

Por último, esclareço que, a despeito da aparência “audaciosa” (problematizar os conhecimentos médicos⁴⁰), o debate que trago nesta pesquisa tem pretensões bastante singelas, mas não simplórias. São modestas em razão de *não* apresentarem uma “proposição teórica” inovadora, pois, através de longa tradição dos estudos sociais em ciência, saúde e sociedade, apresento apenas os ganhos teóricos em voga na contemporaneidade a respeito dos estudos em saúde/conhecimento, e discuto como tais proposições auxiliam-nos, cientistas sociais, na pesquisa sobre temáticas relacionadas à Saúde, a examinarmos as problemáticas sociais nesse âmbito.

Desde os “pais fundadores” da Sociologia, a disciplina é atenta para o fato de que os conhecimentos (científicos, religiosos, de senso comum etc.) mantêm alguma relação com as diversas esferas da vida social. Durkheim (2001), ao pesquisar as formas

³⁹ Apesar da demasiada aparência de um “diário de campo”, faz-se necessário manter essa seção nestes moldes, para que fiquem claros os caminhos percorridos nesta pesquisa.

⁴⁰ É importante esclarecer que, apesar do recorte empírico desta pesquisa inserir-se nas ciências da saúde, faço minhas as palavras de Foucault para dizer que este texto “não é escrito... contra a medicina, por uma ausência de medicina” (FOUCAULT, 2015, p. XVIII).

elementares da vida religiosa, e propôs que tais “formas” são “determinadas” socialmente. Weber, ao sugerir que, havendo uma influência subjetiva na produção do conhecimento científico, observou que tal “dimensão” possui vínculos com a realidade social vivenciada pelo pesquisado. Marx (1980), por sua vez, aponta haver uma relação entre as ideias (superestrutura social) e a realidade material (infraestrutura social). Aqui almejo compreender como se dão tais relações (entre conhecimento e vida social) nos indivíduos que compõem um “coletivo de pensamento” (para usar o termo de Fleck [2010]) e as demais esferas da vida social⁴¹. Refiro-me ao campo dos saberes médicos, especificamente, no Brasil.

No entanto, mais uma vez explícito que esta pesquisa não é simplista. Pode-se observar, em todos os autores anteriormente citados, que estes acreditam na “construção social” dos sistemas cognitivos. Além do fato de perceberem as diversificadas formas de pensar como produção coletiva, também se assemelham em razão de não apresentarem respostas definitivas ou absolutas sobre a “natureza” desse “bem coletivo” que é um sistema de pensamento. Nesta pesquisa, irei, a partir da compreensão de como ocorre o processo de mudança nos padrões de cientificidade na medicina-acadêmica, observar como se dá essa “construção social” que parece também ser coletiva no que se refere às mudanças que lhe ocorrem.

Observo que grande parte dos autores que se dedicaram a pesquisar o conhecimento científico – domínio de pesquisa que possui variadas nomenclaturas, a depender das “comunidades de pensamento” que as desenvolve; “história das ideias” (FOUCAULT; 2015); *Science Studies* (LATOURE, 2016), entre outras – desenvolveram suas pesquisas enfatizando o conjunto de estruturas sociais (tais como instituições de ensino e pesquisa e/ou organizações profissionais), como Bourdieu (2004), por exemplo. Outros, no entanto, teorizam sobre o assunto, enfatizando o caráter coletivo da produção de conhecimento, tal como Berger e Luckmann (1985).

⁴¹ Gurvitch (1969) analisa, a partir da investigação dos “quadros sociais do conhecimento”, o “coeficiente social” intrínseco ao pensamento científico.

Todavia, parece ainda serem pouco exploradas as explicações já existentes, a exemplo das citadas anteriormente, referentes ao “passo a passo” e à forma como os conhecimentos científicos são “coletivamente produzidos”. A meu ver, Bourdieu, ao propor uma correlação entre estruturas sociais e disposições individuais, esclarece, na sua visão, como acontece a criação de saberes e práticas (entre outros bens simbólicos), a partir da explicação do funcionamento do campo científico. Acredito que Bourdieu vai além de demonstrar a existência de “mudanças” no que se refere à ciência (e às formas subjetivas, de modo geral). Ele explica de modo claro (algo que não encontrei, por exemplo, nas proposições de Foucault ou Latour) como ocorrem tais mudanças, a partir do estudo da “economia de bens simbólicos”, por exemplo. Cabe ainda salientar que as ideias de Bourdieu se assemelham a algumas proposições desenvolvidas por Norbert Elias (1994), principalmente no que se refere à preocupação de Elias (1994) em pensar a relação indivíduo-sociedade como problemática central da Sociologia.

Mesmo Bourdieu contribuindo para esclarecer tais processos de mudança na produção de conhecimento no campo científico, entendo que com as teorias contemporâneas advindas de outras áreas, tais como a neurociência, seria imprescindível avançar um pouco mais no terreno dessas discussões.

Assim, buscando trazer uma contribuição possível para esse debate, esta pesquisa apontará como a interdição à AHT, resultado da mudança nos critérios de cientificidade na medicina científica brasileira, decorre de relações existentes entre indivíduos, organizados em coletivos de pesquisadores, e estruturas sociais “mutantes”.

2. PROBLEMATIZANDO O SUJEITO PROBLEMATIZADOR: LIMITES DA AUTOANTROPOLOGIA

Nesta primeira parte da tese aponto, seguindo um direcionamento de “proximidade”, as “descobertas” adquiridas ao longo da investigação da interdição à AHT. Tal como exposto na introdução, entendo o material organizado como fruto de obstinado “olhar de perto”, aqui caracterizado por ter uma dimensão objetiva, a partir de minha vivência como praticante da terapêutica em análise.

Quando se pesquisa um objeto “próximo” ao investigador, pode surgir inúmeras questões – neste caso, relembro que sou praticante da AHT desde 2008, além disso, o objeto está inserido no contexto científico, mais um ponto de alerta, pois a “ciência da ciência”, ou estudos da ciência, também colocam o pesquisador próximo ao objeto. Dessa forma, impõe-se a mim (e, segundo Bourdieu, a todos que tomam a ciência e sua prática como objeto de reflexão) a necessidade de realizar uma “reflexividade generalizada” (BOURDIEU, 2004).

O que denomino “problematizar o sujeito problematizador”, nada mais é que a urgência de se fazer uma “reflexão-generalizada”, tomando esta pesquisa que desenvolvo como uma “autoantropologia” (STRATHERN, 2014), buscando reconhecer e traçar os seus limites. Pesquisar objetos inseridos em contextos sociais próximos ao investigador⁴² suscita problemas muito sérios, de ordem moral e até mesmo “epistêmica”. Como propõe Strathern, tais objetos “levantam a questão preliminar de como se *conhece* quando se está em casa” (2014, p. 133). Sendo assim, sou duplamente “de casa”, por ser praticante da AHT e por ter formação científica (implicando-me como questionador da ciência que pratico), tornando mais delicados os contornos da pesquisa.

⁴² Strathern (2014) usa como sinônimo de autoantropologia, a expressão “antropologia de casa”, referindo-se às pesquisas em que o investigador é “nativo” da realidade social onde está inserido seu recorte de pesquisa.

Os estudos sociais “feitos em casa” (a exemplo das pesquisas autoantropológicas) correm o risco de serem taxados do seguinte modo: “os antropólogos que trabalham em terreno familiar chegarão a um melhor entendimento do que chegariam em outro lugar por não precisarem transpor barreiras linguísticas e culturais” (STRATHERN, 2014, p. 134-135). Segundo essa suposição, defende-se haver melhores condições teóricas e práticas no que se refere à condução de pesquisas sociais realizadas em contextos sociais próximos aos pesquisadores. Em resumo, essa visão concebe as pesquisas “em casa” como produtoras de “maior entendimento”.

Sá (2009) desenvolveu ampla discussão sobre estudos autoantropológicos. Em sua tese doutoral, intitulada “*Guerra, Mundão e Consideração. Uma etnografia das relações sociais dos jovens no Serviluz*”, Sá (2009), a partir de uma etnografia urbana magistral, contribuí longamente com as investigações sociais que se propõe reflexivas. Assim, mesmo minha pesquisa não se configurando como uma “experiência micropolítica”, ao menos não na forma como foi a de Sá (2009), pautei as investigações que originam esta tese em obstinada “motivação ética e compromisso epistemológico” (SÁ, 2010, p. 38).

No entanto, há outra compreensão para estudos conduzidos daquela forma: “Ela torna complexo o lugar-comum, e suas sistematizações não só não revelam nada além do que todos já sabiam de todo modo, como equivalem a um conjunto de mistificações desnecessárias” (*ibidem*, p. 135). Supostamente, em relação a pesquisadores que investigam realidades cultural e socialmente próximas, essas duas concepções (“maior entendimento” *versus* “mistificação” da fala “auto-nativa”) se antagonizam. Não obstante essa aparência, Strathern (2014, p. 135) sugere:

A despeito da contradição entre essas duas suposições, ambas se originam do que se considera uma implicação geral da antropologia feita em casa: maior reflexividade. A suposição é que nos tornamos mais conscientes - tanto de nós mesmos convertidos em objeto de estudo, ao aprendermos sobre nossa própria sociedade, como de nós mesmos realizando o estudo, ao nos tornarmos sensíveis aos métodos e ferramentas de análise. Assim, a perspectiva da antropologia feita em casa sugere uma contribuição à crescente reflexividade imposta aos sujeitos a partir de várias direções.

Esse trecho de Strathern faz-me recordar a “parábola da lente”, na qual Ruth Benedict compara as culturas humanas a lentes oculares que possibilitam aos indivíduos enxergar a sociedade: “As lentes através das quais uma nação olha a vida não são as mesmas que uma outra usa. É difícil ser consciente com os olhos através dos quais olhamos” (BENEDICT, 1972, p. 19). Trago-a para auxiliar-me a pensar o objeto aqui em questão. Logicamente, Benedict referia-se à cultura como um “artifício” que possibilita a compreensão e organização social, mas estou usando a expressão em relação aos documentos. Estes, e demais fontes de dados, são a lente pela qual observo a interdição à AHT. À primeira vista, a discussão feita por Strathern (2014) poderia ser enxergada como contraposição à “parábola da lente” em que Benedict (1972) diz:

Em questão de óculos, não esperamos que aqueles que os usam conheçam a fórmula das lentes, daí tampouco podemos esperar que as nações analisem suas próprias perspectivas do mundo. Quando queremos saber a respeito de óculos, vamos um oculista e esperamos que esteja habilitado a escrever a fórmula para qualquer lente que lhe tragamos. Algum dia, sem dúvida, reconheceremos ser esta a tarefa do cientista social, com relação às nações do mundo moderno (p 19-20).

Apesar do que diz Benedict (1972) poder ser inserido no tipo de crítica aos estudos “em casa”, caracterizado por Strathern (2014) como algo “místico”, uso a “alegoria da lente” para indicar que os dados recolhidos durante a pesquisa são as lentes a partir das quais enxergo as problemáticas que me proponho a discutir. O “efeito de espelho” (BOURDIEU, 2004), aparentemente implausível, que caracteriza as autoantropologias, ou seja, os estudos sociais em casa, é aqui visto como necessário aos desenvolvimentos sociológicos:

Longe de reear este efeito espelho (ou de bumerangue), pretendo conscientemente, ao tomar a ciência como objecto de análise, expor-me a mim mesmo, assim como a todos que escrevem sobre o mundo social, a uma reflexividade generalizada. Um dos meus objetivos é fornecer instrumentos de conhecimento que podem voltar-se contra o tema do conhecimento, não para destruir ou desacreditar o conhecimento (científico), mas, pelo contrário, para o controlar e reforçar. A sociologia que coloca às outras ciências a questão dos seus fundamentos sociais não pode eximir-se de também ser questionada. Dirigindo um olhar irônico sobre o mundo social, que revela, desmascara, descobre o escondido, a sociologia não pode eximir-se de dirigir este olhar sobre si mesma, não com a intenção de destruir a sociologia, mas,

pelo contrário, de a servir; de se servir da sociologia da sociologia para fazer uma melhor sociologia (BOURDIEU, 2004, p. 15).

Dito de outro modo, tomar a prática científica como objeto de investigação é uma forma de aprimorar o conhecimento científico. Portanto, ter estudado o objeto desta investigação a partir da pesquisa documental – ainda que tal maneira de fazer a investigação não tenha sido, pelo menos inicialmente, uma escolha deliberada – proporcionou objetividade ao estudo.

No entanto, não é apenas por esta pesquisa ser um estudo que tangencia a sociologia do conhecimento que se faz premente que eu recorra à autoantropologia. A motivação, talvez até mais importante que aquela apontada acima, que exige esse movimento de “auto-análise”, diz respeito ao fato de eu manter íntima relação com a AHT, pois sou adepto do tratamento com meu próprio sangue desde 2008.

Através de um “drama familiar”, caracterizado pela confusão que se estabeleceu no ambiente doméstico, quando um parente meu (mulher, profissional da saúde, técnica em saúde) decidiu tratar-se de uma alergia em suas mãos através da mencionada técnica. Houve intenso debate, pois à época, um primo meu, acadêmico de ciências biológicas, mostrou-se contrário ao uso da AHT, articulando, para embasar seu posicionamento, os conhecimentos biológicos adquiridos na academia. Após muito debate, aquela parente aderiu ao tratamento. Por motivos pessoais, resolvi também ser usuário da terapia. O ano era 2008, desde então, mesmo que com frequência variada, não deixei de recorrer à técnica.

Foi neste cenário de familiar que minha pesquisa de graduação foi desenvolvida, ocasião em que teriam sido muito valiosas as discussões metodológicas realizadas por Sá (2009). No entanto, diferentemente daquele autor, que “pecorria” um caminho até o *locus* onde se encontrava seu objeto de estudo e que desenvolveu mecanismos inovadores para objetivar o objeto de pesquisa; eu compartilhava o mesmo espaço geográfico de meu objeto de investigação. Digo isto porque, por ocasião da monografia, invetiguei como os “pacientes” que recorriam à AHT chegavam até a técnica.

Cabe salientar que aquela familiar, é profissional da saúde, técnica em enfermagem, e ensinou meu primo (acadêmico de ciências biológicas) a punsionar e injetar o sangue para que ele realizasse a terapia nela. Assim, ela não se auto-aplicava a AHT. Com o passar tempo, esta parente foi difundindo o conhecimento sobre a técnica e incentivando, inicialmente familiares e amigos, a aderirem ao tratamento. De modo que, sem intencionalidade, a casa (a qual eu também residia) transformou-se em ponto que recebia pessoas para se tratarem com esta terapêutica.

Nesta tese, o usuário da AHT não foi o foco do interesse investigativo, pois apesar de certamente influenciar, de algum modo e em algum grau, o processo de mudança nos parâmetros da cientificidade médica, captar tal índice exigiria um esforço particular. Desse modo, saliento que trouxe as informações anteriores sobre minha aproximação à AHT para esclarecer que, mesmo o “paciente” não se fazendo presente – por escolha minha – em primeiro plano, ele figura como personagem “oculto”, pois é o outro pólo das discussões sobre os processos de saúde-doença. Daí, outra vez, a extrema importância de debater neste espaço os estudos auto-reflexivos.

Pesquisar a AHT, estando na condição de usuário, caracterizou-se como algo difícil, pois as lições da antropologia clássica (estranhamento) tornavam-se complexas de serem postas em prática. Mesmo que esta tese não tenha focado no praticante da AHT, estar na condição de usuário da terapia dificultava, por exemplo, objetificar o percurso até o local da pesquisa, como tão bem o fizeram Paulino (2012) ou mesmo Sá (2009). Literalmente, o ambiente de pesquisa estava em casa.

Naquela pesquisa de graduação, pude explorar positivamente esse fator, pois várias pessoas iam à casa daquela familiar, para que ela aplicasse-as com a “injeção do sangue”. Assim, como naquela pesquisa o “paciente” usuário da terapêutica e sua história de “encontro” com a AHT eram o meu interesse investigativo, mesmo tendo que cercar-me dos cuidados relativos à objetivação, não foi tão complexo quanto nas investigações desta tese.

Nas investigações para esta tese, por vezes me flagrei indagando-me sobre se eu não estaria apenas, e tão simplesmente, dando “voz ao usuário” defensor desta técnica de saúde. Será que os questionamentos que nortearam a investigação que

viabilizou a produção deste trabalho não eram meramente questões que inquietavam o “usuário”, que travetido de pesquisador, tentava levar para dentro do âmbito científico questões de outras ordens? Para solucionar positivamente tais questionamentos, o que fiz foi buscar fortalecer a metodologia da pesquisa, pois a construção de boas bases metodológicas me possibilitaria aproximar-me mais e mais da exigida objetividade da pesquisa sociológica.

Assim, os dados recolhidos (a partir, principalmente, da pesquisa documental, como apontei anteriormente e aprofundarei a seguir), configuram um corpo de informações que recebe menos influências subjetivas minhas, que os dados que poderiam ser juntados a partir de minha experiência enquanto paciente que usa a AHT. Digo isto, pois usar as “vivências” particulares, enquanto sujeito que se trata com a terapia aqui em questão não tornaria inviável a pesquisa, mas adicionaria mais complexidade à tarefa de afastamento do objeto.

2.1 PASSO A PASSO DA PESQUISA: OS DOCUMENTOS COMO LENTES

Realizada essa “autoanálise” em relação à minha condição de proximidade no que tange a este estudo, faz-se importante esclarecer e esmiuçar como se deu o processo de coleta de dados documentais. Ao reorientar parte do mecanismo metodológico, procurei aprender um pouco mais sobre pesquisa em arquivos. O resultado foi a acumulação de elementos a serem esmiuçados e analisados.

Para tornar o mais claro possível a explicação dos meios de pesquisa por mim usados (minha finalidade é obedecer a um “preceito”, quase sacro, do pensamento científico, a saber, a característica de o método e a metodologias serem replicáveis por outros pesquisadores), utilizarei imagens – produzidas a partir da ferramenta *print screen* – dos endereços eletrônicos das bibliotecas virtuais visitadas, para explicar o processo seguido na aquisição de dados para a pesquisa.

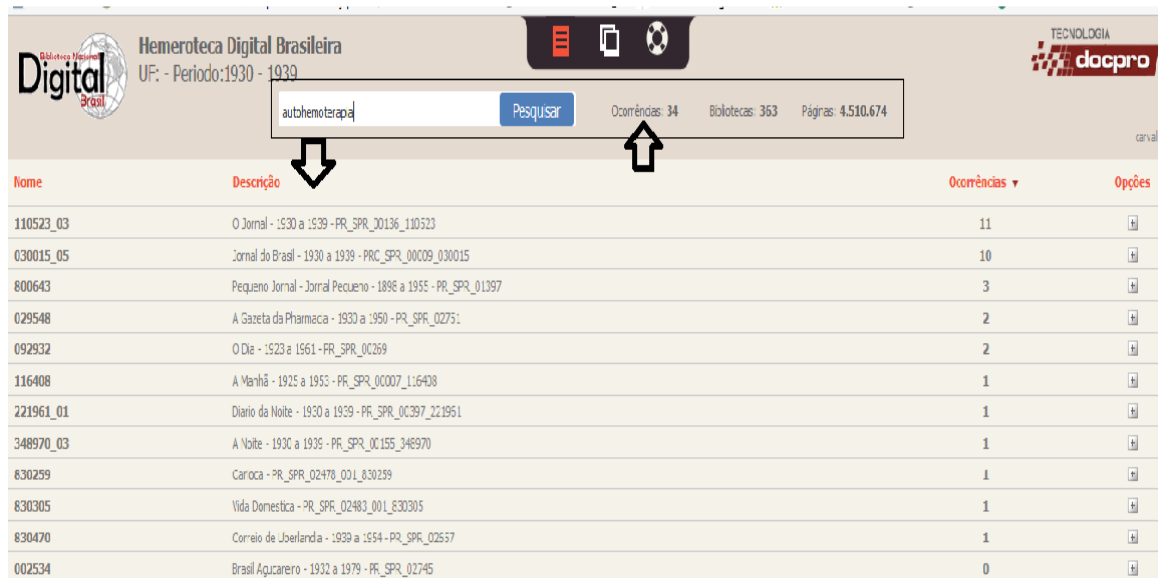
A figura 02 (abaixo), refere-se ao *link* da hemeroteca da Biblioteca Nacional. Fiz marcações com setas na cor preta para melhor compreensão. Passo 1: a primeira opção, a ser marcada na página inicial da biblioteca, é o *link* que leva à página da hemeroteca (retratada na imagem a seguir). Logo acima, e à direita, diz respeito à opção inicial apontada. Passo 2: opção de busca: após essa marcação, que abre a página mostrada acima, há três mecanismos para realizar a busca pelo conteúdo desejado: 1) jornal; 2) período; 3) local. Optei por pesquisar por período (mecanismo 2).

Antes de finalmente me decidir pela forma 2 de pesquisar na hemeroteca da Biblioteca Nacional, verifiquei a maneira do modo 3 (que corresponde à busca a partir do local de publicação, estados da Federação, mas também à publicações, desde 1800 até a proclamação da República, das principais cidades com as quais o Brasil matinha relações, tais como, Lisboa, Londres, Nova Iorque, entre outras) e constatei que, igualmente ao mecanismo de pesquisa 1, esta iria exigir mais tempo, pois teria que verificar estado por estado.

Desse modo, ao escolher pesquisar por período (modo 2 de busca), exigiu-se certa economia de trabalho, pois não há a possibilidade de demarcar um longo período (exemplo, de 1900 a 2000). A busca é restrita a períodos de uma década por vez. Iniciei a procura pelo termo “auto-hemoterapia” a partir do intervalo entre 1900-1909, no qual não foram registradas notícias referentes à palavra-chave buscada. Em seguida, continuei a busca, 1910-1919 etc.

Na imagem, destaco como aparece a resposta à pesquisa realizada demarcando o período entre 1930 e 1939. Houve trinta e quatro matérias de jornal que, direta ou indiretamente, nem sempre diziam respeito à prática da AHT. Há algumas que tratam de política e fazem menção à técnica em forma de sátira, por exemplo. No apêndice, disponibilizo uma síntese do que cataloguei.

Figura 02: *Print Screen* da página de resposta da busca sobre a AHT nos jornais.



Nome	Descrição	Ocorrências	Opções
110523_03	O Jornal - 1930 a 1939 - PR_SPR_00136_110523	11	[+]
030015_05	Jornal do Brasil - 1930 a 1939 - PRC_SPR_00009_030015	10	[+]
800643	Pequeno Jornal - Jornal Pequeno - 1896 a 1955 - PR_SPR_011397	3	[+]
029548	A Gazeta da Pharmeca - 1930 a 1950 - PR_SPR_02751	2	[+]
092932	O Dia - 1923 a 1961 - PR_SPR_00269	2	[+]
116408	A Manhã - 1925 a 1953 - PR_SPR_00007_116408	1	[+]
221961_01	Diário da Noite - 1930 a 1939 - PR_SPR_00397_221961	1	[+]
348970_03	A Noite - 1930 a 1939 - PR_SPR_00155_348970	1	[+]
830259	Caroca - PR_SPR_02478_001_830259	1	[+]
830305	Vida Domestica - PR_SPR_02483_001_830305	1	[+]
830470	Correio de Uberlândia - 1939 a 1954 - PR_SPR_02557	1	[+]
002534	Brasil Açucarero - 1932 a 1979 - PR_SPR_02745	0	[+]

Fonte: site da Hemeroteca.

Além disso, visitei outras bibliotecas virtuais, tais como a hispânica e a francesa, e ainda a norte-americana, como apresentarei, uma por uma, a seguir. Descreverei o processo de busca na biblioteca virtual espanhola. Cabe ainda destacar que o motivo da escolha por buscar conteúdos virtuais relativos à Espanha deveu-se por eu pensar da seguinte forma: já que há registros da utilização da AHT em Portugal e na França, provavelmente na Espanha – haja vista as relações histórico-geográficas compartilhadas entre os três países – também haveria algum registro referente à utilização da técnica.

Por conseguinte, fui em busca de descobrir se haveria documentos digitalizados e disponíveis virtualmente, como ocorria aqui no Brasil. Assim, encontrei o site da *Biblioteca Nacional de España*, que igualmente à Biblioteca Nacional brasileira, dispõe de uma hemeroteca com documentos digitalizados abertos ao público.

Na página da *Biblioteca Nacional de España*, percebi muitas semelhanças com o site mantido pela BN de nosso país. Do mesmo modo que a nossa, aquela, em seu endereço virtual, possui um link de acesso, logo na página inicial, que direciona o

internauta a uma página específica, a da hemeroteca (marquei uma seta direcionada para a esquerda, destacando a janela que conduz à hemeroteca digital).

Ao abrir o link que conduz à janela específica da hemeroteca, há diferenças em comparação à BN do Brasil. A busca é realizada de forma direta, sem filtros temporais ou relativos a jornais, nem mesmo há filtros relativos à região. No local de inserir os termos de busca, digitei a expressão “*la autohemoterapia*” e apareceram como resultado 60 matérias.

Não conseguiria dar conta de ler todas as referências, por isso, há uma espécie de sinopse das matérias publicadas, reuni (as 60 matérias apontadas no resultado da busca) aquelas que julguei mais pertinentes à pesquisa e trago para serem discutidas no capítulo III. Disponibilizo, em apêndice no final da tese, os textos arquivados por mim, acompanhados de breve comentário a respeito do que trata o escrito.

Como algumas informações recolhidas em documentos sugeriam que a AHT havia surgido na França, busquei reunir dados também publicados naquele país. Antes de descrever um pouco mais o modo de busca nessa fonte de pesquisa, faz-se importante esclarecer que, de todas as fontes de busca virtuais, a que apresentou maiores dificuldades foi a biblioteca virtual francesa. O site redireciona a busca a, pelo menos, seis outras fontes, como descreverei.

Ao procurar pelo termo *l'auto-hèmothérapie*, o site sugere o resultado da busca em seis outros links: 1- résultat(s) sur les pages web; 2- résultat(s) dans Gallica; 3- résultat(s) dans Catalogue General; 4- résultat(s) dans Catalogue Archives et Manuscrits; 5- résultat(s) dans Catalogue Médailles et Antingues; 6- résultat(s) dans Mandragore. Entre os links a que minha busca foi direcionada, apenas a Gallica⁴³ e o Catálogo Geral mostraram resultados. No entanto, nesse último, não havia possibilidade de baixar e nem mesmo de ler as matérias. Dessa forma, os dados que recolhi são

⁴³ Gallica é o site específico da Biblioteca Digital da França. O site “BNF”, corresponde a Biblioteca de modo geral, especificamente em sua dimensão física.

referentes aos materiais disponibilizados pela Gallica. Apresentarei, no momento oportuno, os dados recolhidos nessas buscas.

É necessário dizer que procurei material em língua inglesa. Assim, pesquisei o site *British News Paper Archive*, bem como na página *The British Library*. Nas duas buscas, realizadas com o termo *auto-hemotherapy*, nenhum resultado foi encontrado. Por fim, saliento que, em língua inglesa, ainda fiz mais uma tentativa. A partir de busca no Google, fui direcionado para o site da biblioteca virtual do Congresso dos Estados Unidos da América. Lá encontrei, através do termo *auto-hemotherapy*, três documentos, ambos publicados pelo *Federal Register*. No entanto, ao acessar o documento e lê-lo, não encontrei nada sobre AHT; o que li foi algo sobre *hemotherapy*, e não *auto-hemotherapy*. Por esse motivo, não uso dados, em se tratando de informações sobre a AHT, em língua inglesa, pois não os encontrei.

2.2 OLHAR DE PERTO: apurando o olhar do sujeito problematizador

Como expressei anteriormente, conheço a técnica de saúde aqui em questão desde 2008, ano em que uma familiar minha optou por tratar de determinada enfermidade que a acometia, recorrendo à AHT. Naquele ano, cursando a disciplina Projeto de Pesquisa no curso de graduação em Ciências Sociais, escolhi estudar, por meio da ótica dos estudos sociais, a forma como os adeptos da mencionada prática aderiam ao uso da AHT.

No entanto, mesmo naquela pesquisa, despertava-me atenção o fato de ser usada, como mecanismo argumentativo, a falta de pesquisas científicas que dessem respaldo à técnica para proibir que profissionais da saúde recorressem ao uso da AHT. E, na contramão desse raciocínio, proibia-se – com a nota técnica emitida pela ANVISA em concordância com o Parecer do CFM – sem a realização de pesquisas científicas (duplo-cego, randomizadas etc.) o uso da mencionada terapêutica pelo profissional de Saúde.

Antes de desenvolver o conteúdo deste tópico, é interessante expor algumas ideias introdutórias. Como mencionado na introdução, intencionando compreender o processo que leva à interdição da AHT, posicione-me a diferentes distâncias *físicas* (tentativas de proximidade para captar a fala de profissionais de saúde, bem como o posicionamento legal-burocrático das instituições que os representam) e *temporais* (não aceitação à AHT no presente, e ainda a não tão distante legalidade que a população e a comunidade médica dispensavam à técnica aqui em debate).

O historiador social Peter Burke, mesmo não tendo dedicado estudos exclusivos à “História da Saúde”, ajuda-me a pensar a temática. Apoiando-me no conceito desenvolvido por Burke (2010), acredito que cultura seja um conjunto de “sistema de significados, atitudes e valores partilhados e as formas (apresentações, objetos artesanais) em que eles são expressos ou encarnados” (BURKE, 2010, p. 22). Gostaria de explorar um pouco mais esse conceito-chave dos estudos sociais e trazer para o debate as contribuições de Roy Wagner (2010). Segundo esse antropólogo, a ideia de cultura passou a ser mais que um objeto de estudo, transformou-se no próprio “idioma” antropológico.

Na verdade, a “invenção” do conceito de “cultura” serve aos pesquisadores como uma espécie de ferramenta metodológica que os auxilia no processo de compreensão das culturas que os pesquisadores desejam estudar. Em outras palavras, “um antropólogo denomina a situação que ele está estudando como ‘cultura’ antes de mais nada para poder compreendê-la em termos familiares, para saber como lidar com sua experiência e controlá-la” (WAGNER, 2010, p. 39). Consequentemente, as práticas de cura, sejam elas modernas (científicas) ou não (“tradicionalistas”), enquadram-se na concepção segundo a qual podemos entendê-las como parte componente de certa “forma” de expressão cultural.

Burke (2010), ao realizar estudos sobre cultura popular em inícios da idade moderna na Europa, sugere que até meados daquele período, entre 1500 e 1800, havia pouca diferenciação entre a cultura praticada pelas elites sociais e as camadas marginalizadas. O autor argumenta que, naquela época, havia uma interação entre as

duas principais camadas sociais, denominadas por ele ora como grande e pequena cultura, ora como alta e baixa cultura. Nas palavras do autor, “dada a existência de grandes e pequenas tradições, por variadas que fossem, nos inícios da Europa moderna, era natural que existisse uma interação entre elas” (BURKE, 2010, p. 93).

O autor expõe que “essas interações entre cultura erudita e cultura popular se tornavam ainda mais fáceis porquê (...) havia um grupo de pessoas que ficavam entre a grande e a pequena tradição, e que atuavam como medidores” (BURKE, 2010, p. 99). Assim, entre essas duas “faces de uma mesma moeda”, ou seja, a cultura popular vivenciada pelos dois polos sociais existentes (elites e “povo”), havia uma parcela que era “bilíngue”, que conseguia transitar com extrema facilidade entre a “tradição popular” e a tradição erudita, influenciando e cooperando com a construção de significados em ambas.

Os “letrados” eram aqueles que realizavam a mediação entre alta e baixa cultura. Educados em centros intelectuais religiosos (principalmente as universidades católicas), aqueles que pertenciam à alta cultura começavam a ter livre acesso a saberes diferenciados dos conhecimentos da grande massa (BURKE, 2003). Esse acesso não foi adquirido a esmo, foi resultante do Renascimento Cultural. A Igreja Católica que anteriormente (na Idade Média) monopolizava os conhecimentos produzidos pela ciência antiga desenvolvida pelos povos da antiguidade clássica, principalmente gregos e egípcios, começou a descentralizar e perder o monopólio sobre esse conhecimento (BURKE, 2003).

Os dois principais conceitos de Burke (2010) que gostaria de tomar por empréstimo para me ajudar a analisar o fenômeno aqui em questão são: a ideia de “reforma da cultura” e a de “retirada”. Através do conceito de reforma, o autor entende que as elites sociais, que anteriormente à Renascença participavam diretamente da cultura popular, passaram a tentar modificar as práticas culturais populares, pois, influenciadas pelas novas ideias propagadas naquele período (Renascimento), começava-se a “inventar” uma nova forma de perceber a realidade.

Nessa nova percepção do mundo, não estava mais nos planos das elites sociais partilhar a vida cultural das classes populares (pelo menos não mais dos mesmos valores, agora vistos como resultado de certa ignorância) ou, segundo as palavras do autor, o sentido da

expressão “reforma da cultura popular” [é] para descrever a tentativa por parte de algumas pessoas cultas (daqui por diante referidas como “os reformadores” ou “os devotos”) de modificar as atitudes e valores do restante da população ou, como costumavam dizer os vitorianos, “aperfeiçoá-los” (BURKE, 2010, p. 280).

Essa reforma deferida por representantes da alta cultura, principalmente religiosos católicos e protestantes, tinha como alvo as “práticas” mais cotidianas das camadas populares, como a recreação, o teatro, as festas etc. O processo de “retirada” dos eruditos de dentro da “cultura popular” não ocorreu apenas em algumas dimensões da vida social. Aconteceu de forma geral, nas mais diversas feições da vida social, inclusive nas práticas de cura. Assim, esses reformadores iniciaram uma “campanha” que consistia em reformular características intrínsecas à cultura popular que não mais agradavam às elites sociais:

Não foi apenas a língua das pessoas comuns que foi rejeitada pelas classes superiores, e sim toda a sua cultura. (...) As classes superiores não estavam rejeitando apenas as festas populares, mas também a concepção de mundo popular, como ajudará a mostrar o exame da transformação das atitudes em relação à medicina, à profecia e à feitiçaria. A velha rivalidade ente o médico formado na universidade e o curandeiro não oficial parece ter adquirido um conteúdo mais intelectual na época da revolução científica, como podem sugerir alguns exemplos. Em 1603, um médico italiano, Scipione Mercurio, publicou um livro sobre os ‘erros populares’ no campo da medicina (...) Outras formas de prognósticos se desgastaram. (...) Apenas as profecias da Bíblia continuaram a ser levadas a sério pelos cultos (BURKE, 2010, p. 358-360).

Burke aponta que não havendo “conquistado” uma “vitória” plena no que diz respeito à reforma deflagrada à cultura popular, as elites se afastaram desta. Portanto, o autor expõe que, em um movimento progressivo e contínuo, as altas camadas sociais (clero e nobreza) iniciaram um processo de retirada da cultura popular, em alguns momentos, até concomitantemente às tentativas de reforma: “esse afastamento da cultura popular não ocorreu numa só geração, mas em diferentes épocas

em diversas partes da Europa” (BURKE, 2010, p. 362). Para ilustrar esse processo de “retirada”, o autor dá um exemplo emblemático, a mudança da corte de Luiz XIV de Paris para Versalhes. Segundo Burke, esse episódio demonstra o quanto a “cultura cortesã” e a cultura popular estavam se afastando mutuamente.

Quais as consequências da retirada da “alta classe social” da cultura popular? Apesar dessa indagação não ser encontrada de forma central nos escritos de Burke (2010), ele nos dá algumas pistas de sua interpretação, bem como em outra obra desse exímio historiador há a possibilidade de encontrarmos “soluções” àquela questão.

Em Burke (2003), é possível perceber a proposta levantada pelo autor que aponta a seguinte ideia: a partir daquilo que ele havia sugerido como reforma da cultura popular, fruto das mudanças intelectuais promovidas pela Renascença (o Iluminismo e a revolução científica), as elites sociais pareceram, em um ritmo processual, demonstrar aumento no nível de racionalidade de suas ações, ou em outros termos, como propõe Elias (2001), “domesticar” suas emoções.

Como consequência desse movimento por “racionalização” das ações, das práticas, do comportamento etc., deflagrado a partir da “retirada da cultura popular”, impulsionou-se, no âmbito específico do campo da cura, um abandono de técnicas e práticas antigas as quais não foram vistas pelas elites sociais como passíveis de adquirirem uma abordagem “intelectualizante”, ou seja, racionalista. Em outros termos, as práticas populares de cura, ao serem abandonadas pelas altas culturas, foram caracterizadas como conhecimentos “menores”.

Deixando de lado as explicações e discussões sobre os estudos da história social, passo a refletir sobre suas colaborações às Ciências Sociais. No caso específico do Brasil, até meados de século XIX, mesmo que no mundo europeu as ciências tivessem conquistado avanços em seu processo de estabelecimento como esquema explicativo da realidade com privilégio social (BURKE, 2003), devido à nossa condição de colônia, não usufruíamos dos “benefícios” de tais avanços. Era incipiente a presença do “médico acadêmico”, no Brasil, até meados do século XIX:

Durante todo o período colonial, os moradores de cidades e vilas demandam a presença do médico. Cartas são escritas ao Rei pedindo médico e “manifestando o grande aperto em que estavam” pela “grande falta que têm de médico e botica para haverem de curados em suas enfermidades”. (...) Há carência, ou melhor, quase inexistência de médico (MACHADO, 1978, p. 22-23).

No que diz respeito ao tratamento de doenças, enormes eram as dificuldades enfrentadas pelos residentes no Brasil até meados do século XIX, pois “a quase inexistência de médicos era causada, em parte, pela proibição do ensino superior nas colônias. Por outro lado, havia pouco interesse dos médicos portugueses em virem para o Brasil” (MACHADO, 1978, p. 24-25). Além disso, os poucos médicos que estavam no país tentavam, haja vista a “concorrência” com medicinas “não-acadêmicas”, diminuir a importância dos “médicos populares”, denominando-os charlatões.

Sobre os “charlatões”, Burke (2010), ao analisar a transmissão da cultura popular, estuda a maneira como cada “profissão popular” passava seus conhecimentos para as gerações seguintes. O autor sugere que o charlatão não era mais que um “médico popular”. Vejamos:

Cada artesão e cada camponês estava envolvido na transmissão da cultura popular, da mesma forma que sua mãe, mulher e filhas... A vida numa sociedade pré-industrial estava organizada em base à coisa feita à mão pelo próprio indivíduo num grau que hoje em dia mal podemos imaginar. (...) O charlatão, ou *opérateur*, como às vezes ele se autodenominava na França, era um vendedor ambulante de pílulas e outros remédios, que fazia palhaçadas ou desfiava uma arenga engraçada para atrair a atenção de fregueses em potencial. Antoine Girard, conhecido como “Tabarin”, foi um exemplo famoso de charlatão, e talvez deva se acrescentar seu contemporâneo Guillot-Gorju, do século XVII, que alternava os papéis de doutor de palco e médico real, e até o grande ator austríaco Josef Anton Stranitzky, que também arrancava dentes. Essa combinação entre cura e diversão é, de fato, extremamente antiga. A cura era, e em algumas partes do mundo continua a ser, uma dramaturgia social, uma encenação pública que envolve rituais elaborados (BURKE, 2010, p. 130-134).

Assim, vê-se que a origem do termo *charlatão* demonstra a causa de os médicos oficiais realizarem, após a Retirada dos eruditos do seio da cultura popular, uma espécie de “cruzada” contra os curadores populares, pois aqueles eram médicos não eruditos, não haviam passado por uma educação acadêmica.

Se, no Brasil, a presença do médico até meados do século XIX era no mínimo precária, indago-me sobre como a população que aqui residia naquela época, inclusive os representantes da corte e, posteriormente (a partir de 1808), a própria corte portuguesa, tratava-se dos males que lhes acometiam. A resposta é: “tais fatores fizeram com que a correlação médico-doença fosse preterida por formas de cura referidas ao indígena, ao negro, ao jesuíta, ao fazendeiro do que ao próprio médico” (MACHADO, 1978, p. 25). A pesquisa de Witter (2001) é de importância ímpar para compreendermos o que pensavam os primeiros teóricos que investigaram a problemática posta em torno da saúde pública nacional:

Até bem pouco tempo, curandeiros, boticários, cirurgiões-barbeiros e parteiras apareciam em grande parte dos textos que se dedicavam à história da medicina no Brasil como categorias difusas e quase sempre marginais. A maior parte dos escritos sobre o assunto contentou-se em repetir o discurso médico relativo à sua ação como atividades marcadas pela ignorância, pela superstição e pela ineficácia. As práticas populares de curar acabaram aparecendo, assim, em boa parte da historiografia, como pertencentes a um conjunto de atitudes “pré-rationais” e ilógicas, fruto de uma mistura de culturas (vista de forma pejorativa) e do “abandono” em que viveram as povoações brasileiras, especialmente durante o período colonial. Tais práticas ter-se-iam originado, para a maior parte dos autores que comentaram o tema, principalmente, da “falta” de médicos. Este fato teria feito com que estas fossem admitidas pelas autoridades, por certo tempo, como um “mal necessário” à sobrevivência da população. Entretanto, a permissividade e o pouco controle com que o curandeirismo foi tratado nos primeiros séculos da história brasileira teriam acarretado, nos alvares da medicina científica no país, uma árdua luta dos doutores contra o que se dizia ser “o arraigado atraso” do povo brasileiro (WITTER, 2005, p.14).

A historiografia de inícios do século XX – superada por teóricos contemporâneos, principalmente a partir da década de 1990, como se demonstrará mais à frente – entendia que a difusão de práticas de cura não biomédicas, ou seja, não científicas, era amparada pelo Estado brasileiro devido ao fato de a estrutura da medicina científica nacional ser ainda bastante incipiente até fins do século XIX. Por sua vez, os historiadores que, na década de 1990, começam a desenvolver um projeto de “confecção” da história da medicina no Brasil, lançaram as seguintes teorias sobre a questão:

Em primeiro, a ideia de que, ao longo dos três primeiros séculos da história do Brasil, apenas uma tênue fronteira distanciava o saber médico oficial dos saberes populares. Em segundo, existência de conflitos não apenas entre a

medicina e suas concorrentes populares, mas entre os próprios médicos acadêmicos e as teorias explicativas da doença e das terapias que utilizavam, daí o uso do termo “medicinas”. Em terceiro, a ideia de que medicina e magia permaneceram associadas para uma boa parte da população brasileira, influenciando as escolhas terapêuticas e a busca de curadores – médicos ou curandeiros – até meados do século XX (WITTER, 2005, p.17).

De tal modo, apesar de existir desde meados do Segundo Império, a medicina científica no país, a biomedicina⁴⁴, ainda não havia conquistado prestígio e legitimidade social. Eram os curandeiros e feiticeiros os sujeitos procurados para tratar as enfermidades da população (SAMPAIO, 2001), como fica claro nos trabalhos historiográficos:

Por que os médicos eram tão desacreditados, principalmente por membros das camadas mais pobres e iletradas da sociedade? Podemos alegar que havia poucos médicos, principalmente nas localidades mais distantes da Corte, e os poucos que existiam cobravam caro para atender seus pacientes. Mas só isso não explica a desconfiança em relação aos doutores, pois vimos, aqui, que até mesmo pessoas que tinham boas condições financeiras muitas vezes evitavam os médicos existentes (...) Podemos pensar, então, que a crença na medicina científica não era ainda algo consolidado, mesmo no final do Império. E que a própria medicina científica ainda era rudimentar, iniciante; naquele período, ainda dava seus primeiros passos, muitas vezes não se diferenciando das suas concorrentes. Em contrapartida, a crença em práticas mais antigas como o curandeirismo era bem mais arraigada em diversos setores sociais (SAMPAIO, 2001, p.149-150).

Assim, Sampaio (2001) mostra que havia disputas entre médicos e curandeiros (até mesmo entre os médicos entre si) por uma clientela de indivíduos acometidos pelas mais variadas doenças. As disputas entre os médicos, enunciada por Sampaio (2001), evidenciam o fato de que, entre o fim do Segundo Império e a Primeira República, no Brasil, a medicina vivenciava uma situação não consensual no que diz respeito aos “seus fazeres”: “importantes disputas entre os médicos eram travadas ainda no final da década de 1880, revelando mais do que divergências pessoais ou brigas por

⁴⁴ Nesta pesquisa, o sentido dado ao termo ‘biomedicina’ não é relativo ao “curso” de nível superior homônimo. Biomedicina aqui é vista como um tipo de Racionalidade Médica. Trago esta concepção do Grupo de Pesquisa Racionalidades Médicas, liderado pela professora Therezinha Madel Luz. Segundo as contribuições desse grupo, o modelo de medicina largamente apoiado na cientificidade ocidental, de orientação biologizante, a biomedicina, é apenas uma entre algumas formas subjetivas de pensar a relação saúde-doença.

pacientes” (SAMPAIO, 2001, p.144), ou seja, não havia homogeneidade entre os médicos científicos daquela época.

Curandeiros, boticários, parteiras etc. eram os “profissionais” responsáveis por tratar dos males na colônia e ainda possuíam certa relevância até meados do Segundo Império. Aqueles “profissionais” praticavam aquilo que mais tarde foi caracterizado como “medicinas paralelas” (LAPLANTINE; RABEYRON, 1989). Os curandeiros, mesmo obrigados a cumprir regras administrativas caso quisessem exercer suas respectivas atividades, obtinham amplo respaldo e legitimidade social no que diz respeito às suas técnicas de cura.

Esse quadro perdurou até o período imperial, quando as medicinas paralelas deixaram de ter a legitimidade de outrora: “embora proibidas por lei e arduamente combatidas por grupos de médicos e por setores da imprensa, as práticas ilegais de medicina estavam presentes com bastante força no cotidiano dos mais variados cidadãos do império” (SAMPAIO, 2001, p. 22). Em meados do século XIX, a “medicina científica” inicia um conflito pela hegemonia no campo da cura.

Da tolerância às práticas paralelas de cura, passa-se a uma “fase de perseguição” a estas:

Esses praticantes das mais variadas formas de medicina, todas consideradas ilegais, acabaram se tornando alvos de uma verdadeira ‘cruzada anticharlatanismo’, isto é, uma perseguição generalizada a todos que exercessem alguma arte de cura e não fossem formados ou autorizados pelas faculdades de medicina do Império (SAMPAIO, 2001, p. 24).

Como anteriormente expressado, uma das consequências mais perceptíveis da retirada da cultura popular, por parte das altas camadas da sociedade, foi o surgimento de certa intolerância às práticas populares, entre elas as de cura. Na próxima seção, tentarei apresentar uma análise compreensiva do fenômeno em questão.

2.2.1. Dificuldades em pesquisar médicos: objetividades da proximidade do olhar

Como mencionei na apresentação deste texto, aprendi alguns “truques de pesquisa” a partir dos ensinamentos de Becker (2007; 2009; 2015). Mas a principal lição proporcionada por esse autor é a de que a sociedade, em seus diversos microcosmos sociais (ou campos, para usar a terminologia bourdieusiana), produz representações, ou ainda, “auto representações”. Como foi possível verificar na citação apontada na apresentação, nem sempre as situações “face a face” dão conta de nos prover todas as informações a respeito do funcionamento das sociedades humanas, daí a necessidade de produzir representações (“falas sobre a sociedade”) a partir dos grupos sociais que as compõem.

Desse modo, em *Falando de Sociedade: ensaios sobre as diferentes maneiras de representar o social* (BECKER, 2009) o autor propõe, implicitamente, que a sociedade “fala de si” na proporção em que os grupos sociais que a integram, a exemplo de professores, médicos, mecânicos, comunidades locais etc., produzem representações de seus grupos sociais para se auto-organizarem. É necessário explicitar o que Becker entende por “representação social” e quais atribuições são vinculadas pelo autor a essa categoria conceitual:

Para simplificar, uma “representação” da sociedade é algo que alguém nos conta sobre algum aspecto da vida social (...) Falar sobre a sociedade em geral envolve uma comunidade interpretativa, uma organização de pessoas que faz rotineiramente representações padronizadas de um tipo particular (“produtores”) para outros (“usuários”) que as utilizam rotineiramente para objetivos padronizados. Os produtores e os usuários adaptaram o que fazem ao que os outros fazem, de modo que a organização de fazer e usar é, pelo menos por algum tempo, uma unidade estável, um *mundo* (BECKER, 2009, pp. 18-20).

Assim, procurando produzir uma representação sobre a temática aqui em análise, resolvi trazer para o texto os problemas enfrentados na condução da pesquisa.

Não é novidade para mim, uma vez que pesquiso a temática desde a graduação, a constatação, ainda que entristecedora, do quão complexa é a investigação de determinados temas sociais, em especial problemáticas que envolvem a esfera das ciências da saúde. Conseguir uma entrevista com profissionais dessa área, que se disponham a falar sobre a proibição à AHT, mostrou-se a maior das dificuldades por

mim enfrentadas, que supera de longe a falta de bibliografia no pensamento social, dedicada especificamente à temática. Durante praticamente três semestres, tentei algumas formas de abordagem que me levassem a dialogar com médicos visando sondar qual o posicionamento em relação à proibição deflagrada à AHT. E, ainda, saber qual a opinião em relação às práticas de “medicinas não convencionais”, especificamente a Auto-Hemoterapia.

O problema me levou a enviar e-mail ao CFM, respondido em quase um mês, mas que não facilitou o contato direto com profissionais. O conteúdo de tal e-mail foi o link que me direcionava para uma Resolução (Nº 2.070/2014), emitida em 2014 pelo CFM. Persistindo a dificuldade em iniciar diálogo direto com os profissionais de Saúde, especificamente médicos, parti para a tática de recorrer à “rede” de amigos que pudessem ajudar-me a contatar tais profissionais. Assim sendo, a primeira pessoa a quem recorri foi meu orientador que, tendo feito cursos promovidos pela Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará e pelo Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Ceará, entre outras relações profissionais, mobilizou-se procurando possibilitar alguma aproximação com o campo anteriormente apontado, onde se encontram profissionais de Saúde.

A princípio, tal tentativa não logrou êxito imediato, pois, a profissional contatada, referenciada e indicada por um colega do meu orientador, estava muito atarefada, com atividades fora do país, mas que, num primeiro momento, mostrou-se interessada em cooperar com a pesquisa. No entanto, pouco tempo depois, mudou de ideia. Toda a comunicação com essa médica se deu por meios virtuais, através do aplicativo de comunicação conhecido como *whatsapp*, e também por correio eletrônico, pois, como salientei anteriormente, a profissional estava fora da cidade de Fortaleza, ora em outro estado da Federação, ora no estrangeiro. Ao enviar um entre os últimos e-mails, a médica me pediu para que eu enviasse as perguntas que iria lhe fazer. Enviei-as e obtive a informação de que ela não mais iria poder ajudar-me, devido ao fato, por ela argumentado, do não domínio de informações referentes à AHT e à proibição que incorre sobre tal técnica. A médica me apontou um profissional que, segundo ela,

poderia me ajudar, que, na época, era membro do Conselho Regional de Medicina do Ceará - CREMEC. No entanto, não me passou o contato referido, impossibilitando que eu o encontrasse. Vale ressaltar que eu e meu orientador tentamos por várias vias o contato desse profissional, mas não conseguimos. Agradei-a e, por alguns dias, fiquei sem ideia de como poderia romper essa barreira investigativa.

A urgência para coletar dados que me fizessem ter conteúdo para elaborar algum material a ser analisado e que ajudasse a subsidiar o texto de qualificação, levou-me a tentar outra via. Um amigo meu que, na época, trabalhava na Assembleia do Estado do Ceará, ao saber da minha pesquisa, comentou a respeito em seu local de trabalho, possibilitando que ele tomasse conhecimento de uma médica que recorria (naquele momento, ele não soube se a médica que utilizava a AHT o fazia como terapeuta ou “paciente”) à AHT.

Mais uma vez, apenas através de redes informais de amizade, consegui o contato de uma profissional de Saúde e a procurei aspirando entrevistá-la. Telefonei para o consultório da médica (especialista em acupuntura) por volta das nove horas da manhã de uma sexta-feira, receoso de que fosse mais uma tentativa a ser frustrada. No entanto, para minha surpresa, logo que a secretária me atendeu e que expus a ela minhas motivações, passou o telefone para a médica. Novamente explicitiei minhas intenções de pesquisa e lhe pedi que, se possível, marcasse um dia para que pudéssemos conversar. Contrariando o que vinha se repetindo nas tentativas que eu tinha realizado, ela me perguntou se eu estaria disponível para ir contatá-la ainda naquela manhã. Prontamente respondi que sim, sem nem mesmo ainda saber onde seria o local do encontro. Chegando ao consultório, não tinha ideia referente à sua formação profissional, além daquela possibilitada por meu colega que conseguiu o contato. Qual seria sua especialidade? Onde se formou? Várias eram as interrogações que estavam mais ou menos delineadas em um roteiro-esboço de perguntas que seria uma espécie de norte a ser usado em campo. No entanto, apesar do pouco conteúdo informativo no momento do primeiro contato (ao telefone), na clínica onde esta médica atende não foi difícil

deduzir alguns dados, conseguidos a partir da observação do espaço físico em que atende seus clientes.

Logo na entrada do estabelecimento, ainda na calçada, foi interessante observar que aquele não era um “consultório” qualquer. Na entrada da clínica, havia um lago artificial com peixes ornamentais. Após a "leitura" de toda a forma como estava organizado o cenário (cercado por um pequeno jardim) pensei que o ambiente parecia cumprir a função de realizar uma espécie de “separação” entre o “mundo lá fora” e o “mundo aqui de dentro”. Um “lá fora” ocidental e um “aqui dentro” oriental. Ao atravessar a ponte sobre o lago, enfeites de elefantes, que lembravam a cultura indiana (ou budista), estavam virados de costas para a sala e de frente para a parede. Havia inscrições em quadros com textos em ideogramas orientais, fotos que representavam elementos de culturas orientais, objetos decorativos que faziam menção àquelas tradições culturais etc. Todo esse conjunto de materiais estava disposto em uma sala do prédio, aparentemente uma casa residencial que parecia servir também como espaço de consultas.

Observar a organização do consultório me forneceu elementos para imaginar informações relacionadas à profissional que em instantes iria contatar pessoalmente. Após aguardar um pouco – em torno de uns dez minutos, no intervalo entre uma consulta –, chega à sala de espera uma senhora que, pela aparência física (principalmente, cabelos grisalhos), imaginei ter entre cinquenta e sessenta anos. Vestida em roupa com cor característica da área da Saúde, o branco, diferia dos demais profissionais ao optar por uma blusa de tecido, aparentemente de algodão, que trazia bordados típicos do Ceará.

Ao conduzir-me à sua sala de atendimento, percebi, na entrada, que lá havia mais símbolos que fazem menção às tradições orientais. No entanto, naquela sala, os símbolos orientais se misturavam às simbologias cristãs, incluindo a religiosidade regional, com uma belíssima escultura em madeira, do Padre Cícero. Muito solícita, após eu novamente expor a motivação que me levou a procurá-la, deu-se prosseguimento ao diálogo, indagando-me sobre minha pesquisa, momento em que me

senti o “entrevistado”, ou, em consonância com o local, um “paciente”. Talvez a médica tenha agido assim no intuito de sondar se eram aquelas as reais intenções e, provavelmente, com receio em relação a possíveis retaliações que o Conselho de sua categoria pudesse mover contra si, caso a minha pesquisa a colocasse em situação arriscada. O fato é que fui bastante claro, mostrei que o objetivo da pesquisa era problematizar a tal proibição, do ponto de vista sociológico. Ao final dessa parte inicial do diálogo, comecei a sentir-me à vontade para realizar algumas perguntas.

A interlocutora expôs que se graduou em medicina pela Universidade Federal da Paraíba, especializando-se em acupuntura. A “suposição” que eu havia conjecturado, observando a ornamentação do espaço, mostrou-se correta: eu estava com uma profissional que dominava conhecimentos diversificados em relação aos da biomedicina ocidental.

É importante salientar que, ao marcar com a referida interlocutora, tinha criado a expectativa de que ela “tratava” e/ou “receitava” seus pacientes com a AHT: equivoquei-me. A mencionada médica é “usuária” (recorreu esporadicamente à técnica), mas não “tratava” pacientes com a AHT. No entanto, o contato não foi menos proveitoso devido a esse fato, pelo contrário, a informante me forneceu opiniões interessantes, entre as quais a de que ela entende que a categoria médica é um tanto “acovardada”, porque, como ela havia me falado do relativo número de médicos que recorrem à AHT, em proveito de sua própria saúde, poderiam enfrentar com firmeza o problema, mas, ao contrário, resignam-se e não enfrentam os órgãos responsáveis.

Fiz questão de manter o trecho anteriormente exposto, obtido a partir do diálogo com aquela profissional, quase da mesma forma como tomei nota em campo. As palavras expõem algo sutil: um discurso sobre uma concepção relativa ao saber médico-acadêmico. Essa profissional que “se trata” com a AHT possui uma compreensão sobre a cientificidade do saber médico que “ultrapassa”, ou que é mais “ampla”, relativamente à conceitualização largamente defendida pelo CFM e pela comunidade acadêmica. Essa “divergência” entre concepções sobre as “bases científicas” do saber médico será posteriormente explorada.

É necessário salientar que, apesar de na introdução deste texto eu ter explicitado, em razão das questões escolhidas por mim a serem investigadas, que os interlocutores a serem procurados, a fim de reunir dados, seriam profissionais da área de Saúde que estivessem relacionados com as instituições responsáveis pelo ato proibitivo à AHT, o diálogo com esta médica foi de grande importância, pois, mostrou-me a fala, ainda que tímida, de profissionais de medicina “legitimadores” da mencionada prática de Saúde.

Ainda insistindo na proposta de pesquisar profissionais a fim de captar suas percepções relativas à conceitualização da dimensão científica da medicina, surgiu uma ideia: pensei em realizar pesquisa em documentos na plataforma do Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará, o CREMEC. Ao acessar o *site* daquela instituição, solicitei auxílio em minha pesquisa, justificando-a. Pouco tempo depois, obtive resposta positiva à solicitação e contendo contatos de dois conselheiros que poderiam cooperar com a investigação de forma direta ou indireta. Parecia que, enfim, a “cortina de ferro” que blindava os profissionais da medicina se abria à minha pesquisa.

Entrei em contato com os dois profissionais sugeridos. Um nunca me atendeu (realizei, no mínimo, quatro tentativas). O segundo, contatei-o numa segunda-feira: atendeu-me de forma bastante cortês e polida. Nesse primeiro contato, expus o direcionamento da pesquisa, respondi a algumas perguntas e, ainda por telefone, o médico me disse não possuir tantos conhecimentos a respeito daquilo sobre o que eu pedia informações. De início, sugeriu-me que haveria outro conselheiro, este, sim, médico que dominava a área de conhecimento com a qual minha pesquisa exigia dialogar.

Mesmo assim, solícito como disse ser, esse médico apontou que poderia receber-me em sua sala de atendimento no CREMEC, na subsequente quarta-feira pela manhã. Marcou horário em sua sala de atendimento na sede do Conselho, que se localiza à R. Floriano Peixoto, 2021, bairro José Bonifácio, Fortaleza – CE. No entanto, ainda na noite de segunda-feira, ligou-me para avisar que já havia entrado em contato com o colega e que, se eu preferisse, achava melhor que eu fosse diretamente ao seu

companheiro. Como não vi a chamada telefônica naquela noite, estive na sede do Conselho, no horário que estava marcado. Recebeu-me, desculpou-se, conversamos rapidamente, e acabamos concordando que seria mais proveitoso que eu entrasse em contato com o conselheiro que ele havia indicado. Deu-me o número de celular do médico sugerido, e antes de findarmos a conversa, pedi-lhe um favor.

Havia algum tempo que eu imaginava um modo de pesquisar o maior número de médicos possível e de forma eficaz (até então, o recorte de pesquisa aqui em desenvolvimento não estava delineado, eu esperava dialogar com os conselheiros regionais e federais visando compreender a proibição à AHT e não o processo de mudança dos critérios de cientificidade propagados pela medicina moderna). Havia pensado na possibilidade de, em conjunto com o CREMEC, aplicar, a partir do registro de médicos credenciados no Conselho, uma espécie de “questionário” via telefone ou correio eletrônico. Esse foi o favor que pedi ao médico com quem estava dialogando: pedi que me auxiliasse a entrar em contato com os demais conselheiros regionais e federais, bem como com o maior número de profissionais com a finalidade de, entre outros questionamentos, investigar o posicionamento de cada um em relação à AHT. Mais uma vez, esse profissional foi bastante solícito e me levou ao conselheiro que poderia informar se a tal “parceria” investigativa seria viável.

Ao contrário do médico que anteriormente me atendeu, o outro foi pouco cortês e, quase sem nenhum diálogo argumentativo⁴⁵, apenas explicou que não era possível tal “parceria”. Ouvi a explicação, agradei a ambos os profissionais, e saí do Conselho com a sensação de que aqueles médicos estavam se esquivando das questões que possivelmente a pesquisa poderia suscitar-lhes. Porém, ainda havia a possibilidade de que o conselheiro, colega do médico que me acompanhou à administração, pudesse ser realmente o “expert” que seu colega sugeriu.

⁴⁵ Este profissional disse apenas que por ser um órgão vinculado à administração pública, o CREMEC não poderia auxiliar, de nenhuma forma, aquele tipo de ação.

Contatei-o ainda naquela quarta-feira. Diligentemente, o provável interlocutor atendeu minha ligação e, já que previamente seu colega havia adiantado a motivação de minha pesquisa, não foram necessárias grandes explicações. Prontamente, marcou de receber-me na sede do CREMEC, na sexta-feira daquela semana. Mais uma tentativa frustrada. Diferentemente do comportamento ao telefone, o profissional não foi cordial ao me atender pessoalmente. Os poucos minutos de diálogo ocorreram na ante sala de um dos muitos gabinetes daquele Conselho. Dessa maneira, impossibilitou-me, devido à visível forma não hospitaleira com que fui ouvido, de sentir-me à vontade para organizar e expor as perguntas a serem feitas. Na minha percepção, seu comportamento foi uma estratégia para se esquivar de prováveis questionamentos conflituosos.

Sutilmente (ou nem tanto assim), o referido médico ainda pareceu debochar-me. Ao informar-lhe que minha pesquisa, entre outros interesses, procurava entender como os conhecimentos médicos são produzidos, ele sugeriu: “vá estudar, vá estudar uma disciplina chamada epistemologia. Você já ouviu falar?”. Disse que não poderia opinar ou falar qualquer coisa em relação às questões que eu apresentava, as quais ele nem mesmo se deu ao trabalho de saber se eu tinha, e concluiu: “quando você tiver questões mais claras [salientando que nem se interessou por saber se eu já possuía alguma], procure-nos”, referindo-se ao Conselho e não a ele especificamente.

Interessante é que ao intencionar “ensinar-me”, epistemologia de forma breve, o profissional lançou uma afirmativa um tanto quanto estranha: “Você já ouviu falar em Medicina Baseada em Evidência?”, ao que respondi que sim e que pensava ser a forma com a qual a medicina acadêmica pesquisa e produz conhecimento científico sobre práticas e saberes médicos. Ele me interrompeu e disse: “Não! Toda medicina é científica!”. Segundo esse médico e conselheiro do CREMEC, o que torna a medicina “oficial” diferente é que hoje ela é respaldada conforme outros critérios – os quais ele não debateu comigo, portanto, não sei quais seriam –, sendo reconhecida como Medicina Baseada em Evidência. Fiquei perplexo, pois não é isso que o Grupo Racionalidades Médicas, que pesquisa as diversas medicinas produzidas pelo homem,

aponta. Esta tal transformação na prática médica científica pode ser sintetizada no fato de que, na atualidade, ela passa por um “movimento” de maior “objetivação”. Tal “mudança” é conhecida contemporaneamente por Medicina Baseada em Evidência – mais à frente me dedicarei um pouco mais a este tema – e passa a ser outro terreno de grandes controvérsias, a ser debatido posteriormente, neste texto.

Não seria honesto “tirar as contas” – ou seja, classificar – de todos os conselheiros daquela instituição por esse último, sobre quem acabei de narrar o “encontro”. Certamente, deve existir profissionais de ilibada competência, que poderiam ter aceitado dialogar seriamente. No entanto, a forma como estrategicamente aquele último profissional portou-se, a fim de eximir-se do diálogo acerca das funções, atribuições e deveres imputados ao CREMEC, levou-me a verificar que as tentativas de entrevistar os profissionais ligados às instituições responsáveis por “institucionalizar” práticas e saberes médicos, pelo menos aparentemente, não iriam lograr êxito. Assim, percebi que, mais uma vez, teria que recorrer à “fala” institucional (através de fontes documentais), já que os indivíduos (mesmo que no contexto que os procurei representassem a instituição) silenciavam-se diante das questões que eu buscava entender.

Essa percepção não redirecionou, imediatamente, meu interesse em relação à “base de dados” onde eu buscava informações, ou seja, o contato com profissionais de saúde. Ainda recorrendo à ajuda de meu orientador, dirigimo-nos ao seu colega dele que havia nos passado o contato da médica inicialmente citada. Meu orientador solicitou ao colega, que tem formação médica, que tentasse ajudar-me no desenvolvimento da pesquisa, mesmo que fosse apenas para “abrir portas” que possibilitassem o contato com os sujeitos do grupo em análise.

Muito atencioso, o médico, professor da Faculdade de Medicina do Ceará-UFC, que há algum tempo, como ele informou, afastou-se das atividades médicas, recebeu-me com primorosa atenção. Como meu orientador havia lhe solicitado, encontramos-nos sob uma atmosfera similar à orientação de pesquisa, não de entrevista.

Após breve apresentação pessoal de ambos, começamos uma longa conversa em que dialogamos sobre minha pesquisa.

Expliquei que meu foco de investigação era tentar compreender quais as causas de a prática médica denominada Auto-Hemoterapia ter sido usada como recurso terapêutico, ou seja, ser reconhecidamente científica, entre fins do século XIX e meados do século XX, e posteriormente, em inícios do século XXI, passar a ser uma prática ilícita. Esse professor, ao ouvir o objetivo da pesquisa, foi-me levantando questionamentos, com a finalidade de ajudar-me a esclarecer melhor o recorte a ser dado ao estudo. Em meio ao diálogo, ele sugeriu que, já que meu intuito era compreender a mudança que impôs à AHT passar a ser considerada ilícita, e uma vez que concordamos em relação ao fato de que o parecer emitido pelo CFM contesta a cientificidade da técnica aqui em análise, e tendo em vista que quando de seu uso por médicos num passado recente foi também sancionada do ponto de vista científico, concluímos que a “cientificidade” nos contextos sociais do período entre fins do século XIX e meados do século XX eram diferentes, sendo necessário concentrar o esforço compreensivo nesse ponto.

Assim, o professor sugeriu que eu focasse a análise na mudança dos parâmetros de cientificidade, referentes àquele período anteriormente apontado. Essa proposta foi uma cooperação muito generosa, pois me permitiu clarear mais ainda o objeto desta pesquisa e possibilitou um recorte empírico bem mais preciso. Aderi à sugestão, daí o fato de pensar a AHT no contexto passado, de inícios do século XX, e no presente, em inícios do século XXI. No entanto, acredito que essa discussão é muito bem feita por cientistas sociais, e mesmo que eu a aplicasse ao caso específico do “abandono” da AHT como recurso terapêutico, acredito que seria interessante tentar, com maior esforço interpretativo, avançar um pouco mais.

Nesse sentido, retomando a ideia exposta na introdução, acredito ser importante tentar compreender como se dá, do ponto de vista das relações sociais (figuradas pelos profissionais da área da Saúde responsáveis pela “produção de conhecimento” médico), a mudança dos critérios de cientificidade, e tentar demonstrar

que a interdição é fundamentada em elementos da esfera científica, mas também referenciada por ações de tipo político, ponto que será debatido na seção seguinte.

2.2.2 Origens da AHT

De forma breve, é importante refletir sobre o surgimento da AHT como tratamento médico. Seguindo as fontes consultadas, tanto defensores quanto opositores à AHT, em sua maioria, apontam as primeiras décadas do século passado como “berço” da técnica. Em relação ao surgimento da AHT, afirmam os que a ela se opõem:

Consta na escassa literatura existente sobre o assunto, que a autohemoterapia foi introduzida como tentativa terapêutica por Ravaut, por volta de 1910 e, desde então, tem sido utilizada como tentativa de tratamento de diversos problemas de saúde, tanto em humanos quanto em animais. Apoia-se na comparação do procedimento à aplicação de uma vacina autógena, estimulando a resposta imune do organismo diante de uma série de problemas, infecciosos ou não, cuja explicação se baseia no raciocínio do foco de infecção (Leite, Barbosa; Garrafa, 2008, p. 184).

O Parecer do CFM não deixa clara qual sua visão relativa à “invenção” dessa técnica de saúde, apesar de, entre as referências, apontar o médico citado no trecho anteriormente transcrito, Ravaut. Por sua vez, a maioria dos textos que encontrei, referenciados pelos defensores da AHT, baseiam suas concepções sobre a terapia na fala do médico Luiz Moura, em DVD (MARTINEZ; SARMENTO, 2004). No vídeo, o senhor Luz Moura diz que a prática se originou na França de inícios do século passado: “As técnicas iniciais ainda empíricas, começou em 1912, foi o professor Ravaut, francês, que começou lá. Ele usava em doses crescentes de 1 (um) centímetro cúbico (cc), 2 (dois), 3 (três), 4 (quatro), 5 (cinco), até 10 (dez), ia crescendo em cada dose” (Depoimento do Dr. Luiz Moura - MARTINEZ; SARMENTO, 2004).

Apesar de ser amplamente divulgada a informação de que o nascimento da AHT remonta à primeira década do século passado, esta pesquisa me levou a ver que há “outras versões” para o fato. Descobri isso ao buscar informações sobre se a AHT seria praticada em outros países, além de Portugal e Brasil. Assim, ao usar o mecanismo de busca do *google* (pesquisando pelos equivalentes em francês, espanhol e inglês do

termo auto-hemoterapia), descobri que a mesma técnica é praticada, por exemplo, na Suíça.

Constatei tal informação no site de uma espécie de “conselho” (ou grupo) de médicos alternativos. Na verdade, a entidade se denomina *Suíça de Médecine Empirique-RME*. O RME é responsável por emitir algo similar a um registro profissional, no entanto, tal habilitação qualifica profissionais como “thérapeutes exerçant la médecine empirique”, ou seja, o referido órgão é responsável por normatizar os “terapeutas empíricos”. Como é possível ver no trecho extraído de página da web mantida pelo grupo:

Depuis 1999, le RME apporte une contribution essentielle à l'assurance de la qualité en médecine empirique en Suisse, grâce au travail réalisé en collaboration avec les organisations professionnelles, les centres de formation, les assureurs et d'autres institutions. Sur la base d'un bon nombre de critères de qualité bien définis tels que la formation, l'expérience pratique et la formation continue et qualifiante régulière, le RME vérifie la qualification des thérapeutes exerçant la médecine empirique. Seuls les thérapeutes remplissant tous les critères de qualité reçoivent le label de qualité RME.⁴⁶

No entanto, gostaria de destacar algo mais relevante, o fato de esse grupo manter um catálogo com uma grande gama de terapias, nos quais o terapeuta pode registrar-se com a finalidade de exercer a profissão: “Les thérapeutes peuvent se faire enregistrer au RME pour **178 méthodes** et **qualifications professionnelles reconnues par l'État**” [Grifos meus]. Entre essa lista com 178 métodos (reconhecidos pelo Estado suíço) de “medicina empírica”, está presente a AHT, que eles denominam “Autohémothérapie/Thérapie autosanguine”. Vejamos, primeiramente, qual definição a instituição dá à AHT:

⁴⁶ Tradução livre: “Desde 1999, a RME fornece um contributo essencial para a garantia da qualidade em medicina empírica na Suíça, graças ao trabalho realizado em colaboração com as organizações profissionais, centros de formação, as seguradoras e outras instituições. Com base numa série de critérios de qualidade bem definidos, tais como formação, experiência prática e educação continuada e qualificação regular, a RME verifica a qualificação dos terapeutas que praticam a medicina empírica. Somente terapeutas que preenchem todos os critérios de qualidade recebem o selo de qualidade da RME”. Disponível em: <<http://www.rme.ch/index.las>>. Acesso: 21/02/2015.

L'autohémothérapie est une thérapie de stimulation. Cette méthode consiste à réinjecter au patient, avec ou sans préparation préalable du sang, un certain volume de son propre sang, qu'on vient de lui prélever par voie intraveineuse. La thérapie autosanguine est une forme particulière de l'autohémothérapie.⁴⁷

Vê-se a partir da definição apresentada pelo RME, tratar-se da mesma técnica usada aqui no Brasil, com uma pequena distinção: eles diferenciam a terapia-auto-sanguínea como uma “forma particular” de auto-hemoterapia (cabe salientar que, no *site*, não consegui identificar como se dá essa particularidade de AHT denominada terapia auto-sanguínea). Outro ponto que chama atenção, em relação à prática da AHT na Suíça, refere-se à explicação que eles atribuem ao seu surgimento:

Les médecins suédois Grafstrom et Elfstrom, résidant alors en Amérique, sont considérés comme les vrais fondateurs de l'autohémothérapie. Vers la fin du 19ème siècle, ils traitaient les patients pulmonaires leur injectant leur propre sang dilué avec du sel de cuisine. Ils fondaient leur succès sur l'observation d'anticorps présents dans le sang de tout individu.

En 1905, le chirurgien allemand August Bier (1861-1949) a observé que les fractures osseuses guérissaient plus rapidement lors de la formation d'un hématome (épanchement sanguin) à l'endroit de la cassure. Sur la base de cette observation, Bier a commencé à «irriter» les fractures osseuses guérissant difficilement, en injectant au patient son propre sang, afin de provoquer une inflammation jusqu'à ce que rougeur et enflure s'ensuivent. Il estimait que le processus de guérison ainsi déclenché par les inflammations artificielles (thérapie par stimulation) activait les processus de guérison naturels du corps.

Dans les années 1920, le traitement impliquant le propre sang s'est énormément popularisé et différentes possibilités d'amélioration de cette thérapie ont été examinées, par exemple par l'oxygénation ou l'irradiation aux rayons ultraviolets (rayons UV) du sang prélevé.

Avec l'invention des antibiotiques et des médicaments modernes, cette méthode fut quasiment abandonnée par la médecine classique. De nos jours, l'autohémothérapie est de nouveau pratiquée en naturopathie..⁴⁸

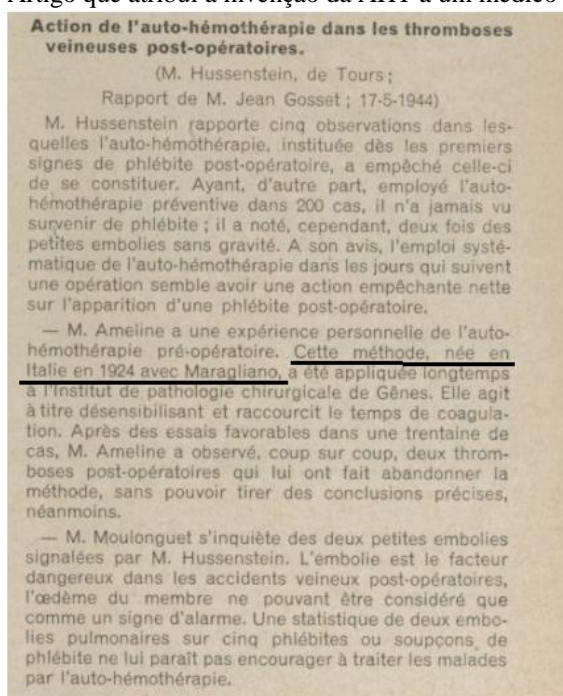
⁴⁷ Tradução livre: “A auto-hemoterapia é uma terapia de estimulação. Este método consiste em injetar no paciente, com ou sem preparação prévia de sangue, um volume de seu próprio sangue, nós apenas o removemos por via intravenosa. A terapia auto sanguínea é uma forma especial de auto-hemoterapia” Disponível em: <<http://www.rme.ch/rme-public/methode.las?c=0061>>. Acesso: 21/02/2015.

⁴⁸ Tradução livre: “Os médicos suecos Grafström e Elfstrom, então residentes nos Estados Unidos são considerados os verdadeiros fundadores da auto-hemoterapia. Perto do final do século 19, eles trataram pacientes pulmonares injetá-los com o seu próprio sangue diluído com sal. Eles basearam o seu sucesso na observação de anticorpos presentes no sangue de qualquer indivíduo. Em 1905, o cirurgião alemão August Bier (1861-1949) observou que as fraturas ósseas eram curadas mais rápido quando ocorria a formação de um hematoma (derrame de sangue) no local da ruptura. Com base nesta observação, Bier começou a "irritar" fraturas de ossos, por injeção de sangue do próprio paciente até surgir a vermelhidão e o inchaço para provocar uma reação inflamatória. Ele sentiu que o processo de cicatrização e inflamação

A despeito da extensão, o trecho anteriormente transcrito do site RME é de importância ímpar para se perceber o quão polêmica é a identificação do surgimento da AHT. O RME atribui a médicos suecos (além de estender um pouco mais para o passado, apontando os últimos anos do século XIX como “berço temporal” para o surgimento da técnica) a invenção da terapêutica que usa o sangue autólogo como método de tratamento hemoterápico.

Essa polêmica pode ser um pouco mais adensada, pois em artigo publicado na França, em 10/05/1945, os autores sugerem que a AHT não foi desenvolvida nem na França nem na Suécia, mas na Itália, e apenas na segunda década do século XX, precisamente em 1924, por Maragliano, como se pode observar na figura abaixo:

Figura 03: Artigo que atribui a invenção da AHT a um médico italiano.



Fonte: Concours médical: journal de médecine et de chirurgical. Vide Apêndice B.

desencadeada artificialmente por (terapia de estimulação) ativa o processo de cura natural do corpo”. Disponível em: <<http://www.rme.ch/rme-public/methode.las?c=0061>>. Acesso: 21/02/2015.

Assim, esclareço que foi esta a razão de ter limitado, temporalmente, o objeto entre as primeiras décadas do século XX até os dias de hoje, por ser controverso o discurso de origem. A lógica usada, na falta dos registros primários (publicação de algum trabalho científico, por exemplo), foi seguir a data apontada pela maioria dos documentos pesquisados.

3. “MEDICINAS” E DISCURSOS SOBRE A CIÊNCIA

Neste capítulo, apresentarei e discutirei os documentos proibitivos da AHT, no Brasil, visando problematizá-los. Nesse intuito, apresentarei reportagens, cartas publicadas em jornais, trabalhos acadêmicos, entre outros, que mostram desde discursos que marginalizam a terapia até textos que pretendem fundamentar a cientificidade da técnica.

Pensar em medicinas, no plural e não no singular, é não mais que apontar o fato de que o saber médico, mesmo em sua vertente científica, não goza de unidade, muito menos hegemonia teórica ou até mesmo prática. Além disso, demonstra que há profissionais que aderem a uma visão do pensamento médico seguindo uma linha mais cientificista, ou seja, pautada em uma concepção de ciência não relativista, enquanto, por outro lado, existem médicos mais flexíveis no que tange à caracterização da ciência médica. É nesse sentido que penso em medicinas no plural.

Para minha surpresa, o discurso que prevalece entre os defensores da medicina acadêmica caracteriza a AHT, tanto no Brasil quanto em Portugal, de modo semelhante. Tanto lá como aqui, a concepção cientificista se destaca em meio a qualquer outra concepção. Qual seria alguma outra “ideologia médica” que poderia se contrapor à medicina “biologizante”? Exemplos de “modelo concorrente” à medicina acadêmica, a qual se fundamenta no paradigma das evidências (MBE), são a *Medicina Integral*, a Medicina Natural, entre outras.

Seguindo a sugestão do professor que mencionei no capítulo precedente, com a finalidade de desviar-me das dificuldades de pesquisar os sujeitos profissionais da Saúde, resolvi tomar como dados centrais desta pesquisa os documentos oficiais que tratam da interdição à AHT aqui no Brasil, pretendendo captar a mudança dos critérios de cientificidade aceitos pela medicina científica. Assim, com o intuito de conceber minha “representação” a respeito do objeto aqui em análise, a saber a interdição da AHT aos profissionais de Saúde, reuni algumas “falas sociais” que representam as

visões sobre o fato aqui pesquisado. Nesse sentido, na busca por agrupar essas “falas sociais” sobre a proibição à AHT, posiciono-me, como também apontado na introdução, a “diferentes distâncias” em relação aos que “falam sobre” o fenômeno aqui em investigação.

3.1 O CONTEXTO NACIONAL

Os “falantes” que inicialmente busquei investigar foram aqueles diretamente ligados à problemática em tela, ou seja, os profissionais da área da Saúde, especificamente aqueles que em razão de serem profissionais de medicina, obtêm conhecimentos específicos referentes aos modos pelos quais saberes e/ou práticas são ou não reconhecidos como científicos. Eu poderia também investigar os “usuários” (pessoas que se tratam de enfermidades recorrendo à tal procedimento). No entanto, como problematizo o conhecimento biomédico, fugiria ao escopo da pesquisa.

A partir da reorientação da pesquisa de campo (como discuti na introdução), busquei ouvir a voz de outros “interlocutores”, aqueles que encontrei “falando” por trás de documentos e textos jornalísticos, por exemplo. Um dos materiais recolhidos, que uso como fonte de dados, é uma reportagem, publicada em forma de livro, intitulada: *Auto-hemoterapia: o segredo do bom sangue* (2009). Esse livro-reportagem, escrito por Marcio Fonseca Mata, é uma espécie de trabalho ao estilo “jornalismo investigativo”, em que o autor busca entender o porquê de o Estado brasileiro negligenciar a prática da AHT.

Usar esse livro como dado de pesquisa trouxe riscos, pois como foi produzido em forma de reportagem, possui pouquíssimas referências que sustentem as informações apresentadas, a exemplo de uma mencionada pesquisa sobre “usuários” da

AHT (número estimado em 12 milhões⁴⁹, até 2009), que mostra quantidade estimada de praticantes da técnica. Outro ponto a ser observado é que Marcio Fonseca Mata é, declaradamente, um adepto da terapia em questão. Esse fato faz com que, algumas vezes, o texto publicado pareça quase um panfleto. Não obstante, o livro traz informações importantes.

Mata (2009) argumenta que o maior sinal da negligência estatal relativa à técnica é a falta de incentivo à pesquisa que tematize sua natureza. Talvez por essa razão, os cinco primeiros tópicos do livro (que é dividido em 10) sejam dedicados a apresentar uma espécie de “defesa” (aparentemente, um tanto parcial) da cientificidade inerente à AHT.

O autor dedica um tópico especificamente para comentar uma pesquisa virtual realizada pelo *site* Orientações Médicas. Acessei o *site* em busca da mencionada pesquisa, mas a página havia saído do ar. No entanto, trago os dados citados por Mata como sendo fruto de investigação produzida pelo Orientações Médicas (apresentarei-os mais à frente). Mas, cabe salientar que usarei os dados dessa pesquisa, mesmo tendo adquirido-os nessa fonte secundária (Mata, 2009).

Além da publicação de Marcio Fonseca Mata, há um livro publicado igualmente por uma praticante da AHT. Refiro-me à enfermeira Ida Zaslavsky, que tematiza, mas da perspectiva das ciências da Saúde, a prática da terapia aqui em discussão. Em *Auto-Hemoterapia, um bom passo maior que a perna: das bases à autonomia do viver*, Zaslavsky (2011) reúne desde o relato pessoal do contato com a técnica, até alguns depoimentos sobre casos clínicos tratados com a AHT. A título de informação, no Anexo IV, apresento o Termo de Responsabilidade, o qual precisa ser assinado pelas pessoas que queiram se tratar com Ida Zaslavsky, realizando AHT.

⁴⁹ Ressalto que, baseado na informação anteriormente apresentada (relativos ao fato de eu não ter conseguido acessar a base de dados informada por Mata [2009], a saber, o site Orientações Médicas), estes números carecem de maior evidência. No entanto, tais dados são úteis a efeito de suscitar a atenção para a disseminação da prática.

Zaslavsky (2011), depois de apresentar sua trajetória de vida até chegar à enfermagem, no capítulo II, demonstra seu contato com “teorias alternativas”, relativas aos processos de saúde-doença. Vejamos uma parte do relato de Zaslavsky (2011):

No final do ano de 1984, ouvi pela primeira vez falar em bioenergética. Estava eu, numa manhã de domingo, passeando no *brick* da Redenção em Porto Alegre, quando topei com um amigo psicólogo do Centro de Saúde Modelo (onde eu trabalhava na época) e ele me convidou para ir a uma palestra, numa sala do Auditório Araújo Viana (p. 21).

Zaslavsky aponta que foi o contato com a “filosofia médica”, conhecida como bioenergética, que abriu portas para conhecer outras formas de cuidado, outros paradigmas médicos. Então, continua a autora:

Em 1993, fiz uma formação em Trabalho Corporal de Bioenergética, visando meu crescimento pessoal e aperfeiçoamento profissional/social/cultural, consciente do meu papel como agente de transformação para melhora na qualidade de vida (incluindo aqui Paradigma de Saúde). Naquela oportunidade conheci a auto-hemoterapia, sua fundamentação, e ouvi depoimentos e o relato de um médico muito conceituado no Rio de Janeiro por sua experiência (mais de cinquenta anos acompanhando pessoas, abrandando sofrimentos e dedicando-se ao exercício da medicina). O doutor Luiz Moura se tornou uma forte referência na minha caminhada e é ainda hoje uma sumidade na área. Ele costumava me dizer: “Medicina é a arte de curar” (ZASLAVSKY, 2011, p. 23).

Esses trechos mostram que existem profissionais possuidores de outras concepções sobre o conhecimento médico, mesmo não ocupando espaços com visibilidade que permitam que tais concepções modifiquem profundamente as estruturas do cuidado em Saúde. Assim, é importante dizer que a própria biomedicina, ou medicina científica (guiada pelo paradigma das evidências), nem sempre validou os conhecimentos e práticas médicas segundo os critérios vigentes na atualidade, ou seja, a Medicina Baseada em Evidência, nem aqui, nem em Espanha, França, Portugal ou Suíça.

No Brasil, pesquisando nos jornais digitalizados e disponíveis na Biblioteca Nacional, pude verificar que um dos últimos escritos referentes à “receita médica” da AHT data da década de 1980. Na Revista do Jornal do Brasil, publicada num domingo,

13 de janeiro de 1983, na seção sobre Saúde, intitulada *Dúvidas e perguntas sobre homeopatia* há uma dupla pergunta: “Homeopatia cura alergias? E problemas dermatológicos?” O interlocutor da leitora, segundo aponta a referência da revista, é Roberto Musauer, que responde: “Sim, através da auto-hemoterapia dinamizada, que vai usar o sangue dinamizado do próprio paciente para combatê-las”.⁵⁰

No ano de 2007, data em que sai uma nota do CREMERJ alertando sobre a não-cientificidade da AHT, começam os casos de “perseguição” aos profissionais de Saúde que a usam. Um dos primeiros registros apareceu no *Jornal do Brasil* que, ironicamente, foi um dos periódicos que deu maior visibilidade à AHT num passado não tão distante, como demonstrarei mais à frente. Em 5 de agosto de 2007, tornava-se notícia a prisão de Tabata Nunes Cabral, por “exercício ilegal da medicina”. Vejamos:

Policiais da 4ª DP (Guará) autuaram em flagrante, na manhã de ontem, uma técnica de enfermagem que prestava atendimento de auto-hemoterapia. Trata-se de um procedimento ainda não reconhecido pela medicina, em que se retira sangue das veias do paciente, injetando-o a seguir no músculo.

Tabata Nunes Cabral, 31 anos, atendia os pacientes em sua casa, na QI 6 do Guará I, e segundo a polícia manipulava sangue em local não autorizado.

– Ela atendia as pessoas em uma garagem e descartava todo o material médico em lixo comum – afirmou João Carlos Lóssio, delegado da 4ª DP.

Apesar de presa e autuada por exercício ilegal da medicina, Tabata afirmou que prestava um serviço à comunidade e que vai voltar a fazer os atendimentos.

De acordo com Lóssio, a auto-hemoterapia é uma prática muito utilizada na medicina veterinária e não reconhecida pela Agência de Vigilância Sanitária (Anvisa) como procedimento hemoterápico.

Desde de segunda-feira uma equipe de policiais observa o movimento de pessoas na residência da falsa médica. Ontem, por volta das 10h a **auxiliar de enfermagem** foi autuada em flagrante. Dez pacientes que estavam na casa de Tabata também foram encaminhados à delegacia.

Uma das pacientes que preferiu não se identificar, contou que ficou sabendo do tratamento por intermédio de uma amiga e que há três semanas estava se submetendo às seções ao custo de R\$ 10 reais por cada uma.

– Faço a auto-hemoterapia para o tratamento de uma anemia e tenho me sentido muito bem. Não vou parar com o tratamento – afirmou.

A acusada assinou um termo circunstanciado e deverá comparecer ao Juizado Especial Criminal do Guará no dia 11 de setembro. Se condenada, Tabata poderá pegar de 6 meses a 2 anos de prisão⁵¹ [Grifo meu].

⁵⁰ Vide apêndice A Nº 28.

⁵¹ Vide apêndice A Nº 29.

Segundo as informações apresentadas na reportagem, Tabata em nenhum momento mencionou que era médica ao atender as pessoas de sua comunidade. Os sujeitos que foram ouvidos pela polícia civil, e pelo jornal que publicou a matéria, não parecem ter afirmado que a profissional se apresentava como médica. No entanto, para ter certeza dessa hipótese, seria necessário ter acesso ao processo de polícia, o que não foi possível. Mas mesmo sem a confirmação da informação, é flagrante a afirmação de uma das pessoas atendidas por Tabata, que diz que não irá suspender o tratamento com a AHT.

Ainda em 2007, o periódico *O Estado de São Paulo* publica matéria divulgando que um médico de Pernambuco havia iniciado uma pesquisa piloto para verificar a cientificidade da AHT, mas segundo a reportagem, o profissional abandonou a investigação.⁵² Vejamos o conteúdo divulgado, na página do Conselho Regional do Estado de Goiás, que republicou uma reportagem veiculada em *O Estado de São Paulo*:

Secretário de Saúde de Olinda tratou 15 pacientes com auto-hemoterapia
Angela Lacerda, OLINDA O médico-cirurgião e secretário de Saúde de Olinda (PE), João Veiga Filho, decidiu nesta semana suspender temporariamente uma pesquisa piloto com pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) que sofrem de artrite e receberiam tratamento de “auto-hemoterapia”. O procedimento consiste na retirada de sangue do paciente e a imediata aplicação em seu próprio músculo. A decisão foi tomada depois que o Conselho Regional de Medicina de Pernambuco (Cremepe) publicou nota de alerta, dizendo que o procedimento “não é aceito nos meios científicos” e informando que as pessoas que se sentirem prejudicadas pela prática devem recorrer à Justiça. O Cremepe também abriu sindicância para apurar se houve algum tipo de infração ao código de ética médica pelo secretário municipal de Saúde. Veiga Filho iniciou a pesquisa piloto em janeiro. O objetivo era validar o procedimento como coadjuvante no tratamento da doença. A primeira etapa da pesquisa foi feita com 15 pessoas que, fazendo uso de medicamentos, se submeteram a aplicações semanais de 10 ml do próprio sangue, feitas ou supervisionadas pelo secretário. Essa fase, autorizada por cada um dos pacientes, durou oito semanas. Os 15 se queixavam de dores e limitações de movimento. Após as sessões, segundo o médico, 8 disseram não sentir mais dores e 7, que as dores diminuíram. Além disso, 5 afirmaram ter recuperado os movimentos e 10 informaram que as limitações foram reduzidas. O secretário começaria uma nova etapa com outros pacientes, mas decidiu suspendê-la, “para não expor os pacientes nem a prefeitura”.

⁵² Em 2011 eu tive a oportunidade de entrevistar o referido profissional, e trouxe parte da sua fala aqui para este trabalho, na introdução.

PROPAGANDA ENGANOSA “A propaganda do método é enganosa”, diz o presidente do Cremepe, Carlos Vital Tavares Corrêa Lima, que segue a posição do Conselho Federal de Medicina (CFM) e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), contrários à prática. Em abril, a Anvisa publicou nota técnica dizendo que “a Sociedade de Hematologia e Hemoterapia não reconhece o procedimento auto-hemoterapia” e que “as vigilâncias sanitárias deverão adotar as medidas legais cabíveis”. Veiga Filho rebate: “Também não há estudos que a condenem. Então por que não estimular investigações que levem a uma conclusão científica?” À frente da Câmara Técnica de Hematologia e Hemoterapia do Cremepe, Adérson Araújo defende a realização de estudos científicos que comprovem ou não a eficácia e a segurança do método (Fonte: O Estado de S. Paulo, 23/05/07).⁵³

Na citação anterior, vê-se que até se tentou pesquisar, de modo científico, e seguindo os padrões da medicina acadêmica, a AHT, sem que houvesse êxito. Ao que parece, o CREMEPE pressionou o pesquisador para suspender a pesquisa piloto, que seria ampliada dentro dos critérios de cientificidade contemporâneos.

O médico João Veiga Filho, em outra publicação⁵⁴, também observa a mudança em relação a teorias médicas que ora validam determinado conhecimento, ora o invalidam. Ele percebeu isso em relação ao consumo de “linhaça e iogurtes, ricos em probióticos” e aponta que o uso remonta aos Persas da antiguidade, mas que até pouco tempo “A comunidade científica desautorizava o uso para combater doenças”. Situação que se modificou ao ser comercializada como alimento que promove a saúde. Vejamos:

Hoje, uma revista nacional, GED (volume 26, número 1, janeiro/fevereiro de 2007) – da Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva; Federação Brasileira de Gastroenterologia; Sociedade Brasileira de Hepatologia; Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva e Sociedade Brasileira de Motilidade Digestiva, publica trabalho “Probióticos em gastroenterologia e cirurgia”. No bojo do trabalho, pasmem os senhores, os probióticos, os germisinhos da sementinha da linhaça e do iogurte, servem para: diarreias por bactérias e vírus, incluindo *C. difficile*, infecção e complicações por *H.pylori*, doenças inflamatórias intestinais (moléstia de Crohn, pouchitis), câncer gastrointestinal e urinário, constipação intestinal, melhora da imunidade intestinal e sistêmica, combate à alergia alimentar (dermatite atônica, outros quadros sistêmicos), prevenção da translocação bacteriana, cardiopatias isquêmicas, infecções genitais e urinárias (cistite, vaginose, vaginite por

⁵³ Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=25361:2015-02-27-15-48-40&catid=3 Acesso: 10/11/2016.

⁵⁴ Artigo intitulado: AUTO-HEMOTERAPIA, PROBIÓTICOS E OS IMUNOESTIMULADORES. Disponível em: <http://www.hemoterapia.org/informacoes_e_debate/comentarios/ver_opiniao/dr-joao-veiga-filho-esclarece-questoes-sobre-auto.asp> 13/04/2010.

fungo), prevenção de morbimortalidade em recém-nascidos e prematuros. Esta nova atitude dos “órgãos” da ciência e conhecimento em relação aos probióticos vem, coincidentemente quando a indústria NESTLE coloca nos seus iogurtes e promete que em 12 dias de consumo do seu produto qualquer pessoa fica curada de constipação intestinal, o que é verdade. Não bastou o fato do patriarca judeu Abraão ter sua proverbial saúde e longevidade ao consumo de iogurtes inventado pelos Persas.⁵⁵

Mais uma vez, os dados recolhidos em campo apontam para a influência da esfera econômica sobre o processo de interdição à AHT. Irei mostrar outro exemplo para ilustrar tais indicações encontradas nas informações recolhidas em campo. No ano 2008, o jornal *Tribuna da Imprensa*, numa coluna não tão prestigiosa denominada *Cartas*, espaço aberto à população para se manifestar e dialogar com os repórteres daquele periódico, publicou uma correspondência que tematizava a terapia aqui em questão. Certamente, é necessário um “filtro crítico” ao se trabalhar com cartas, em razão de possuírem uma espécie de “veracidade opaca”, afinal, jamais saberemos (principalmente quando se trata de cartas anônimas, ou assinadas com pseudônimos) a dimensão de fato do que foi transmitido. No entanto, não se pode, ao contrário, excluí-las da possibilidade analítica apenas em razão dessas “suspeições”. As cartas publicadas em jornais possuem relação com a realidade social vivenciada em cada contexto histórico. É nesse sentido que faço uso de algumas dessas cartas, publicadas em jornais, como material de apoio neste estudo.

Uma das missivas, assinada por Celso José Lopes, na cidade do Rio de Janeiro, em 15 ou 16 de março de 2008, e endereçada a Hélio Fernandes, chama atenção pelo seu conteúdo crítico:

Sendo portador de duas doenças crônicas (doença pulmonar obstrutiva e hepatite C com degeneração do fígado), venho utilizando o tratamento auto-hemoterapia desde outubro passado, pois ainda não iniciei com a medicação prescrita para hepatite. Como os resultados dos exames de rotina vêm mostrando para os médicos a não evolução da doença e não ter nenhuma caracterização, e sendo sabedor que a Anvisa, o CFM e o CRM vêm coagindo os médicos que adotam tal prática, gostaria de ter a opinião conceitual do jornalista Helio Fernandes, pois ao longo do acompanhamento

⁵⁵ Artigo intitulado: AUTO-HEMOTERAPIA, PROBIÓTICOS E OS IMUNOESTIMULADORES. Disponível em: <http://www.hemoterapia.org/informacoes_e_debate/comentarios/ver_opinioao/dr-joao-veiga-filho-esclarece-questoes-sobre-auto.asp> 13/04/2015.

dos seus escritos guardo uma afirmação, que o Brasil jamais teria um governante bem sucedido, enquanto existissem três poderes paralelos, eles: Abinfarma, Anfavea e Febraban [Carta de Celso José Lopes – Rio de Janeiro, RJ].

Celso José Lopes, provável leitor do periódico Tribuna da Imprensa, escreve um relato (fictício ou não) no qual se percebe como o uso da AHT ainda é comum. Contudo, essa não é, nem de longe, a informação mais importante.

RESPOSTA DE HÉLIO FERNANDES – Lamento a tua doença, mas pelo menos a satisfação que você apresenta: a não evolução da doença. Quanto aos TRÊS PODERES PARALELOS que identifiquei como desastrosos e cito há anos, continuo considerando que são catastróficos: ANFAVEA, ABIFARMA, FEBRABAN. Só um reparo, Celso: minha convicção sobre o mal que fazem ao Brasil, essa CRESCE cada vez mais.⁵⁶ [Negrito e fonte em caixa alta originais do texto].

A resposta do jornalista Hélio Fernandes é emblemática, pois mais uma vez (e por outra fonte), sugere que a AHT não é aceita em meio à medicina acadêmica predominante devido a influências econômicas. Relembro que, optei por não dar relevo às hipóteses das possíveis influências oriundas da esfera econômica (representada pela indústria de fármacos, por exemplo, mas da alimentícia também, como apontei anteriormente) à interdição à AHT. O motivo é simples, sua extensão. Desvendar a “caixa preta” da indústria farmacêutica e os modos de relação com o saber médico acadêmico a partir da investigação do processo de interdição à AHT é uma empreitada demasiado trabalhosa, mas que pode ser desenvolvida, num futuro próximo, quem sabe.

Portanto, observei que na contemporaneidade, pela ótica da biomedicina moderna, buscou-se cada vez mais “diminuir” a abstração e aumentar a “objetividade” no processo de produção dos saberes biomédicos, como sintetiza Botelho (2013):

A Medicina, como especialidade social, tem respondido a essa determinação de fugir da dor ou da ameaça do sofrimento: é possível identificar o conjunto de ações e saberes dirigidos para diminuir a abstração e aumentar a materialidade com o objetivo de apreender a saúde e a doença (p. 21).

⁵⁶ Vide Apêndice A: matéria Nº 74.

Nessa perspectiva, de que na medicina se observam mudanças no que se refere a concepções e percepções sobre cientificidade, é que investigo como se dá – no contexto de “busca” por maximizar a objetivação do conhecimento biomédico – a transformação nos padrões de cientificidade médica na passagem do século XX para o XXI, com a ascensão da Medicina Baseada em Evidência como novo parâmetro de verdade médico-científica.

A interdição à AHT, como anteriormente dito, é baseada em dois documentos principais: Parecer N°12/07 do CFM e Nota Técnica n° 1, de 13 de abril de 2007, da ANVISA.⁵⁷ Ao analisar tais textos, é possível perceber que subjacente a eles há certa concepção sobre a medicina científica, um ponto de vista que enxerga a medicina com “olhos” mais tecnicistas e biologizantes.⁵⁸ Vejamos:

Este parecer se refere ao procedimento denominado de auto-hemoterapia, acerca do qual a literatura disponível é criticamente analisada... **Para a sua formulação, este parecer acata que a Medicina atual fundamenta seu saber em resultados de hipóteses genuinamente testadas, em resultados que se repetem, em evidência enfática,** razão, experiência e ceticismo e que compreende um processo contínuo cujas atividades fundamentais são observar e descrever fenômenos e tirar conclusões gerais a respeito deles, integrar novos dados com observações organizadas que foram confirmadas, formular hipóteses testáveis baseadas nos resultados dessa integração, testar essas hipóteses sob condições controladas reprodutíveis, observar os resultados desses testes, registrando-os de maneira não-ambígua e interpretá-los claramente e buscar ativamente a crítica dos participantes (ANEXO I) [Grifos meus].

No trecho citado, gostaria de destacar a concepção, no que se refere à cientificidade da medicina científicista, que pode ser captada no discurso médico preponderante nesse tipo de medicina, figurado no parecer do CFM. Apesar de ser assinado por um indivíduo, o parecer transmite a concepção institucional daquele Conselho.

Naquele “discurso” sobre a “natureza” do conhecimento médico, proferido pelo CFM, na figura do conselheiro-relator, é flagrante a conceitualização da

⁵⁷ Vide Anexos I e II, respectivamente.

⁵⁸ É importante lembrar mais uma vez: não vejo o discurso da medicina biologizante como o único no meio acadêmico, no entanto, a percepção que tenho é de que é o que se sobressai em relação a concepções menos ortodoxas.

predominante (ainda que não exclusiva) concepção sobre a fundamentação teórica do saber na medicina acadêmica, que aponta para a supervalorização de elementos “objetivos”, tais como “**hipóteses testadas**”, “**evidência enfática**”, “**experiência**”, destacando-se que os tais “testes” e “experiências” se baseiam nas novas tecnologias mecânicas, físico-químicas etc., deixando de lado as “subjetividades” dos “testes”, anteriormente”, oriundas da experiência na clínica médica. Desse modo, supervaloriza-se o conhecimento biologizante, que fortalece a farmacologização da produção de conhecimentos em Saúde. Tal discussão é desenvolvida por um grupo de pesquisa chamado Racionalidades Médicas (o qual já apresentei rapidamente).

No entanto, irei aprofundar-me um pouco mais nessa problemática, sobre o que é a medicina científica, ou melhor, o que é a Medicina Baseada em Evidências. Nesse sentido, trago à baila outros escritos para ajudar a subsidiar a discussão. Numa tese de doutorado em medicina, que tem como temática a “indefensibilidade ética” de práticas médicas alternativas⁵⁹, é possível ter uma melhor ideia de como pelo menos uma parte significativa da comunidade acadêmica de medicina concebe a cientificidade da medicina. Vejamos:

Nesta Tese a dimensão bioética da Medicina Alternativa será estimada em face de uma extensa análise de seus antecedentes históricos, de seus fundamentos, da sua plausibilidade e credibilidade (efetividade) e, para fins de comparação, a Medicina convencional será definida, bem como ressaltados os seus desígnios, *sua filosofia*, evolução, a necessidade de uma nosologia e os fatos que comprovam ser ela uma profissão científica. A Tese a ser defendida tentará demonstrar a indefensibilidade ética da prática de *sistemas médicos alternativos* e da quase totalidade das formas ditas complementares de terapias, com uma argumentação ampla que penetra grandes domínios do conhecimento. Secundariamente, será defendida a hipótese de que as medicinas alternativas e complementares no Ocidente representam uma continuação, após o advento da medicina científica, daquela tendência especulativa, oriunda de sistemáticos e *charlatães*, que atingiu o apogeu no século XVIII, mas que continuou a prosperar nos séculos seguintes ou que deriva, em face dessa tendência, da aceitação de formas arcaicas de terapia eivadas de *concepções metafísicas* e práticas estranhas nelas fundamentadas ou meros produtos da fantasia (MASSUD, 2012, p. 7) [Grifos meus].

⁵⁹ Relembro que, certamente, esta concepção sobre a dimensão científica da medicina não é a única. No entanto, apesar de haver outras, ela é dominante em relação às demais.

Naquela pesquisa, o autor sustenta ser imoral e/ou amoral o uso de terapias alternativas (é importante salientar que não há exceções, toda e qualquer prática que não obedeça aos critérios da “moderna” ciência médica é “indefensável” do ponto de vista da ética). Assim, sugere o autor:

“Não faz muito tempo que o termo “charlatanismo” era usado para designar o que agora se denomina Medicina Alternativa e Complementar (MAC). Os médicos ortodoxos de tempos não tão idos tinham pouca tolerância com formas não convencionais de diagnosticar e tratar. A história da Medicina é pródiga em exemplos de imposturas e impostores tentando se imiscuir na atividade médica responsável e ética. Tempos difíceis, quando a prática médica, ao contrário das investidas científicas de alguns ilustres precursores, não era ainda orientada por um método confiável e universal de obtenção de conhecimentos. Quando esta necessidade se tornou muito evidente, parcela significativa de seus praticantes só tardiamente aderiu a uma busca metódica do saber. Mas, sempre houve quem identificasse imposturas, teorias licenciosas, terapias absurdas e as criticassem com veemência. Atualmente, esse clima se alterou muito e parece ser politicamente correto demonstrar uma “mente aberta” a tais questões. A maioria dos praticantes de diversos tipos de MAC se satisfaz com as alegações de sucessos dos pacientes, o que constitui um novo mantra do tipo “em mim funcionou”, quando na verdade, boa parte desses sistemas médicos não convencionais é baseada em conceitos obscuros de biologia e fisiologia humanas e tais sucessos nada tenham a ver com efeito real do recurso terapêutico [Grifos meus].”

Basta não obedecer ao modelo de cientificidade da Medicina Baseada em Evidências (inclusive entre os próprios pares, pois existem médicos que, por defenderem uma outra racionalidade inerente à episteme médica, tais como os profissionais defensores da AHT, também são acusados de charlatães) para ser considerado *charlatão*, segundo essa concepção ortodoxa do conhecimento médico acadêmico.

No entanto, mesmo dentro da medicina acadêmica, esse ponto de vista não é unânime. Médicos e pesquisadores, tais como o professor Martinho Rodrigues, que produziu o livro *Medicina: a última profissão romântica?*, possuem outro entendimento sobre a racionalidade médica acadêmica. Eduardo Almeida, que também é médico e pesquisador na área dos saberes em Saúde, propõe, junto a outros investigadores nacionais e internacionais, uma *Medicina Integral*.

O médico Eduardo Almeida (autor de *As razões da terapêutica*, entre outros livros que problematizam o saber médico), numa página de internet em que divulga a Medicina Integral, expõe que o conhecimento em que se baseia tal modelo médico, em oposição à medicina biologizante (caracterizada pela Medicina Baseada em Evidência), é:

orientado pelas novas contribuições da biologia complexa, pela tradição do conhecimento das medicinas tradicionais, e pela vasta produção empírica médica [leia-se saberes clínicos], oferece sua contribuição no sentido de superar o reducionismo e a simplificação do modelo de conhecimento mecânico-dualista [leia-se Medicina Baseada em Evidência], baseado na concepção de doença como entidade específica, da medicina oficial ou medicina acadêmica. (...) Mas, a Medicina Integral vai além e admite que o ser vivo é, em última análise, o resultado do seu processo integrativo e, assim, aprofunda a discordância com a corrente hegemônica na biologia e na medicina, que o concebe como resultante do seu material genético (genótipo). A Medicina Integral não despreza a importância do fator genético, apenas o redimensiona em relação ao fenótipo, lido como processo integrativo. Na verdade, o indivíduo expressa apenas parte do seu potencial genético (5%), e essa expressão se dá, em grande medida, a partir dos seus processos integrativos, como a alimentação, o estilo de vida, cultura, inter-relação pessoal, etc, como se pode comprovar nos estudos com gêmeos univitelinos. Nessa perspectiva, incorporamos a possibilidade de modular ou regular expressões genéticas que levam ao adoecimento. O ser humano, além de interagir no plano biológico e ecológico como todo ser vivo, também o faz nos planos antropológico-cultural e psico-espiritual. Portanto, a participação dos fatores genéticos (alteração estrutural do gen) no processo do adoecimento humano, seria bastante limitada, diante de situações epigenéticas (modulação do gen) como a poluição ambiental, as alergias, a dietética imprópria, o fumo, o álcool, as drogas, a violência social e familiar, o stress, etc.. Aliás, a medicina integral com essas concepções antecipou-se ao recente e promissor campo da epigenética – ramo recente da ciência biológica que é definido como: "o estudo das mudanças hereditárias na função dos gens sem a mudança da sequência do DNA". A Medicina Integral ao admitir a complexidade e a peculiaridade de cada indivíduo, assume o desafio de construir um conhecimento centrado na singularidade do indivíduo, caminhando, assim, no sentido oposto ao da medicina oficial, que valoriza os mecanismos gerais e os processos de enquadre do indivíduo em generalidades, como é o caso da diagnose da doença como entidade (ciência das doenças).⁶⁰

A conceituação apresentada no trecho acima transcrito coloca a Medicina Integral em posição diametralmente oposta à biomedicina, ou medicina acadêmica convencional. Quero apenas frisar que os documentos aqui apresentados, referentes ao

⁶⁰ Disponível em: <<http://www.arzt.com.br/home>>. Acesso: 10/04/2015.

período contemporâneo em que se insere a interdição à AHT, inserem-se nos discursos sobre “o que é ciência, afinal?”, parafraseando Chalmers (1993). Dessa forma, há pelo menos dois modelos racionais⁶¹ no que tange ao pensamento médico, variando em relação à abertura ou não a elementos cognitivos externos à sua episteme.

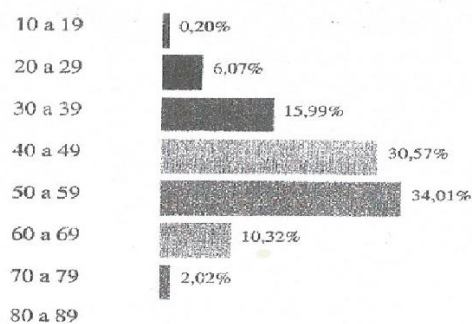
Noutros termos, a medicina científica (que é fortemente baseada na cientificidade cartesiana) fecha-se a influências cognitivas estranhas ao racionalismo cientificista. Por outro lado, a Medicina Tradicional Chinesa, por exemplo, possui sua fundamentação epistemológica distinta da biomedicina, é menos fechada a conexões externas. Assim, o primeiro modelo de pensamento é, em relação ao segundo, ortodoxo, enquanto o segundo é, de certa maneira, relativista. Nessa perspectiva de uma medicina não ortodoxa, o médico Luiz Moura aceitou o convite de Martinez e Sarmiento e gravou um longo vídeo, transformado em DVD e, posteriormente, largamente difundido na *internet*, principalmente no *you tube*.

Mesmo que oficialmente a AHT não seja legitimada como recurso médico, nem tampouco legalizada (ainda que como terapêutica alternativa, ou seja, como medicina complementar), contrariando as recomendações dos órgãos relacionados com a saúde coletiva, a prática vem sendo bastante procurada. Mata (2009), como anteriormente demonstrei, aponta números referentes a praticantes no Brasil.

A figura abaixo apresentada corresponde a um gráfico que faz referência ao número de praticantes da AHT. Vale notar que o recorte realizado é etário. Desse modo, observa-se que na maior parte, os usuários da terapêutica são adultos entre 30 e 59 anos. É importante notar que usuários acima dos 40 e até os 59 somam 64,5% do total de pessoas a se tratarem com a AHT. Esse dado é relevante ao ser analisado em conjunto com outro, referente ao nível de escolaridade de cada indivíduo.

Figura 04: Gráfico da distribuição etária de usuários da AHT.

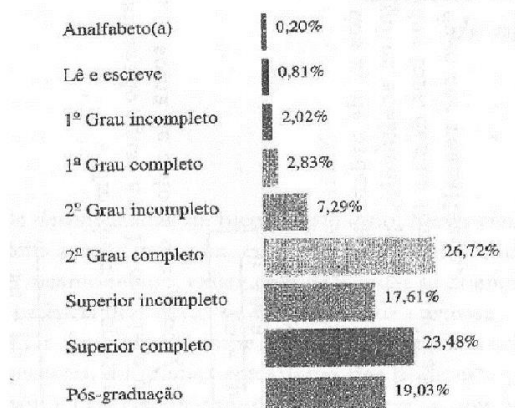
⁶¹ O Grupo Racionalidades Médicas mapeou vários tipos de Racionalidades Médicas. A partir dos estudos daquele grupo é que acredito ser possível pensar numa categorização em dois “modelos racionais”.



Fonte: Mata (2009, p. 71).

Como demonstra a figura abaixo, é baixíssimo o percentual de analfabetos entre os praticantes da técnica, correspondendo a apenas 0,20% do total. Praticantes com baixa escolaridade, ou seja, os que apenas sabem ler e escrever, aqueles que possuem o 1º Grau do Ensino Médio incompleto, os que completaram esse grau de ensino, os que têm o 2º Grau do Ensino Médio incompleto e aqueles que o completaram correspondem a 39,8% dos usuários.

Figura 05: Gráfico sobre escolaridade dos usuários da AHT.



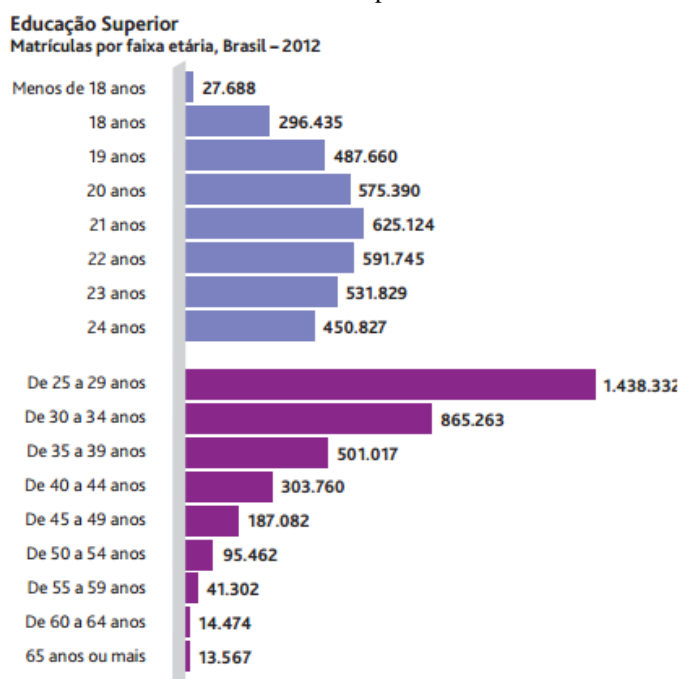
Fonte: Mata (2009, p. 73).

Ainda em relação ao gráfico sobre a escolaridade dos usuários da AHT, uma informação surpreende, a que se refere aos 42,5% de “pacientes” com 3º Grau

(correspondente à soma dos usuários com superior completo mais os que possuem pós-graduação), sem contar os 17,61% que possuem o Ensino Superior incompleto, como demonstra a figura acima.

Sabe-se que o Brasil ainda registra estatísticas negativas, comparado com países desenvolvidos, no que tange à educação da população. Não obstante, os dados relativos à escolaridade dos praticantes da AHT, em conjunto com as informações etárias, levam à dedução de que os sujeitos que buscam a técnica possuem elevado grau de instrução, uma conquista ainda bastante atrelada à idade elevada, como é perceptível no gráfico abaixo, retirado do Anuário Brasileiro da Educação Básica-2014.

Figura 06: Gráfico etário de matrículas do Ens. Superior



Fonte: MEC/Inep/DEED – Sinopse Estatística da Educação Superior.

Assim, deduzo que os 42,5% de usuários com formação superior, acrescidos dos 17,61% que não concluíram seus respectivos cursos de graduação, equivalem a 60,1% do total de praticantes da AHT possuidores de formação universitária. Isso me induz a pensar ser esta (formação superior) um fator importante que leva os indivíduos a

optarem por se tratar, em seus processos de saúde-doença, com a técnica aqui em destaque. Tal indução carece de pesquisa estatística que a fundamente.

Uma pesquisa nessa área seria muito promissora, pois também poderia mapear pessoas que, mesmo conhecendo (ainda que superficialmente) a AHT, optassem por não realizar o procedimento, sendo importante cruzar as respostas com a escolaridade para identificar com exatidão até que ponto a formação escolar, de maneira específica a educação acadêmica (que pode proporcionar conhecimento científico), relaciona-se com a opção por se tratar com a AHT.

Para finalizar essa análise, realizada a partir dos dados contemporâneos sobre a AHT, volto aos dados disponíveis na atualidade, principalmente os utilizaos por Mata (2009). A última informação que irei apresentar se refere ao corte da prática da terapia a partir do sexo. Assim sendo, observa-se mais mulheres que homens entre as pessoas que recorrem à terapia, como aponta a figura abaixo:

Figura 07: Gráfico da divisão por sexo dos usuários da AHT.



Fonte: (MATA, 2009, p. 73).

Antes de passar a outras questões, ainda me valendo das informações recolhidas no site do grupo RME, destaco que ao pesquisá-lo pude comparar uma questão que já havia sido levantada pelo senhor Luiz Moura. Aquele médico, no DVD já mencionado aqui, aponta que a AHT foi aos poucos “caindo no esquecimento” em razão de ser, lentamente, substituída por antibióticos que, até pouco tempo depois do surgimento da AHT, ainda não haviam sido inventados. Notemos a informação:

Dans les années 1920, le traitement impliquant le propre sang s'est énormément popularisé et différentes possibilités d'amélioration de cette thérapie ont été examinées, par exemple par l'oxygénation ou l'irradiation aux rayons ultraviolets (rayons UV) du sang prélevé.

Avec l'invention des antibiotiques et des médicaments modernes, cette méthode fut quasiment abandonnée par la médecine classique. De nos jours, l'autohémothérapie est de nouveau pratiquée en naturopathie⁶² [Grifos meus].

Está também presente nos jornais essa hipótese. Em um longo artigo, no qual o assunto principal não versa sobre saúde, mas antes a respeito de política, o autor, em razão da repressão ao direito de livre expressão, usa de um belo artifício (a crônica satírica) para criticar determinados posicionamentos políticos. Irei transcrever apenas alguns trechos desse texto publicado no jornal *Correio da Manhã* em 21 de março de 1945, para percebermos alguns elementos importantes, aparentemente desconectados da discussão aqui presente, mas que ajudarão a compreender o processo de mudança nos critérios de validação de verdades na medicina acadêmica:

São passados quase oito anos de misérias nacionais. Durante essa fase **patológica** da vida do país, o povo brasileiro arrastou sua existência por entre caminhos tortuosos e ásperos ao sabor das conveniências de uma inexpressiva **minoría de enfermos** com pouca massa cinzenta e estômago dilatado...

A supressão dos intermediários [seria a classe média?] entre o povo infeliz e essa minoría de super-homens serviu para pretender estreitar o asqueroso contacto entre os homens que se assenhorearam do poder e do povo indefeso num amplexo degradante e vil.

A finalidade era **contaminar** a opinião pública. Cravar-lhe no cerne o **vírus das teorias totalitárias** – o status-novus brasiliensis.

Há oito anos atrás não se conhecia a penicilina. Havia, entretanto, **sulfanilamida** [medicamento usado para tratar infecções] ...

Assim, quando a minoría purulenta **inoculava** no povo inerme a cultura da **estafilococica** preparada nos laboratórios do DIP [Departamento de Imprensa e Propaganda], os “leguleios” [aquele que atende servilmente à letra da lei] compulsoriamente em férias, muniam-se de **sulfa-democracias** para distribuí-las aos **pacientes**, evitando, desse modo, que o processo infeccioso evoluísse. Esta terapêutica jamais deixou de ser aplicada. O “stock” de medicamento permanecia inesgotável (...) Quanta coisa aconteceu! Como era inútil a bactéria produzida no DIP!

⁶² Tradução livre: “Na década de 1920, o tratamento envolvendo o próprio sangue tornou-se muito popularizado e três melhorias desta terapia foram revistas, por exemplo, a oxigenação ou a irradiação com luz ultravioleta (UV) de sangue colhida. Com a invenção dos antibióticos e da medicina moderna, este método foi praticamente abandonado pela medicina convencional. Hoje, a auto-hemoterapia é novamente praticada em naturopatias [acredito que este termo corresponda, em português, à expressão ‘Doenças Autoimunes’]”. Disponível em: <<http://www.rme.ch/rme-public/methode.las?c=0061>>. Acesso: 21/02/2015.

Em fins de 1943, instalou-se no país um grande laboratório para ser produzida a penicilina. Naquele tempo o seu funcionamento era segredo dos “leguleios”. Hoje trabalha às escancaras e fartamente.

A minoria, foco restrito e isolado do status-novus brasiliensis, pretende agora curar-se utilizando-se de métodos antiquados e **hoje reconhecidamente ineficientes:** bacterioterapia e auto-hemo-terapia. O ilustre general Dutra, apesar do elevado conceito de que goza o seu laboratório, não conseguirá, estou certo, nenhum resultado satisfatório. Os doentes estão condenados...

Assim, dentro de poucos meses, assistiremos à instalação de uma câmara ardente, onde serão alinhados os cadáveres para serem submetidos a minuciosa necropsia.

O congresso de médicos que então se reunir fará um relatório completo, com a observação de cada caso individual, desde a anamnese até a causa mortis, propiciando à opinião pública do mundo inteiro, os conhecimentos de que por ventura necessitem para o combate e a profilaxia das teorias totalitárias. Finalizando, desejo propor um aviso de amigo: “aqueles que sentirem cansaço, mal estar, corpo mole, isto é, sintomas de fraqueza ideológica, devem procurar, com o ‘leguleio’ mais próximo, o remédio mais próprio: penicilina do Laboratório Eduardo Gomes”.⁶³

Com esforço, não irei refletir sobre o atual momento político que, em muito, é parecido com o que foi descrito no trecho anterior. Mesmo que claramente o texto trate de uma reflexão política, referente ao final do período varguista (basta vermos que a data desta publicação antecede apenas em meses o suicídio do ex-presidente Getúlio Vargas), é possível identificar, através das analogias médico-políticas, o mesmo elemento que aponta a invenção da penicilina como elemento importante para o abandono da AHT como recurso terapêutico. Para fortalecer essa argumentação, acrescento a exposição do médico Luiz Moura. Este, usando a história da vida de Alexandre Fleming, sugere que a penicilina marcou o início do declínio da legitimação de que gozava a AHT na época:

Ele [Alexandre Fleming] foi um filho de jardineiro que chegou a lorde, que jamais um filho de jardineiro tinha chegado a lorde, graças ao bendito afogamento de Winston Churchill, que tinha 8 anos de idade quando caiu num poço, e ele tinha 10, Alexandre Fleming tinha 10 anos. Ele era filho do jardineiro do pai de Winston Churchill, que chamava-se lorde Churchill, e salvou Winston Churchill, tirando-o do poço. Lorde Churchill chamou o pai dele e disse: “Olha, a vida do meu filho não tem preço! Peça alguma coisa

⁶³ Vide Apêndice A, matéria Nº 44.

que eu lhe darei, se você quer uma casa eu lhe darei uma casa”. (...) “Tenho quatro filhos, três vão ser operários como eu, não tem interesse, mas o Alexandre desde pequenininho ele disse que quer ser médico e quer ser pesquisador, desde pequeno. E eu não teria a menor condição de atender ao desejo dele”. Ai disse o lorde Churchill: “Então ele será, se tiver capacidade ele será. Por falta de dinheiro é que não haverá problema”. E então ele se formou em medicina, o Alexandre. E com a humildade dele, graças à humildade dele é que ele descobriu a penicilina, por que o lorde Churchill ofereceu para ele qualquer quarto nos cem quartos da mansão dele, e o Alexandre disse: “Não! (Isso foi contado pelo próprio Alexandre no Hospital do Servidor do Estado em 1951, na rua Sacadura Cabral). O senhor às vezes enche isso aí de convidados, fica tudo lotado. Basta um lugar embaixo da escada”. (Eram duas escadas em curva, que subiam para o segundo andar). E ele disse: “Ali tem espaço suficiente para montar o meu laboratório”. E por sorte, aquilo era um lugar muito úmido. E ele, fazendo experiências com placas de cultura, devido à umidade, um fungo, que adora umidade, que é o *penicilium notatum*, o fungo, destruiu uma daquelas placas de cultura de determinado micróbio. (...) **E foi a penicilina, os antibióticos que levaram a descontinuar o uso da auto-hemoterapia**, quando o normal, o certo seria era acrescentar, somar e não substituir. Por quê? Porque cada um age de uma forma diferente: o antibiótico age impedindo a reprodução dos micróbios, e o Sistema Imunológico é que, aproveitando o enfraquecimento, a pouca quantidade de micróbios e sendo ativado o seu Sistema Imunológico pelo próprio micróbio, e dando tempo para isso pelo fato do antibiótico controlar a reprodução do micróbio, ele cria então, ele devora depois de, “macro” e “fagos”, “macro” é grande e “fagos” é comer, come partículas grandes. Quer dizer, o macrófago aí devora o micro, o micróbio, aproveitando o fato do antibiótico.

No entanto, o que a leitura dos jornais antigos permite perceber é que, mesmo com o surgimento dos antibióticos, a AHT não caiu instantaneamente em desuso, já que, até a década de 1970, é possível encontrar referência a seu uso. O abandono da terapia em questão se deu gradualmente, em razão de apenas aos poucos a descoberta da penicilina ir causando mudanças na forma como os médicos compreendiam as relações entre saúde-doença. No tópico seguinte, irei passar à análise dos documentos estrangeiros que referenciam a AHT no passado.

3.2 O CONTEXTO EXTERNO

Assim como no caso brasileiro, para encontrar referências ao uso da AHT no passado (em especial, Portugal), tentei acessar bibliotecas que disponibilizassem materiais históricos em formato digital. Porém, não consegui identificar nenhuma

hemeroteca que dispusesse seu acervo, ou mesmo parte dele, virtualmente. No *site* da Universidade do Porto, entretanto, localizei dois trabalhos científicos que tratavam da terapêutica. Foi numa página chamada “Repositório Aberto” que encontrei uma tese de doutorado em medicina e uma dissertação, respectivamente: 01) *A auto-hemoterapia nas dermatoses*⁶⁴, defendida por Alberto Carlos David, em 1924; e 2) *Auto-soroterapia*⁶⁵, apresentada por José Correia Abreu Pinto Cabral, em 1920.

Antes de prosseguir, é necessário justificar o por quê de eu tratar a auto-soroterapia como sinônimo e/ou vertente da AHT (como é possível ver na classificação realizada pelo CFMem seu parecer técnico), transcreverei um trecho da dissertação anteriormente citada em que o autor caracteriza a mencionada técnica de saúde:

Technica. Uma seringa da capacidade de 20 c.c. e uma agulha de platina de 6 cm de comprimento, em média, reúnem todo o material. Uma vez diagnosticado o derrame, a punção exploradora torna-se indispensável para a determinação da sua natureza, de maneira que, n'uma só operação podemos satisfazer trez fins, procedendo da seguinte maneira: com a agulha montada na seringa — convenientemente esterilizada para não fazermos associações microbianas, ou então tornar infectado o que até ahi não estava — faz-se a punção de forma a que a ponta da agulha mergulhe no seio do exsudado, o que facilmente se reconhece, quer pela sensação de resistência que se nota ao atravessar os diferentes tecidos, quer pela facilidade na maior parte dos casos, de se fazer dar um movimento de circundação á seringa. Faz-se a aspiração lentamente, e desde que o calibre da agulha seja sufficiente para não se deixar obstruir, o que vulgarissimas vezes acontece desde que haja membranas formadas ou numerosíssimos elementos celulares aglutinados, nós immediatamente reconhecemos se o exsudado é seroso, purulento ou hemorrhagico ou uma e outra coisa. Segundo Gilbert, sempre que o derrame seja seroso ou sero-hemorrhagico, inflammatorio ou não, nós devemos adentro das indicações clinicas do methodo fazer a auto-sorotherapia, para o que, retirando lentamente a agulha de forma a ficar a ponta no tecido cellular subcutâneo, nós fazendo uma prega na pelle n'ella depois introduzimos a agulha, injectando a quantidade que fixarmos, segundo os dados clínicos determinados previamente. Retira-se em seguida bruscamente a agulha, desfazendo o trajecto por meio de compressão entre o pollegar e o indicador da mão esquerda, primeiro, e depois a obstrução com um pouco de algodão embido em colodio. Satisfeitos assim, n'uma só operação, estes dois fins, o restante da colheita serve para n'elle se fazer uma série de exames chymicos, physicos e biológicos, sem que o doente para isso tenha de ser muito massado e exposto ás graves complicações d'uma punção, que em determinadas circumstancias podem sobrevir (*idem*, p. 44-46) [grafia original do texto].

⁶⁴ Disponível em: <<https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/17607>>. Acesso: 20/08/2015.

⁶⁵ Disponível em: <<https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/17608>>. Acesso: 20/08/2015.

A partir desta descrição minuciosa, que se refere ao modo como se utiliza a soroterapia enquanto recurso terapêutico, é que tomo esta técnica como sinônimo da AHT.

No trabalho dissertativo “Auto-soroterapia” defendido em Portugal (1920), observa-se que, aparentemente, desde aquela época a AHT (alí denominada auto-soroterapia) já era algo polêmico:

O assumpto que me propuz estudar, é fora de duvida, sujeito a uma critica a que eu não me poderia furtar se, em vez de lhe dar uma feição pratica sob o ponto de vista da observação clinica, entrasse em considerações theoricas adaptáveis ao momento actual da sciencia, pois neste caso teria de me esbarrar com enormes difficuldades, advindo umas da pouca pratica, advindo outras da deficiência de dados laboratoriaes. E, para completar um estudo d'esta natureza, tão complicado como elle se nos apresenta, necessário se tornava a ajuda de quem, com competência pudesse investigar no laboratório um certo numero de elementos que a clinica prevê, mas só o laboratório pode confirmar. Desde ha muito tempo que a auto-sorotherapia se faz; porem tem sido abandonada e esquecida varias vezes, motivada sem duvida pela falta d'um estudo laboratorial completo em que ella se appoie. Não admira que na pratica os enthusiasmos tenham sido grandes em favor de tal therapeutica, como grandes também tem sido as frequentíssimas decepções. Mas isto, longe de ser um motivo de desalento, é pelo contrario um incentivo para o prosseguimento deste methodo therapeutico, pela forma evidente como ele demonstra, no momento actual, a nossa impotência em face da complexidade dos processos naturaes (CABRAL, 1920, p. 9-10) [grafia original do texto].

Apesar de apontar como causa que dificultou a pesquisa dissertativa, o autor anteriormente citado deixa implícito que “querelas teóricas” também endossavam o campo dos discursos acadêmicos sobre a “auto-soterapia”, dando a entender haver certa “disputa” entre correntes e concepções médicas, tais como homeopáticas e alopáticas (outra denominação para AHT).

Ao iniciar as pesquisas para esta tese, eu analisava o fato de a AHT ser legalizada em outros países como prova da existência de duas medicinas científicas diferentes. Uma mais “rígida”⁶⁶ em relação aos parâmetros de cientificidade, e outra mais flexível relativamente ao cânone cientificista. Durante esta investigação de

⁶⁶ Refiro-me a uma ciência cartesiana, não às novas proposições, que sugerem um pensamento complexo.

doutorado, percebi ser equivocada tal concepção. O pensamento biomédico no Brasil e em Portugal não possui feições diferentes, muito menos antagônicas. Lá, tanto quanto aqui, a Medicina Baseada em Evidência é preponderante.

Mas como se deu tal percepção? Como se descortinou diante de minha percepção equivocada uma nova e “mais plausível” concepção sobre as diferenças entre o contexto de interdição, vivenciado no Brasil, e um ambiente de legalização da prática da terapia aqui em discussão? A leitura de um determinado documento fez surgir essa outra compreensão sobre a problemática. Refiro-me a um Parecer, tal qual o do CFM, mas produzido pelo Conselho de Enfermagem de Portugal.

Ao analisar o conteúdo do Parecer N.º 115/2014 do Conselho de Enfermagem-CE de Portugal, percebi ser errôneo pensar haver duas medicinas acadêmicas. Vejamos:

Questão colocada “(...) abordado, o método de “Hemoterapia”, que consiste em retirar uma quantidade de sangue intravenoso, e reinserir novamente, o mesmo, de modo intramuscular, tendo como finalidade a estimulação de sistema reticulo endotelial, pelo reconhecimento do sangue como corpo estranho, estimulado a produção de macrófagos e por consequência potencializar o sistema imunológico. Este processo, envolve quantidades, processos, e outros passos padronizados. Através de alguma pesquisa, encontrei alguns estudos, com demonstração de resultados benéficos para as pessoas alvo deste processo. A minha questão, visto existir pouca evidência científica, é se realmente, esta prática é viável, considerando a possibilidade de efeitos secundários adversos versus benefício. Qual a legalidade e indicação das organizações referentes a esta prática? Se é, que existe alguma indicação ou referência a tais atuações⁶⁷.

A referida introdução desse parecer aparenta ter sido copiada do preâmbulo do parecer do CFM, citado anteriormente. “Visto existir pouca evidência científica”, como classificar a terapêutica aqui em estudo? Tal qual o texto produzido pelo CFM, o do Conselho de Enfermagem de Portugal “analisa” a AHT a partir do ponto de vista da Medicina Baseada em Evidências.

⁶⁷Disponível em:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/CE_Parecer_115_2014_EvidenciaCientificaDeHemoterapia.pdf> Acesso: 20/10/2016.

E, por partir do mesmo ponto de vista, literalmente falando (pois no Parecer N° 115/2014 do Conselho de Enfermagem de Portugal, o documento produzido aqui no Brasil pelo CFM é citado), é que talvez tenha chegado às mesmas conclusões. Vejamos como enfermeiros da ordem de Portugal se fundamentam nos textos brasileiros para justificar seu próprio posicionamento:

A auto-hemoterapia foi introduzida como experiência terapêutica por Ravaut, em redor do ano de 1910, de acordo com as referências bibliográficas quase inexistentes sobre esta matéria, sendo utilizada desde essa época, “**como tentativa de tratamento de diversos problemas de saúde, tanto em humanos quanto em animais**”⁶⁸ [Grifo meu, refere-se à citação direta do Parecer produzido pelo CFM sobre a cientificidade da AHT].

O documento português, para ser mais preciso, é uma espécie de “compilação” de vários documentos brasileiros. Cita, além do texto anteriormente apontado (Parecer do CFM referente à AHT), a Nota Técnica n° 1 de 13 de abril de 2007, a Resolução n° 346/2009 do Conselho Federal de Enfermagem-COFEN e, por fim, apoia-se também num artigo, publicado na Revista Associação Médica Brasileira, intitulado *Auto-hemoterapia, Intervenção do Estado e Bioética*, em que os autores Leite, Barbosa & Garrafa (2008) defendem uma “ação interventiva da VS [Vigilância Sanitária] na prática clínica da auto-hemoterapia no país” (Leite, Barbosa; Garrafa, 2008, p.183).

Em minhas investigações, concluí que, ao menos aparentemente, apenas na Suíça a AHT possui algum respaldo acadêmico. Durante a pesquisa, descobri que no Hospital Universitário de Geneve⁶⁹, a técnica é apresentada como um recurso terapêutico:

Traitement local d'une plaie chronique sans tissu de granulation, utilisant le sang frais du patient, sous pansement occlusif. L'objectif est de créer un milieu exempt de fibrine favorisant la cicatrisation à l'aide des facteurs de

⁶⁸Disponível em:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/CE_Parecer_115_2014_EvidenciaCientificaDeHemoterapia.pdf> Acesso: 20/10/2016.

⁶⁹ Disponível em: <<http://www.hug-ge.ch/procedures-de-soins/hemotherapie#definition>>. Acesso em: 15/11/2016.

croissance du sang et d'obtenir un tissu de granulation en vue d'une greffe de peau mince⁷⁰.

No site do mencionado hospital suíço, além da definição do tratamento, como citei anteriormente, ainda é possível visualizar a descrição detalhada de como é realizado o procedimento:

Déroulement du soin

- Se frictionner les mains avec la solution hydro-alcoolique
- Mettre les gants
- Si possible, doucher la plaie ou la laver au NaCl 0,9%
- Détersion de la plaie si nécessaire (ce qui s'enlève facilement)
- Poser un tampon imbibé d'antiseptique aqueux sur la plaie (uniquement si plaie nécrotique ou fibrineuse) durant quelques minutes selon le produit
- Rincer la plaie et le pourtour avec du NaCl 0.9%
- Enlever les gants
- Se frictionner les mains avec la solution hydro-alcoolique et changer de gants
- Désinfecter la zone de ponction veineuse 3 fois
- Faire une prise de sang à titre indicatif: prélever 1ml de sang pour une plaie de 4cm²
- Ajouter dans la seringue de sang l'anticoagulant 500 UI / ml de sang
- Sécher le pourtour de la plaie
- Appliquer sur la plaie le sang hépariné à la seringue
- Recouvrir d'un pansement type hydrocoloïde
- Ajouter par dessus des grandes compresses (danger de fuites)
- Mettre un bandage tubulaire
- Enlever les gants
- Se frictionner les mains avec la solution hydro-alcoolique⁷¹

⁷⁰ Tradução livre: “Tratamento local de ferida crónica sem tecido de granulação utilizando sangue fresco do paciente, sob oclusão. O objectivo é criar uma promoção de cicatrização meio isento de fibrina com os fatores de crescimento no sangue e para se obter um tecido de granulação para um enxerto de pele”.

⁷¹ Tradução livre: “Procedimentos do tratamento: Curso de tratamento: Esfregue as mãos com solução hidroalcoólica; Coloque luvas; Se possível, lave a ferida no chuveiro com NaCl a 0,9%; Desbridamento se necessário (o que é facilmente removido); Peça uma toalha anti-séptica aquosa para a ferida (apenas se houver necrose ou fibrina na ferida) por alguns minutos, dependendo do produto; Lavar a ferida e a borda com NaCl a 0,9%; Retire as luvas; Esfregue as mãos com luvas à base de álcool; Desinfectar área de punção venosa 3 vezes; Faça uma indicação de coleta de sangue para uma ferida 1ml 4cm²; Adicionar para o anticoagulante sanguíneo seringa 500 IU / ml de sangue; Secagem da periferia da ferida; Aplique à ferida o sangue heparinizado na seringa; Cubra com um penso hidrocolóide tal; Adicionar em cima das embalagens grandes (risco de vazamentos); Para uma ligadura tubular; Retire as luvas; Esfregue as mãos com solução hidroalcoólica”.

A partir dessa informação, de que a AHT é usada no *Hôpitaux Universitaires Genève*, deduzo que tal técnica de saúde obtém (ainda que careça de aprofundamento) algum respaldo acadêmico, do contrário, não encontraria a tal informação sendo divulgada na internet.

4. DAS AGULHAS OCAS À INTERDIÇÃO DA AHT: SOCIOLOGIA E HISTÓRIA SOCIAL

Devido ao fato de esta pesquisa possuir “raízes temporais” anteriores ao ato “proibitivo” aqui em análise, acredito ser necessário apontar os conhecimentos até aqui adquiridos e que me permitem pensar a ação proibitiva à AHT como um processo que, como tal, possui certa temporalidade. Levar em conta a história da AHT é encarado nesta pesquisa como uma forma de “olhar distanciado”, que propicia afastar-se no tempo, e também no espaço, visando enriquecer a compreensão desta problemática em discussão. Desse modo, este capítulo tem a finalidade de situar o leitor na temática, para que nas seções seguintes fiquem claras as proposições da atual pesquisa. Não obstante a proibição à AHT ser um fenômeno contemporâneo (vale ressaltar que, apesar de haver uma data “específica” que funda a interdição à AHT, entendo que tal processo se inicia anteriormente ao ato legal), possui “raízes históricas” de longa data. Neste capítulo, situo-nos em tal contexto.

As “parcelas de realidade” (ou objetos) que despertam interesse dos pesquisadores sociais, assim como as pertinentes a outras áreas de conhecimento, possuem história (LATOUR, 1995). Dessa forma, é de importância basilar reconstituí-la almejando ter melhor embasamento teórico e empírico para compreender as problemáticas a serem pesquisadas no contexto presente. Assim, acredito ser importante que as Ciências Sociais, e a Sociologia em especial, aproximem-se da História Social, pois esta é uma disciplina que se profissionalizou na investigação das produções socioculturais observadas no transcorrer do tempo.

Como defende Burke (2012), os fundadores das diversas ciências sociais, notadamente a Sociologia (mas também a Antropologia, a Ciência Política, a Psicologia, entre outras), frequentemente recorreram às fundamentações produzidas pela História para desenvolverem seu próprio raciocínio, pois até o séc. XVIII inexistiam: não havia Sociologia (nem mesmo outras ciências sociais), apenas a História era reconhecidamente validada a se pronunciar cientificamente em relação aos assuntos

relativos às organizações sociais. Segundo Burke, os teóricos daquela época, frequentadores dos mesmos círculos sociais, ainda que volvessem suas reflexões para diferenciadas temáticas socioculturais, faziam-no segundo um mesmo “padrão”, a saber, o do “historiador filósofo”, uma vez que possuíam “a capacidade de enxergar o geral no específico” (BURKE, 2012, p 20).

Sendo assim, os teóricos sociais de meados do Séc XVIII, bem como os historiadores “pré-rankeanos”, tomavam como objeto de análise casos particulares para a partir daí realizar generalizações históricas. Ao passo que, consolidando-se as ideias do historiador alemão Ranke – que inaugura, a partir de seu interesse pelo estudo “de registros oficiais dos governos”, uma “nova História”, rompendo com historiadores (e portanto, também teóricos sociais) que ainda baseavam seus estudos na percepção “de avanços do comércio, artes, direito, usos e ‘costumes’” –, há um distanciamento mútuo entre historiadores e teóricos sociais, aqueles afastando-se das dimensões culturais ligadas às questões históricas, e estes “abandonando o passado” como meio de compreensão de problemáticas presentes (BURKE, 2012, p. 28). Tal afastamento é apontado pelo autor:

Durkheim faleceu em 1917 e Weber, em 1920. Por várias razões a geração seguinte de teóricos sociais afastou-se do passado. Os economistas foram atraídos para duas direções opostas. Alguns deles (...) coletaram dados estatísticos sobre o passado para estudar o desenvolvimento econômico, especialmente os ciclos comerciais... Outros economistas se afastaram cada vez mais do passado em direção a uma teoria econômica “pura”, calcada no modelo da matemática pura... Também psicólogos (...) voltaram-se para métodos experimentais que não poderiam ser aplicados ao passado. Trocaram a biblioteca pelo laboratório. Do mesmo modo, antropólogos sociais descobriram, em outras culturas, o valor do “trabalho de campo” no lugar da leitura de relatos de viajantes, missionários e historiadores... “O antropólogo”, afirmou ele [Malinowski], “deve renunciar à posição confortável na espreguiçadeira da varanda do complexo missionário, do posto de observação do governo ou do bangalô do colonizador”. (...) Os sociólogos também abandonaram a poltrona durante o estudo (em vez da espreguiçadeira na varanda) e começaram a extrair cada vez mais dados da sociedade contemporânea (*ibidem*, p. 28-29).

O distanciamento mútuo entre historiadores e teóricos sociais, segundo sugere Burke, é evidenciado, de forma mais contundente, a partir da “denúncia” realizada por Norbert Elias. Elias, segundo Burke, aponta que o surgimento da

Sociologia nos EUA aconteceu sob a égide do “recuo da Sociologia para o presente” e, mais grave, um presente que, na prática, quase não possuía embasamentos históricos como fontes de dados empíricos, pois, com a assimilação pela Sociologia das técnicas de pesquisa antropológica (bem como a invenção dos *surveys* como dispositivos de pesquisa), “os sociólogos geravam seus próprios dados e tratavam o passado como algo ‘bastante irrelevante’” (*ibidem*, p. 30).

Pretendendo uma reaproximação entre estas áreas do pensamento social, visando melhorar as possibilidades analíticas desta pesquisa, acredito ser necessário tentar, dentro das possibilidades de exequibilidade, “criar” a história da AHT. O tópico seguinte é uma tentativa nesse sentido.

4.1 O PASSADO DA AHT: BRASIL E EXTERIOR

A técnica de saúde ora em debate utiliza agulha e seringa como material básico de seu processo de tratamento. Acredito ser pertinente realizar uma breve problematização em torno do surgimento de tais materiais, procurando juntar elementos que ajudem no processo de análise do objeto em estudo.

As agulhas são um tipo de invenção humana muito antiga⁷², ao contrário do que, à primeira vista, se possa imaginar:

L'aiguille pleine est très ancienne. Fabriquée en os ou en bois de renne elle avait déjà permis à l'homme de Neandertal de coudre ses vêtements en peaux de bête pour traverser les époques glaciaires. Son usage médical est amplement attesté dès le II^e millénaire av. J.-C. pour suturer les plaies. L'aiguille creuse évoque en premier lieu l'injection intraveineuse ou intramusculaire et bien sûr les prélèvements sanguins en vue d'analyses. Pour trouver son inventeur, la tentation est de se tourner vers les premiers infuseurs qui au XVII^e s. furent les initiateurs de l'injection intraveineuse. Cette erreur a été commise par plusieurs auteurs. Mais ce n'est pas la bonne voie⁷³ (WYPLOSZ, 2003, p. 53).

⁷² Há, inclusive, quem defenda que, no processo de invenção das agulhas ocas, imitamos a natureza. Disponível em: <<http://alain.bugnicourt.free.fr/cyberbiologie/seringue/seringue.html>>. Acesso: 20/08/2015.

⁷³ Tradução livre: “A agulha sólida é muito antiga. Feita em osso ou de chifres de renas, ela já havia permitido aos neandertais a costurar suas roupas em peles de bestas para atravessar as eras glaciais. Seu

Como mostra a citação, a agulha é um artifício criado pelo homem há bastante tempo. As primeiras agulhas inventadas não eram ocas e serviam para costurar roupas, instrumentos domésticos e até mesmo suturar ferimentos.

No entanto, ainda há controvérsias em relação à “invenção” das agulhas ocas, que nos deram outras possibilidades de uso, inclusive uso terapêutico, uma vez que as agulhas não-ocas já serviam de artefato médico, na sutura de ferimentos, por exemplo. Até bem pouco tempo, acreditava-se que tal invenção devia-se à modernidade, ao período pós-Renascimento, época de ressurgimento das ciências etc. Mas pesquisas arqueológicas sugerem que pelo menos desde a antiguidade clássica já a usamos, inclusive de modo terapêutico. É o que sugere “La découverte est due au groupe de recherches archéologiques de Tournus et le travail d’identification confié à Michel Feugère, Ernst Künzl et Ursula Weisseret” (WYPLOSZ, 2003, p. 53).

Apesar de não ter conseguido acessar o artigo – *Les Aiguilles à cataracte de Montbellet (Saône-et-Loire). Contribution à l’étude de l’ophtalmologie antique et islamique* – relativo à pesquisa arqueológica em que se descobriram as agulhas ocas, até agora as mais antigas, e com indícios de uso médico, é possível encontrar publicações que o comentam. Desse modo irei, rapidamente, falar a esse respeito. Conhecer essas informações será útil mais adiante. Assim, os pesquisadores que desvendaram esses artefatos, na vila de Montbellet (França), no leito do rio Saône, apontam que as tais agulhas eram usadas em intervenções oftalmológicas:

Devant l’extraordinaire foison d’instruments médicaux découverts à Pompéi, on comprend l’étendue du savoir des médecins et des techniques mises en œuvre pour la guérison des malades: scalpel, bistouri, crochet, **aiguille à cataracte**, cautère, pince chirurgicale, lancette, ventouse, canule, seringue, clystère, speculum, trépan, bandage hernière, specillum, spatule, cuillère...

uso médico é amplamente atestado a partir do segundo milênio antes de Cristo na sutura de feridas. A agulha oca evoca primeira injeção intravenosa ou intramuscular e, claro, as amostras de sangue para análise. Para encontrar o seu inventor, a tentação é a de se voltar para os primeiros infusores que, no século XVII. foram os precursores da injeção intravenosa. Este erro foi cometido por vários autores. Mas este não é o caminho certo”.

de tailles très variées permettaient de multiples interventions, que nous ne savons plus nécessairement interpréter aujourd’hui. Les interventions les plus banales consistaient à réduire les fractures en remettant les os en place, puis en bandant le membre touché. Les plus complexes pouvaient être viscérales, comme l’appendicite, puisque l’on pratiquait le drainage d’abcès de la fosse iliaque droite⁷⁴. (OLMER, 2009, p. 166) [grifo meu].

Assim, descobriu-se que as agulhas ocas possuem origens mais antigas do que se imaginava. Realizar esse apanhado histórico é importante para considerar que as incursões oftalmológicas efetivadas com o uso de agulhas ocas em cirurgias de catarata, permitem pensar na possibilidade de que tais ferramentas tenham sido usadas para além das intervenções oculares; como o próprio médico Nicolau já havia cogitado, em relação à existência de uma maneira “arcaica” de AHT, ao descrever o uso de sangue autólogo por uma etnia do continente africano, que realizava cortes nos braços e deixava o sangue cair em feridas abertas na perna.

Segundo aquele médico, em razão de fatos como este, a AHT só poderia ser considerada moderna se o critério para esta classificação fosse o uso das “agulhas”. Desse modo, se há evidências da existência de agulhas ocas que remontam, pelo menos, à antiguidade romana, é plausível pensar que ela possa ter adquirido uso semelhante ao que hoje propicia a inoculação de remédios e à própria terapêutica. No entanto, seriam necessários maiores avanços arqueológicos para investigar se a invenção da AHT é anterior aos séculos XIX/XX.

Por hora, apresento mais dados recolhidos na pesquisa documental. Assim, o uso de jornais e outros documentos antigos se justifica em razão de ser uma forma de apreender a visão sobre a medicina, através da concepção sobre a AHT. Dito de outra

⁷⁴ Tradução livre: “Antes da extraordinária abundância de instrumentos médicos encontrados em Pompéia, entendemos a extensão do conhecimento de médicos e técnicas utilizados para curar os doentes: bisturi, faca, gancho, agulha de catarata, cauterização, pinças cirúrgicas, lanceta, ventosa, bocal, seringa, enema, espéculo, broca, bandagem de hérnia, ‘specillum’, espátula, colher ... de tamanhos muito variados permitiram que múltiplas intervenções, que não necessariamente sabemos como interpretar hoje. As intervenções mais banais eram reduzir fraturas, recolocando o osso no lugar, em seguida, colocando bandagem no membro afetado. As intervenções mais mundanas eram reduzir fraturas, entregando osso no lugar, em seguida, bandagem do membro afetado. As mais complexas poderiam ser visceral, como apendicite, desde que praticada drenagem de abscesso na fossa ilíaca direita”.

forma, ao pesquisar a compreensão médica (no passado) sobre a referida prática, tem-se um quadro sobre a concepção de ciência em voga até então. Desse modo, o principal material usado para analisar as questões inerentes a esta pesquisa é, prioritariamente, de ordem primária: jornais e documentos relativos à AHT; e, não menos importante, de fontes secundárias: livros e outros escritos que ajudem a refletir sobre as problemáticas aqui em análise.

Passemos aos arquivos de jornais antigos. O leitor que, em março de 2007, lê uma notícia apresentada em forma de “Alerta”, a exemplo da que foi veiculada pelo *Jornal Fluminense*⁷⁵ em 30/03/2007, e escrita pelo CREMERJ, deverá pensar que seria a prática aqui em questão algo “inventado” recentemente:

ALERTA – Graças a informações de que médicos de algumas regiões do Estado vêm preconizando o uso da hetero e auto-hemoterapia como método terapêutico para doenças infecciosas, neoplásticas, alérgicas e outras, o Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ) está alertando médicos e população que esta técnica não tem suporte científico. *Não há na literatura médica referência a trabalho científico que comprove e recomende a utilização da prática.* Esta técnica coloca em risco a saúde do paciente sem qualquer perspectiva de efeito benéfico [Grifo meu].

No entanto, essa impressão não condiz com a realidade. Para verificá-la nem é necessário recorrer à “memória médica”, basta buscar a mesma ferramenta metodológica, a saber, consulta a jornais antigos, disponíveis em hemerotecas virtuais por diversos países, para perceber que os profissionais de medicina iam aos meios de divulgação popular a fim de apontarem a AHT como terapêutica médica válida e, o mais interessante de ser observado, cientificamente respaldada.

Ao acessar o site da Biblioteca Nacional, na seção hemeroteca, deparei-me com algo flagrante. Uma matéria veiculada no Jornal pernambucano *O Pequeno* torna pública a “Reunião Médica Pernambucana: sessão preparatória”. O periódico referido anteriormente noticia os temas que iriam ser discutidos posteriormente, no encontro daquele ano. Destaque:

⁷⁵ Os periódicos citados estão organizados por assunto apresentado e data, contendo os respectivos links em que podem ser acessados. Vide Apêndices I e II, acompanhados de breve descrição do tema tratado.

Presentes os drs. (...) e Edgar Altino, secretário geral da “Reunião”. Foram lidos os nomes dos novos relatores com os títulos de suas respectivas theses, a saber: Dr. Adalberto Cavalcante – Epilepsia e a auto-hemoterapia

O texto, para minha surpresa, data de 20 de fevereiro de 1923 e publiciza o encontro daquela organização de médicos que ocorreu no dia seguinte, 21 de fevereiro de 1923. Em 21 de fevereiro de 1923, o mesmo jornal voltou a noticiar a tal reunião, apontando que o médico Adalberto Cavalcante apresentaria sua tese discutindo casos clínicos.

Figura 08: Anúncio de uma reunião de médicos pernambucanos.

REUNIÃO MÉDICA PERNAMBUCANA
SESSÃO PREPARATORIA

Presentes os drs. Anastagosto, Armando Marques, Otávio de Freitas, Selva Junior, Meira Lima, Fernando Simões Barbosa, Augusto Leite, Barros Lima, Leopoldo de Araújo, Otávio Alvares, Arnaldo Reis, Alcides Codacosta, Francisco Figueiredo, Armando Tavares, Agnes Magalhães, Alvaro Figueiredo, João Amorim, Mário Ramos, Thomaz Dias, Adalberto Cavalcante, Antonio Lima e Edgar Altino. Foi aberta a sessão pelo presidente da Sociedade de Medicina, dr. Selva Junior, secretário geral dos Agnes Magalhães, 1.º secretário da sociedade e Edgar Altino, secretário geral da "Reunião".

Foram lidos os nomes dos novos relatores com os títulos de suas respectivas theses, a saber:

Dr. Adalberto Cavalcante.—Epilepsia e auto-hemoterapia;
Dr. Aurelio Domingues.—Assistência a Alienados;
Dr. Armando Tavares.—Causas de mortalidade infantil; meios de combatel-as;
Pharmacologico Hildeberto Vasconcelos.—Preparação de Medicos Antifebraes;
Dr. Antonio Lima.—Da cirurgia conservadora dos ovarios;
Dr. Ulysses Faro.—O problema do Iriguená;
Professor Barros Lima.—Epilepsia total;
Dr. Agnes Magalhães.—Granulopio aureofila;
Professor Otavio de Freitas.—Assistencia hospitalar;
Dr. Alvaro Figueiredo.—Do valor curativo do soro antitetânico;
Dr. Arnaldo Reis.—O Infante em clinica infantil.

O sr. presidente, depois de congratular-se com os colegas presentes pelo entusiasmo e proveito da reunião, pelo numero elevado de trabalhos importantes que vão ser relatados, convidou a dr. Anastagosto para dirigir os

trabalhos e encareceu como elemento importante em ponto pitoresco desta capital. Estabelecidas estas bases, o dr. Anastagosto convidou o dr. Armando Marques para ocupar a cadeira de presidencia e assim dirigir a organização da ordem do dia da sessão inaugural.

Sob uma nova manifestação de palavras o dr. Armando Marques assumiu a presidencia e offereceu a casa a seguinte organização do ordem do dia, que foi aceita unanimemente:

1) Assistência hospitalar.—Prof. Otavio de Freitas;
2) Da conduta de parto na presença da mãe.—Prof. Selva Junior;
3) Granulopio aureofila.—Dr. Agnes Magalhães;
4) Complicações post-lepartômicas.—Dr. Augusto Leite;
5) Esquistossoma.—Prof. Barros Lima;
6) Causas de mortalidade infantil; meios de combatel-as.—Dr. Armando Tavares.

Da primeira conferencia e da presidencia dos trabalhos da primeira sessão ficou incumbido, por aclamação geral, o prof. Armando Marques. Esta conferencia versou sobre Chagas tramatizos.

A mesa da sociedade de Medicina irá pessoalmente convidar as autoridades do Estado e imprensa.

O recinto da sociedade será inaugurado a todas as pessoas decentemente trajadas.

DURÃES CARDOZO & C
FABRICA ZENITH

Jornal O Pequeno, de 20 de fevereiro de 1923

Ao verificar que aqui no Brasil a AHT era praticada legalmente e respaldada cientificamente pela comunidade médica, perguntei-me se no exterior também isso poderia ser observado. Dessa forma, ao pesquisar em hemerotecas *on line* no exterior,

foi possível constatar que, naquela época, não estávamos, em termos de conhecimento médico, defasados em relação à Europa, por exemplo, pois é por esse período que naquela região se começa a verificar que AHT vira tema científico e, tal como aqui, igualmente noticiada em meios populares, como é possível ver a seguir:

La gripe en el extranjero

En Bohemia.

PARÍS 28.— Noticias de procedencia suiza dicen que en Bohemia hace grandes estragos la epidemia gripal, la cual ha degenerado en una enfermedad mortal. Todos los atacados mueren antes de las seis horas, habiéndose ordenado el cierre de los teatros, cafés etc. Los médicos se declaran impotentes para atajar tan terrible dolencia.

En Francia.

PARÍS 28.— Decrece la gripe en el Mediodía de Francia, merced a un nuevo sistema curativo. Trátase de un método, en el que se combinan la autohemoterapia y la coloidoterapia. La primera consiste en inyectar al enfermo subcutáneamente su propia sangre, y la segunda en poner á la disposición del organismo enfermo metalas colcicales. Parece ser que esta combinación exalta la potencia defensiva del organismo, porque tratados así, los enfermos de gripe curan rápidamente, y no llegan á sufrir complicaciones graves⁷⁶.

Aquela notícia foi registrada em setembro de 1918, em dois jornais espanhóis, simultaneamente, *La época* e *La Correspondencia de España*, em que se descreve como, na França de inícios do século XX, a AHT gozava de certo prestígio científico, inclusive fora do país, ao servir como referência no tratamento da epidemia que veio a ficar conhecida como gripe espanhola. Esta epidemia teve proporções tão grandiosas que, na Espanha, até o rei foi infectado, como é possível constatar a seguir:

El Rey, enfermo El subsecretario de Gobernación manifestó esta madrugada que S. M. el Rey está enfermo de gripe y que, aunque tiene fiebre, la doencia no presenta caracteres de importáncia. El señor Dato, que visitó ayer al Monarca, es quien ha comunicado la noticia al Gobierno. **Impresiones oficiales** El subsecretario de Gobernación facilitó esta madrugada las siguientes noticias: En Fuenterrabía, Irun y Villafranca decrece la epidemia. Permanece estacionaria en San Sebastián, pero la mortalidad disminuye. Han ocurrido en las últimas cuarenta y ocho horas 18 defunciones, y de ellas, sólo tres, por la epidemia. En Salamanca aumenta la epidemia y decrece en los

⁷⁶ Vide Apêndice B, matéria Nº 3

pueblos de la provincia. Dicen de Burges que en Peñaranda de Duero hay muchos atacados, entre ellos el médico y el boticario. Se han registrado cinco defunciones, y el número de atacados en la provincia es de 700. En Cabrejas del Pinar y otros lugares cercanos hay 300 casas. En Herrera, 60, todos benignos. En Gerona los casos que se registrar son benignos, y no es cierto que se hayan registrado casos de disentería. En Almería se reciben noticias de que en Garrucha hay muchos casos, estando el vecindario muy alarmado. **¿Un nuevo sistema curativo?** Los periódicos del Mediodía francés dicen que va decreciendo la epidemia de gripe española gracias a un nuevo sistema curativo. Trátase de un método en el que se combinan la autohemoterapia, y la coloidoterapia. La primera consiste en inyectar al enfermo subcutáneamente su propia sangre, y la segunda, en [conteúdo ilegível no documento digitalizado] a la disposición del organismo enfermo [conteúdo ilegível no documento digitalizado] coloidales. Parece ser que esta combinación exalta la potencia defensiva del organismo, porque tratados así los enfermos de gripe curan rápidamente y no llegan a sufrir complicaciones graves [grifos da publicação original].

Encontrada no jornal hispânico “El Globo” de 30/9/1918, a reportagem possibilita uma “visão geral” das proporções que alcançou, na Europa, e especificamente na Espanha, a epidemia. Disseminada em todos os estratos sociais, dos mais economicamente vulneráveis aos mais ricos, a gripe hispânica causou grandes problemas sociais. Mesmo não sendo o foco dos debates aqui desenvolvidos, são vastos os estudos sociais que problematizam aquela pandemia. Silveira (2005) disponibiliza um entre tantos bons estudos a respeito. A autora afirma:

Quando a pandemia de influenza espanhola irrompeu, em 1918, a comunidade médica internacional viu-se diante de um grande mistério. Como explicar que uma moléstia tão ordinariamente branda pudesse provocar tanta desordem e morte, como fazia por praticamente todo o mundo, no segundo semestre daquele ano? As investigações realizadas logo após as últimas experiências epidêmicas da moléstia resultavam em pouco progresso, fazendo da influenza uma das patologias menos conhecidas pela medicina, nos primeiros anos do século XX. Entre as características reconhecidas da moléstia estavam sua extrema contagiosidade e difusibilidade e seu caráter proteiforme – isto é, que se apresenta sob formas variadas, determinando a ausência de uma sintomatologia própria – o que dificultava a percepção e a identificação clara dos primeiros casos e fazia supor a ineficácia de qualquer medida preventiva (...) Em 1918, quando a pandemia de espanhola começava a expandir-se, a comunidade médica permanecia imersa nas mesmas controvérsias a respeito da causa e da profilaxia da influenza. **Além das incertezas que caracterizavam o saber médico, havia muitas dúvidas sobre a verdadeira natureza daquela moléstia** (SILVEIRA, 2005) [grifo meu].

A investigação realizada por esta pesquisadora ajuda a pensar como é repleto de controvérsias o saber/fazer biomédico, controvérsias as quais uso como material para embasar a hipótese de que, concomitante à racionalidade instrumental (dimensão cognitiva da ação médica, aqui vista como sinônimo para racionalidade científica), há uma racionalidade política que influencia não apenas a produção de conhecimento biomédico, como as “interdições” existentes no meio social da biomedicina.

Chamo atenção para o fato de que, aqui no Brasil, antes da Reunião Médica Pernambucana – publicada no jornal *O Pequeno* –, a imprensa nacional já havia noticiado em seus periódicos o uso da AHT. As notícias publicadas no periódico de Pernambuco, *O Pequeno*, nos dias 20 e 21 de fevereiro de 1923, não são as primeiras a se referirem à prática da AHT entre os médicos brasileiros. Nos dados documentais que organizei, consegui identificar uma matéria anterior àquela da publicação pernambucana. Interessante é o fato de o registro referir-se ao uso dessa técnica, assim como na Espanha, no combate à Influenza (Gripe Espanhola). Refiro-me ao tabloide *O Jornal*:

Hontem [4/11/1918], nos principais cemitérios, foram enterradas 574 pessoas (...). O tratamento pela auto-hemoterapia tem dado excelentes resultados, não havendo até agora um só caso de óbito nos doentes submetidos a esse processo⁷⁷ [grafia original do periódico em análise].

Este trecho é referente à edição do dia cinco de novembro de 1918. A matéria exhibe os problemas que a população brasileira vivenciava na época, com a gripe espanhola que se alastrou pelas principais partes do globo.

À primeira vista, parece que, pelo menos em termos de conhecimento médico científico, em inícios do século passado há indícios que me fazem pensar haver certo grau de interação e trânsito de conhecimentos entre países. No entanto, essa questão, que foge ao escopo da pesquisa, não será verificada em profundidade. Mas, constatar médicos brasileiros “reclamando” para si reconhecimento no que diz respeito

⁷⁷ Vide Apêndice A, matéria Nº 5.

à “invenção” da AHT faz com que essa suposição precise ser melhor pensada noutra pesquisa.

Devido ao caos proporcionado pela Gripe Espanhola, abundam documentos nos quais é possível verificar o amplo uso da AHT. Não era apenas nos jornais de circulação maciça que se presenciava publicamente a “prescrição médica” referente à AHT. É possível que os meios apenas tenham reproduzido o que a “imprensa especializada” na divulgação científica já havia feito, a saber, legitimar o uso da mencionada técnica como válida na terapêutica médica. Vejamos como exemplo: o periódico *España Médica*, de 1º de janeiro de 1919, dedica o primeiro exemplar do ano a tratar, em seu primeiro artigo, dos meios para curar a Gripe, com o título *Estudios importantes acerca de la gripe*:

CONCLUSIONES

1ª Con el nombre de autoseroterapia, designo el procedimiento curativo de las localizaciones infecciosas en el aparato respiratorio, y que consiste en inyectar al enfermo cantidades variables de serosidad obtenida en el mismo, mediante vexicación por vejigatorio cantaridado.

2ª La autoseroterapia (inyección de suero de la sangre, de la sangre misma – auto-hemoterapia – y de los exudados serosos, natural o artificialmente producido — ascitis, hidrocele, pleuresía, vejigatorio—) obra en los casos en que está indicada por mecanismos biológicos mal determinados aun, pero de visible energía y eficacia curativa.⁷⁸

No entanto, cabe investigar a “genealogia” dessa terapêutica, uma vez que se constatou, a partir dos noticiários espanhóis citados, que o tratamento conhecido como Auto-Hemoterapia foi utilizado antes na França (como observado nos periódicos para o tratamento da Gripe Espanhola que também se disseminou por esse país) em 1918, sendo aplicado e reconhecido como tratamento médico.

Não almejo tornar a presente pesquisa uma “grande genealogia” da AHT, no entanto, é proveitoso tomar a proposição foucaultiana, para melhor delinear o “objeto” aqui em análise. Dessa forma, Foucault nos sugere:

Daí, para a genealogia, um indispensável demorar-se: marcar a singularidade dos acontecimentos, longe de toda finalidade monótona; espreitá-los lá onde

⁷⁸ Vide Apêndice B, matéria Nº 04.

menos se os esperava e naquilo que é tido como não possuindo história – os sentimentos, o amor, a consciência, os instintos; apreender seu retorno não para traçar a curva lenta de uma evolução, mas para reencontrar as diferentes cenas onde eles desempenharam papéis distintos; e até definir o ponto de sua lacuna, o momento em que eles não aconteceram (...) É preciso entender por acontecimento não uma decisão, um tratado, um reino, ou uma batalha, mas uma relação de forças que se inverte, um poder confiscado, um vocabulário retomado e voltado contra seus utilizadores, uma dominação que se enfraquece, se distende, se envenena e uma outra que faz sua entrada, mascarada. As forças que se encontram em jogo na história não obedecem nem a uma destinação, nem a uma mecânica, mas ao acaso da luta (FOUCAULT, 1984, p. 15; 28).

Portanto, não pretendo apontar a data de “nascimento” da interdição à AHT, mas, antes, como se construiu o processo que torna tal prática não mais válida, pelo menos do ponto de vista da biomedicina. Assim, é importante demonstrar que, na França, também há publicações sobre o uso médico científico da AHT. Arquivei uma pesquisa apresentada em um periódico acadêmico, *L'Indépendance médicale* (Paris) [vide figura 09], escrita em 25/11/1912. O artigo: *Iso-Séro-hémothérapie*⁷⁹, assinado pelos pesquisadores docteur J. Sabrazés e H. Bonnin, analisa diversificadas terapias com sangue, animal e humano.

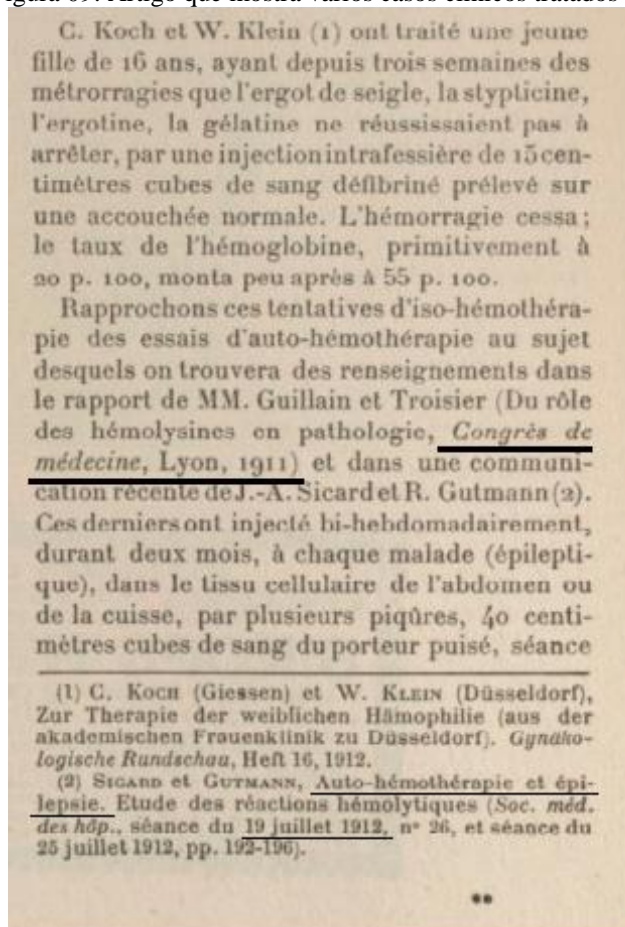
Nesse texto, J. Sabrazés e H. Bonnin discutem, através de casos clínicos realizados por outros profissionais, variadas terapias sanguíneas (algumas chegavam a empregar o sangue de animais para produzirem soro de uso terapêutico). Os autores também comentam sobre a AHT a partir de um caso clínico atribuído a A. Krokiewicz, que tratou um paciente da seguinte forma:

Injecte dans le cancer de l'estomac, de l'utérus, du sein, 6 centimètres cubes de sang prélevé chez le malade lui-même au pli du coude. Il pratique ces injections à des intervalles de huit à dix jours sous la peau du thorax. L'état général s'améliore; les douleurs, les vomissements s'amendent; le poids augmente. L'auteur pense que l'auto-hémothérapie, pratiquée après l'opération du cancer, pourrait contribuer au rétablissement du malade.⁸⁰

⁷⁹ Vide Apêndice B, matéria N° 02.

⁸⁰ Tradução livre: “Injecta no câncer de estômago, útero, mama, 6 centímetros cúbicos de sangue colhido a partir do próprio paciente, na dobra do cotovelo. Realiza estas injeções em intervalos de oito a dez dias, sob a pele do peito. A condição geral melhora; dor, vômitos fazem as pazes; o peso aumenta. O autor pensa que a auto-hemoterapia, praticada depois do câncer de cirurgia pode contribuir para a recuperação do paciente. Vide Apêndice B, matéria N° 02.

Figura 09: Artigo que mostra vários casos clínicos tratados com a AHT



Fonte: *L'Indépendance médicale*. Vide Apêndice B.

Essa citação corrobora a ideia de que, mesmo na academia, a AHT era amplamente conhecida e aceita em “bases científicas”. É possível constatar essa proposição ao ver, ainda no mesmo artigo aqui em discussão, que outros dois clínicos, C. Koch e W. Klein, utilizaram a AHT.

Ainda em relação ao artigo publicado em *L'Indépendance médicale*, vê-se, que C. Koch e W. Klein (citados no artigo de J. Sabrazés e H. Bonnin) mencionam a pesquisa de Sicard et Gutmann, publicada em 19/07/1912, no periódico Société Médicale des Hôpital. Não é possível trazer ao corpo do texto todos os artigos que

tematizam a AHT, por isso, estão disponíveis para consulta – no Apêndice B – aqueles que serviram à investigação, mas que não são (em razão do espaço) transcritos.

Aqui no Brasil, é durante a década de 1930 que se concentra a maior quantidade de informações referentes ao uso da AHT, veiculadas em periódicos nacionais. Foi possível identificar, entre as matérias de jornais, desde textos escritos, visando propiciar à população conhecimentos acadêmicos a respeito da técnica (geralmente em colunas sobre ciência), até propagandas de profissionais de Saúde que ofereciam seus serviços em tais meios públicos, passando ainda por questões de concursos públicos que problematizavam o uso da AHT. Desse modo, têm-se outras importantes informações, a exemplo de:

Com a presença de numerosas pessoas e da imprensa, o conhecido clínico dr. Carlos Grey inaugurou horem, à rua São José (...) um moderno consultório médico para tratamento pela auto-hemo-terapia na tuberculose, lepra e câncer, assim como das moléstias das senhoras, da pele, nervosas, venéreas e aparelho respiratório. O dr. Carlos Grey, que recebeu muitos cumprimentos de colegas e pessoas amigas, ofereceu os seus serviços à Associação Brasileira de Imprensa (matéria de 05/08/1931) [grafia original do periódico em análise].

O médico Carlos Grey investiu na propaganda de seus serviços nos jornais. É possível constatar sua publicidade profissional no *Jornal Diário da Noite 2ª edição* (em que foi publicada a propaganda anteriormente citada), e ainda em outro periódico, *O Jornal*, que durante os meses de agosto e setembro, do ano 1931, publicou onze vezes a oferta das “artes e ofícios” do médico Carlos Grey, como um profissional especialista em AHT. Para que Grey tenha se sentido à vontade na ação de divulgar sua atividade, certamente havia ambiente sociocultural propício.

Pude perceber que, além de médicos tais como o senhor Carlos Grey, outros profissionais também ofertavam seus serviços nos periódicos nacionais. É o caso do anúncio reproduzido na Figura 10, de um enfermeiro⁸¹ que aplicava a terapia.

⁸¹ É importante notar que, em relação aos “especialistas” em AHT, aparentemente não havia disputa pelo “monopólio” do uso da técnica.

Dessa forma, é simples constatar que havia alguma legitimidade social em relação à prática da AHT. A seguir, gostaria de chamar atenção para outro fato importante: assim como na Espanha ou na França de inícios do XIX, no Brasil é possível identificar, além da legitimidade social atribuída por setores da sociedade da época, uma legitimidade científica.

Figura 10: Propaganda dos serviços de saúde prestados por um enfermeiro



Fonte: Jornal do Brasil, 22/06/1937 (Vide Apêndice A)

A medicina acadêmica desse período aceitava a técnica conhecida como AHT do ponto de vista da racionalidade científica. Faço essa inferência a partir das informações disponíveis nos jornais (entre outros documentos, tais como, no caso português, uma tese doutoral e dissertação de mestrado em medicina, defendidas na Universidade do Porto [Vide Apêndice B]) pesquisados. A observação dessas fontes me possibilitou perceber que na primeira década de 1900, alguns periódicos costumavam disponibilizar a seus leitores matérias com discussões “acadêmicas”. Então, é observável a existência de espaços tais como no *Jornal a Noite*, por exemplo, a “Coluna Médica”. Ou ainda, em *A Manhã*, Resenha científica, entre outros.

Assim, além da propaganda, durante a década de 1930, os periódicos vez ou outra publicizavam, em colunas especializadas em temas científicos, debates referentes à AHT. Essa informação é verificável, por exemplo, em *Jornal do Brasil*, edição de 03/01/1930:

Em poucas palavras, a autohemoterapia é a cura das doenças com o sangue do próprio doente, e consiste em tirar o sangue da veia e injetá-lo debaixo da pele ou nos músculos no mesmo instante, sem juntar-lhe cousa alguma. Tal é a autohemoterapia simples e vulgar. Mas, ao lado dela, existe a autohemoterapia que utiliza somente os glóbulos vermelhos. Pretende o Cr. Caride que só esta é que cura. Mas desde que o Sr. Caride publicou seu livro, em 1924 até hoje, já se passou muito tempo e os factos accumulados

provaram que ele não tem razão. Se a injeção do sangue total não tivesse resultado algum, ninguém a usaria. Mas esta está sendo usada cada vez mais... [grafia original do periódico em análise].

Aquilo que ainda se vê presente, hoje, no Parecer do CFM, é alvo de discussões médicas há décadas, praticamente desde o surgimento da AHT (refiro-me à controvérsia referente à eficácia dos “tipos de AHT”). Nesse texto publicado no periódico anteriormente citado, vê-se a defesa da prática da “auto-hemoterapia simples” (denominada “propriamente dita” ou “clássica” pelo Parecer do CFM) frente à “versão” que usa reinjeção da parte que contém apenas os glóbulos vermelhos que, segundo o CFM (PARECER CFM nº 20/11), é denominado Plasma Rico em Plaquetas (PRP): “o PRP é preparado a partir do sangue total (ST) anticoagulado, que é submetido à centrifugação” (RESOLUÇÃO CFM Nº 2.128/2015). Essa técnica, considerada pelo próprio órgão como uma variante da AHT, está permitida: “o Parecer CFM nº 20/11, que considera o uso do PRP como tratamento experimental, continua essencialmente válido” (RESOLUÇÃO CFM Nº 2.128/2015).

A discussão daquele médico, autor do texto publicado no *Jornal do Brasil* de janeiro de 1930, em parte, é a mesma travada ainda nos dias de hoje pois, assim como nessa publicação do periódico anteriormente transcrito (publicado na década de 1930), o Parecer do CFM esforça-se para classificar qual tipo de AHT é verdadeiramente efetivo. Além do PRP, o CFM reconhece outra “forma” de AHT, denominada Tampão Sanguíneo Peridural. Vejamos a “defesa” do Tampão Sanguíneo Peridural, realizada pelo relator do parecer em questão: “we believe that epidural blood patching should be reserved for exceptional cases only (such as) post-dural puncture headache complicated by subdural hemorrhage or disabling headache after one week or more” (PARECER CFM Nº12/07).

Continuando a análise da fala do médico Nicolau, autor do texto aqui discutido, vemos – além do discurso etnocêntrico que marginaliza as subjetividades de um país do continente africano (naquele momento, colônia europeia) – informações referentes à ampla prática da técnica:

Agora mesmo, chega-nos de Túnis, África francesa, a notícia do valor desse meio terapêutico nos climas quentes. Estamos lendo um trabalho de Caillau, na *Revue Tunisienne des Sciences Medicales*. E não pensem que por se tratar de uma colônia, por se tratar de um pedaço da África, Túnis não mereça importância, sob o ponto de vista científico. Tomamos a liberdade de lembrar aos leitores, antes de tudo, que Túnis se acha a cerca de 35 graus longe do Equador, em clima quase igual ao europeu e onde a civilização já teve o seu quartel. Allí perto era a histórica e grande Carthago. Isso quanto aos tempos antigos. Quanto aos modernos, bastará citar um nome: Nicolle! Qual o cultor de ciência médica que não saiba de cór, pelo menos, meia dúzia de trabalhos científicos do diretor do Instituto Pasteur de Túnis? Nesse recanto da África se houve, outrora Carthago, há hoje um Instituto Pasteur! Como nasceu a autohemoterapia? Segundo Brosenius, o uso do próprio sangue com fins therapeuticos, era prática antiga entre os indianos. Na Abyssinia [conteúdo ilegível no documento digitalizado], dos males tratam-se com o próprio sangue e outros [conteúdo ilegível no documento digitalizado], com o ferro em braza. Caride, dá-lhe uma origem toda moderna. Apresenta-a como filha do século XX... e dele, Caride⁸² [grafia original do periódico em análise].

Desperta atenção, neste trecho da reportagem, a alusão à antiguidade do uso de sangue autólogo enquanto recurso terapêutico. Não consegui, com os meios de pesquisa disponíveis (restritos apenas à pesquisa virtual), acessar fontes (o médico cita Brosenius, e nada mais, sem referenciar o autor) que mencionassem a informação do uso de sangue autólogo entre indianos em tratamentos de doenças. No entanto, como já apontei neste estudo, seguramente, nas primeiras décadas do século passado, a técnica já havia domínio da técnica entre os europeus, o que não descarta a possibilidade de sua prática não se limitar à Europa, podendo ser seu primeiro uso, em outras localidades, anterior aos inícios do século XX. Continuemos a examinar a fala de Nicolau:

[A autohemoterapia] Teria, de facto, uma base moderna: se o uso de injeções hypodermicas é moderno, a autohemoterapia não pode ser antiga. Mas ele ignora que os negros da Abyssinia (observação pessoal nossa!) [original do texto] praticam mais habitualmente a sangria no antebraço e deixam cair o sangue sobre a perna do mesmo lado, previamente escarificada! E o próprio Caride Masíni, sem querer, apoia esse princípio therapeutico que vimos aplicar na velha Ethiópia. Conta que, no congresso médico realizado em Montevideo, em 1901, um médico italiano, o dr. Vars, comunicou a cura de peritonites tuberculosas, com uma simples (conteúdo ilegível no documento digitalizado), isto é, unicamente abrindo a cavidade abdominal. Esse facto, que era interpretado pela benéfica ação do ar e da luz, directamente sobre as lesões, interpreta-o Caride como um resultado de autohemoterapia, isto é, que o sangue derramado na operação curava a

⁸² Vide Apêndice A, matéria Nº 17.

doença. Notem bem. Ahí se trata de sangue *total* e não somente de glóbulos vermelhos: e... sem injeção, tal como fazem os pretos de Massaua (...). Aliás, como verdadeiro cientista, o dr. Caride Masini, diz que há 400 anos antes de Christo, Hipócrates, o grande velho de *Cós*, apontava o *Vis nature curantur*, isto é, que *los enfermos se curan por una fuerza de la natureza* (Caride, “Autohemoterapia”. p.1).

Certamente, na época em que se publicou essa fala do médico Nicolau, a arqueologia não havia realizado importantes descobertas, a exemplo dos registros referentes à existência, durante a Idade Antiga ocidental, de agulhas ocas usadas em tratamentos médicos, como apontei em capítulo precedente.

E nos tempos de Hipócrates, **evidentemente, não havia injeções...** Por uma gentileza de nosso distinto amigo, o Sr. Dupy-De Lôme, representante de *La Prensa*, de Buenos Aires, visitamos em 1924, o Dr. Caride no Hotel Riachuelo. Deu-nos os seus livros, iniciou-nos em suas teorias e o bondosíssimo cientista brasileiro, prof. Henrique de Aragão, do Instituto Oswaldo Cruz, auxiliou-nos na arte de triturar os glóbulos vermelhos, no início da aplicação desse método. Acreditávamos, então, que só [conteúdo ilegível no documento digitalizado] os glóbulos vermelhos curavam. Agora, depois de cinco annos de prática, podemos afirmar que não pensamos mais assim. A autohemoterapia, mesmo nos casos em que ella é indicada [dor de cabeça chronica, asthma, furunculose, prurido, etc.] nem sempre dá resultados definitivos. Mas, quando dá bons resultados, tanto faz ser o sangue total, como só os glóbulos vermelhos triturados. Parece-nos não haver a menor importância nessa separação”. Autoria: Dr. Nicolau⁸³ [grafia e grifos originaes do periódico em análise].

As pesquisas arqueológicas realizadas às margens do rio Saône, demonstram que em Roma (e possivelmente em outros sítios datados da mesma época) se contrapõem a essa proposição. Mesmo não sendo possível afirmar que as agulhas ocas utilizadas em tratamentos de catarata tenham adquirido uso em tratamentos sanguíneos, sua utilização em tratamentos oculares já fornece indícios suficientes para, minimamente, iniciarem-se pesquisas na tentativa de mapear sua utilização médica para além do campo oftalmológico.

Voltando aos textos de jornais, há registro de outras reportagens em colunas jornalísticas semelhantes àquela (Vide Apêndice A). Irei ater-me, nas páginas que se

⁸³ Vide Apêndice A, matéria Nº 17.

seguem, com mais atenção à matéria do *Jornal do Brasil*, que na verdade é a publicação de um discurso proferido na Academia Nacional de Medicina. Apesar de longo, irei transcrevê-lo na íntegra, dada sua relevância para a compreensão das concepções relativas ao pensamento médico acadêmico daquela época [04/08/1936]:

Sr. presidente – o nosso eminente e presado colega, o professor Aleixo de Vasconcelos, em sua interessantíssima lição sobre *Soros harmônicos*, fez-me a honra de referi, com destaque, os meus estudos Auto-terápicos, com uma alusão ao meu humilde nome, que muito me desvanece, tanto mais quando o orador a que aludo é um dos cientistas de [conteúdo ilegível no documento digitalizado] saber, em sua especialidade, da nossa pátria. Chamado assim individualmente pela respeitável palavra do orador, não me licito deixar de escutar a sua voz de comando para vir perfilar-me na linha de frente. Não conhecendo a técnica do [conteúdo ilegível no documento digitalizado] acadêmico, diz o orador, que ele denomina *vacina do próprio sangue*, inclino-me a pensar que o seu método é seguramente o da auto-hemoterapia, que, nas suas mãos hábeis tem logrado sucessos dignos de nota, conforme temos tido conhecimento pelas suas comunicações às sociedades médicas do país⁸⁴ [grafia e grifos originais do periódico em análise].

Desse modo, faz-se importante destacar que, logo na introdução do discurso proferido por aquele profissional de medicina, é fácil a percepção de que a AHT não era praticada “às escuras”, longe dos olhos atentos da “comunidade médica”. Muito ao contrário, divulgava-se a técnica médica como uma grande descoberta que poderia e deveria ser difundida. Daí, o médico autor do discurso, estar agradecendo a citação dos resultados de suas investigações por parte de outro profissional (professor Aleixo de Vasconcelos).

Observar que profissionais “se citavam” mutuamente ao defenderem a cientificidade de determinada prática médica é importante – além de ser uma prova material de relevância fortíssima, pois esclarece que no meio médico havia profissionais investigando as “bases científicas” da tal técnica – para apreender que tinha certa legitimidade acadêmico-científica.

No entanto, além dessa legitimidade, como vimos nos textos proferidos por profissionais da saúde (como é claro nas reportagens abordadas), havia entre a

⁸⁴ Vide Apêndice A, matéria N° 24.

sociedade amplo respaldo social no que diz respeito ao uso da AHT, haja vista a ampla divulgação de serviços de profissionais de saúde que manejavam a terapêutica, como demonstrei nos anúncios de jornais que realizavam a propaganda dos profissionais que aplicavam a AHT.

Some-se a esta análise outro acontecimento importante a ser destacado na mesma reportagem anteriormente citada (publicada em 04/08/1936), refiro-me ao fato de que o orador, médico pesquisador, reclama para si o reconhecimento de “inventor da AHT”:

Venho ao encontro, Sr. presidente, gostosamente, da justa curiosidade científica do distinto professor, que me fez a honra de distinguir com a sua alusão. **A minha** vacina auto-terapica, consiste **apenas no aproveitamento da parte do sangue que é portadora das defesas naturais do organismo** que eu, em boa hora, emprego como terapêutica. Da pequena porção do sangue que o doente me dá, eu separo, 1º, aquela que **meus estudos**, probidosamente **feitos, nos grandes laboratórios do estrangeiro**, me indicaram que é a portadora dos germens e suas toxinas; 2º, retiro aquela que verifiquei ser a que pode produzir o choque hemo-clássico, e separo em seguida aquela que é e será sempre banal, aproveitando, por fim, com exclusividade, aquela que eu comprovei ser a portadora das defesas naturais do organismo. Esta é meticulosamente tratada no Laboratório, é esterilizada, a baixas temperaturas, tantas vezes quantas necessárias até ficar estéril. É esta colocada em ampoulas de cristal de [conteúdo ilegível no documento digitalizado], de 10 centímetros cúbicos, cada uma, em número de 10, formando uma série autoterápica⁸⁵ [grafia original do periódico; grifos meus].

Portanto, a celeuma que envolve a “invenção” da terapia, como demonstrei no capítulo I na 1ª Parte desta tese, revela-se mais intrincada, pois se acrescenta ao rol dos “criadores” da AHT um brasileiro. Outro aspecto que merece destaque nessa reportagem é a supervalorização de elementos tecnológicos (tais como exames químicos invasivos, remédios etc.) na produção de conhecimento médico, em detrimento do antigo modo, realizado nas clínicas médicas. Tal importância decorre do fato de corroborar o que Eduardo Almeida (2011), em *Razões da Terapêutica*, aponta como sendo a farmacologização da produção de conhecimentos médicos. Não é mais a experiência clínica, como ressaltaram os textos de médicos que a usavam no passado,

⁸⁵ Vide Apêndice A, matéria Nº 24.

mas antes os exames farmacológicos os validadores, ou mesmo produtores, do conhecimento médico.

Continuando a análise da reportagem em discussão (que se encontra no *Jornal do Brasil*, edição de 04/08/1936), destaco a argumentação usado pelo médico Oliveira Botelho para legitimar a cientificidade da técnica que ele diz ser sua invenção e que se pauta no pensamento positivista das ciências:

Como vê o Sr. presidente, **a minha terapêutica obedece a uma técnica rigorosamente científica**, perfeita e acabada, sem poder dar lugar a uma nova ou menor simplificação. Ela é a simplicidade das simplicidades, porque é formada apenas exclusivamente pela parte do sangue que os meus estudos puderam comprovar ser a portadora das defesas naturais do organismo. Esta perfeição de técnica torna a minha vacina uma terapêutica simples, muito fácil, muitíssimo exequível, principalmente tendo em conta que ela não produz absolutamente a menor reação. Do exposto, terá visto o Sr. presidente, que os meus estudos levaram-me a resolver três magnos problemas de biologia, a saber: – qual a parte do sangue que é portadora dos germens e suas toxinas, qual a parte que pode produzir o choque hemoclássico, e por fim qual a que contém as defesas naturais do organismo. Só no futuro, quando a minha voz se tenha calado para sempre e a minha pequena estatura moral, não projete mais sombras, é que os homens saberão apreciar, nas devidas proporções, o que estas vitórias científicas representam para a cultura médica e para o bom nome de nosso.

O homem traz positivamente nas veias o remédio de suas doenças. Este, também é certo está em proporção à gravidade do mal, pois o organismo elabora as suas defesas, como é racional e lógico, na proporção de suas necessidades. Somente quando as energias físicas já [conteúdo ilegível no documento digitalizado] muito esgotadas é que ele não se defende na proporção do ataque. Em outros termos: quando o sangue contém germens e toxinas, que produzem moléstias, também contém, paralelamente, anti-toxinas, e defesas orgânicas, que podem curá-las. O mecanismo que forma a minha técnica dá, por isso mesmo, a um paradoxo, que observo com frequência. Este consiste na cura, algumas vezes mais rápidas, de um paciente mais grave, em relação a um menos doente⁸⁶ [grafia original do periódico em análise e grifos meus].

O médico que nessa reportagem está a debater sobre a AHT, sutilmente deixa transparecer sua concepção sobre a atividade científica. Aparentemente, posiciona-se a meio termo entre a visão de uma medicina tecnicista (que se apoia fartamente em tecnologias laboratoriais) e uma visão holística, caracterizada pela adesão a concepções próximas à homeopatia.

⁸⁶ Vide Apêndice A, matéria N° 24.

Ainda em relação a esse registro documental (refiro-me aquele do *Jornal do Brasil*, edição de 04/08/1936), o médico que explana sobre a técnica AHT usa exemplos particulares de sua atividade clínica para embasar a “cientificidade” da técnica, deixando transparecer mais ainda seu fluxo entre distintas concepções sobre a dimensão científica da terapia, da forma como descrevi anteriormente.

Cito o seguinte fato observado há poucos meses **em meu serviço clínico**: fui em uma mesma semana procurado por três doentes diabéticos, uma senhora e um homem, jovens, que perdiam 20gms e 40 e poucas gramas de açúcar, cada um, por 24 horas, e por um ancião que perdia 400 gramas de açúcar diariamente, em mais de quatro litros de urina. Esse paciente, que era uma verdadeira usina humana, curou-se completamente antes de um mês de tratamento, a ponto de não apresentar nas análises de urinas nem vestígio de açúcar, ao passo que os dois outros doentes, menos graves e jovens, ainda apresentavam traços indosáveis. Cito ainda, esta nova e interessante observação por mim feita no começo do corrente ano. O nosso talentoso e distinto colega, o Dr. Tolentino Miraglia, clínico abalisado, mandou-me dois doentes diabéticos, ambos graves e idosos. No mesmo dia em que veio o primeiro doente, veio também uma senhora paulista, que podia ser neta dos dois aludidos doentes pela sua pouca idade e que perdia incomparavelmente menos açúcar do que os outros. Os dois doentes do Dr. Tolentino Miraglia curaram-se com a 1ª injeção auto-terápica, apenas, e continuaram curados até o dia de hoje, ao passo que a jovem diabética ainda não está completamente curada.

– **O que demonstram esses fatos citados?**

– **Demonstram positivamente que eu encontrei no sangue dos doentes mais graves, maior quantidade de elementos de defesa**, quando extrai a linfa, que aproveitei na cura dos doentes. Daí se concluí que a gravidade da doença não exclue, em tese geral, a possível e rápida cura do paciente pelo tratamento auto-terápico, segundo a minha técnica⁸⁷ [grafia e grifos originais do periódico em análise].

Observo, a partir desse trecho, ainda relativo à reportagem que, afinal, o médico aponta sua técnica como “duplamente validada” pelos “laboratórios do estrangeiro”, bem como por sua experiência clínica. Acho importante dar ênfase a este fato em razão de o parecer produzido pelo CFM **descartar**, e até mesmo invalidar, a experiência clínica, mesmo que de inúmeros profissionais – enquanto modelo de validação de conhecimento –, como é possível constatar no trecho do mencionado documento, transcrito abaixo:

⁸⁷ Vide Apêndice A, matéria Nº 24.

Assim, não foi possível obter estudos confiáveis e com força de evidência científica elevada que indiquem ser a auto-hemoterapia propriamente dita um procedimento efetivo e seguro. O que existe em abundância é uma propaganda na Internet em linguagem inadequada à ciência, às vezes vulgar, desprovida de cultura científica, **que pretende convencer pela dramaticidade de relatos de casos isolados** sobre uma grande variedade de enfermidades e de estudos carentes de metodologia científica.⁸⁸

Dito de outra forma, o relator daquele parecer afirma que, no caso do médico Luiz Moura, mais de quatro décadas de experiência clínica não passam de “**relatos de casos isolados**” e que “**pretende convencer pela dramaticidade**”. Mas retomando a reportagem (publicada pelo *Jornal do Brasil*, edição de 04/08/1936) que anuncia o discurso de Oliveira Botelho, proferido na Academia Nacional de Medicina, vê-se a existência de divergências entre pesquisadores que investigavam a terapêutica em questão:

O preclaro professor a quem tenho a honra de aludir, neste momento, diz, em seu brilhante estudo: “A auto-hemoterapia não tem propriedade anti-infecciosa”. Peço licença ao Sr. professor para discordar de sua opinião, baseado em fatos. **Pelo menos no que se refere à auto-terapia preparada segundo a minha técnica ela é curativa e preventiva.** Exemplo: quando eu fazia os meus estudos no estrangeiro, foi empregada a vacina auto-terapica em uma numerosa cavahada estava sendo destruída pelo *typhusequimus*. Os animais tratados auto-terápica, segundo a técnica que acabo de descrever, convalesceram da segunda para a quarta injeção e uma só injeção de 100 centímetros cúbicos, feita nos cavalos ainda não infectados com a vacina preparada dos animais já curados, ficaram positivamente imunizados de maneira a poder permanecerem impunemente em promiscuidade com os outros doentes. Do exposto se conclue, partindo do particular para o geral, que esta vacina poderá curar a *febre aftosa*, a *peste de cadeiras*, o *mal da tristeza*, a *diarreia dos porcos*, etc., resolvendo, assim, o magno problema das [conteúdo ilegível no documento digitalizado] em proveito da fortuna particular e da riqueza pecuária das nações⁸⁹ [grafia e grifos originais do periódico em análise].

Tenho prova sobre provas de que a vacina auto-terapica é uma terapêutica anti-infecciosa, como tenho verificado na cura de alguns tifos e na de dois doentes de febre amarela numa última erupção observada no Rio de Janeiro, há alguns anos atraz. É com frequência que observo na minha clínica uma série auto-terapica curar duas e três doenças que atacavam o mesmo indivíduo. **Cito as duas observações** seguintes por serem muito

⁸⁸ Vide Anexo I.

⁸⁹ Vide Apêndice A, matéria Nº 24.

interessantes e sugestivas: O Ministro Napoleão Reis, então diretor do Ministério de Relações Exteriores, enviou-me certa ocasião que era portador de uma carta de S. Exa. Que dizia ser o paciente um epileptico que incomodava diariamente na recepção a Assistência Pública duas e três vezes por dia com seus ataques epiletiformes. O doente tinha no ventre um grande tumor, que ele dizia ser tão grande como uma cabeça de adulto. No fim da primeira série auto-terapica o papudo tinha perdido sete e meio centímetros e meio centímetro de pescoço, os ataques epiletiformes tinham cessado e o tumor do ventre tinha desaparecido. Outra ocasião, fui procurado por uma cega que era levada por sua família, e que trazia na mão levantada um papel que eu entendi que era para ser lido por mim. Tomo-lhe o papel e vejo que era a etiqueta de um notável oculista, nosso distinto companheiro na academia que dizia:

– “Cegueira por atrofia da [conteúdo ilegível no documento digitalizado]”.

A doente expôs-me a sua penosa cegueira e referiu-me que tinha também constantes ataques de epilepsia. Depois de ouvi-la, declare-lhe que não podia ser-lhe útil por julgar incurável o seu mal.

(...)

Foi feito o tratamento auto-terapico e da sétima para a oitava injeção a paciente recobrou completamente a visão, que conserva até o dia de hoje. Também curou-se do seu bócio. Para auto-terapia as moléstias infecciosas, como o tifo, por exemplo, já não tem mais [conteúdo ilegível no documento digitalizado], porque o doente, em geral, entra em remissão da terceira para a quarta injeção [grafia original do periódico em análise, grifo meus].

Por fim, o médico Oliveira Botelho (na edição de 04/08/1936 no *Jornal do Brasil*), encerra seu discurso apontando algo que é parte das discussões que apresento (como tema transversal) nesta pesquisa, a relação entre o Estado e a medicina acadêmica.

Deploro que os homens responsáveis pela coisa pública no Brasil já não tenham levado para os hospitais do país a minha terapêutica, que além de ser completamente destituída de perigos e reação, iria fazer uma enorme economia nos gastos hospitalares, desde que o remédio leva o doente consigo mesmo, em suas próprias veias. Talvez que algum dia esse momento possa chegar e então verão os médicos de minha pátria, à luz da evidência, que a vacina do próprio sangue veio reforma pela base a arte de curar⁹⁰ [grafia original do periódico em análise].

A relação entre o ente público e a esfera de produção de conhecimento médico-científico, ou seja, a medicina acadêmica, àquela época não se dava da mesma forma que hoje, em que (ainda) é possível constatar o investimento público, através de instituições tais como CNPQ e CAPES. O que se pode inferir daquele trecho, sobre a

⁹⁰ Vide Apêndice A: matéria N° 24.

relação Estado e produção de conhecimento médico científico é que, segundo a fala do médico, não havia cooperação entre os locais onde se fazia pesquisa médica e órgãos estatais.

Desse modo, interpreto a forma como o médico “deplora” a negligência do Estado brasileiro em não incentivar, no sistema público de saúde daquela época, o uso da AHT, como indícios de que, além de interferir na distribuição dos serviços de saúde, a administração estatal, ao não incentivar a implementação de técnicas como a terapia aqui em discussão, de certa forma interferia na legitimação social de tais conhecimentos. Isto porque uma técnica poderia até ter respaldo no interior das academias médicas, mas se o Estado (até o maior financiado da saúde pública) não a “transformasse” em política pública, a legitimidade que o restante da sociedade poderia atribuir a tais conhecimentos seria impedida, na forma do não financiamento público, via políticas de saúde, de tais conhecimentos.

Finalmente, para concluir este tópico, gostaria de enfatizar que relaciono seu conteúdo diretamente aos dados apresentados no capítulo sobre a percepção e caracterização médica contemporânea com que a AHT é tratada. No período que vai de inícios do século XX aos dias de hoje, percebi que a técnica aqui focada “perde” legitimidade acadêmica – vale salientar que essa perda, oriunda do pensamento médico científico hegemônico (caraterizado pela Medicina Baseada em Evidências), não é incontestável, pois há profissionais das ciências da saúde que defendem a cientificidade do tratamento.

Apesar disso, a sociedade ainda parece convalidar, em contraposição à academia, o tal procedimento. Não pretendo aprofundar esse “paradoxo” entre reconhecimento social e a “invalidação” acadêmico-científica, pois apenas este ponto seria matéria de outra pesquisa. Ao notar tal questão entre os dados recolhidos, achei importante expor para compreender que no processo de validação de conhecimento, mesmo o científico, há variados “mecanismos” legitimadores. E nesse caso específico, a

parcela expressiva da população que faz uso da AHT⁹¹ mostra haver certo nível de “conflito” entre os médicos acadêmicos (reconhecidamente responsáveis por produzirem discursos sobre os processos de saúde-doença) e indivíduos que querem ter o direito de utilizar a AHT, como é possível ver nas petições apresentadas ao STF, solicitando a “liberação” da terapia.

Perceber a existência dessa mudança nos parâmetros de cientificidade, apesar de tudo, não foi o mais difícil do trabalho analítico. Complexo é tentar compreender como essa mudança ocorreu. Como médicos profissionalmente reconhecidos (nacional e internacionalmente) pelo uso da AHT, passado menos de um século, vivos fossem, seriam coagidos a não praticarem sua técnica? Cito o exemplo do caso do médico Luiz Moura, defensor e com conhecimentos especializados sobre a terapêutica, carioca que sofreu um processo administrativo no qual se buscou caçar o seu registro médico, após ser denunciado ao CREMERJ (vide Anexo III). Ou ainda, a profissional de saúde (técnica ou auxiliar de enfermagem) que em 2007, como apresentei através de matéria de jornal, foi fichada pela polícia após ser denunciada como charlatã. Apesar da complexidade da tarefa, encontrei a resolução da problemática analisando o conteúdo dos documentos por mim organizados.

A partir dos arquivos e textos de jornais, bem como dos periódicos especializados (revistas médicas do século passado), consegui extrair informações que ajudam a caracterizar o pensamento médico da época e comparar com o equivalente contemporâneo. Em inícios do século XX, ainda não havíamos inventado a penicilina. Apesar de há muito termos forjado a tecnologia das agulhas ocas, como discuti anteriormente, seu uso terapêutico era bastante incipiente, em razão de ainda não se haver associado sua existência à administração (por meio de injeção em veias ou músculos, por exemplo) de “poções” químicas, ou seja, remédios, no tratamento médico.

⁹¹ Refiro-me como expressivo o número de usuários da AHT baseando-me nas informações da pesquisa mostrada no livro de Mata (2009). Segundo o autor, havia, até 2009, 12 milhões de pessoas que se tratavam com essa terapia.

Os dados da pesquisa, da maneira anteriormente exposta, apontam para a “invenção” dos antibióticos como fator relevante neste processo de mudança no pensamento médico-científico. Por essa razão, irei discutir no capítulo IV o ponto de vista sociológico sobre o tema “mudança social”.

5. OLHAR DISTANCIADO: ALGUNS ESTUDOS DOS PROCESSOS DE MUDANÇAS SOCIAIS.

Este capítulo caracteriza-se por ser, como mencionei na introdução desta pesquisa – citando Lévi-Strauss (2005) –, a tentativa de produzir uma representação a partir do meu olhar distanciado, subjetivamente, do contexto social aqui analisado. Realizo, tomando a interdição à AHT como “subsídio empírico”, um esforço analítico para pensar um tema importante à sociologia, a saber, “mudança social”.

Nos capítulos e seções que se passaram, apresentei um panorama geral no qual está inserido o fato interditivo referente à AHT. Assim, os discursos representativos da “ciência médica” na transição do séc. XIX inícios do XX, e da “ciência médica” de fins do século passado e início do presente, trato-os como representações sociais. Tais representações uso-as pretendendo produzir a minha própria, uma representação que intenciono-a sociológica.

Nesta pesquisa, pretendi usar a *imaginação sociológica*⁹² no intuito de correlacionar as teorizações desenvolvidas, a partir de diferentes contextos epistêmicos, por Bourdieu e por Foucault, entre outros, e através do cotejamento das respectivas contribuições, dar suporte a uma análise do presente objeto de estudo. Esses autores, de alguma forma e em determinado momento de suas carreiras, colocaram como problema sociológico o conhecimento humano.

Apono a produção de conhecimento humano como questão sociológica pautando-me na ideia⁹³ que sugere ser a busca social por uma explicação “verdadeira” sobre a realidade um objeto de disputa social, sendo assim, um “artefato” de estudo da Sociologia. Em síntese, “Por um lado, só existe conhecimento em sociedade... Por outro lado, o conhecimento, em suas múltiplas formas, não está equitativamente distribuído

⁹² “A imaginação sociológica (...) consiste em grande parte na capacidade de passar de uma perspectiva a outra, e no processo estabelecer uma visão adequada de uma sociedade total de e seus componentes” (MILLS, 1969, p. 227).

⁹³ Seguindo os ensinamentos de Foucault (1984, 2004b) e de Bourdieu (1989; 1996).

na sociedade e tende a estar tanto menos quanto maior é o seu privilégio epistemológico (SANTOS, 2006, p. 17).

Dito isso, assim como Bourdieu (2004), acredito que “todas as produções culturais, a filosofia, a história, a ciência, a arte, a literatura etc., são objetos de análise com pretensões científicas” (2004, p. 19). Sendo o campo da Saúde (em que se insere a interdição à AHT) igualmente “objeto de análise com pretensões científicas”, investigo o processo de mudança nos padrões de cientificidade na medicina.

Tomar os processos de saúde-doença como interesse de pesquisa social não é algo recente:

No intuito de buscar compreender quais as origens das pesquisas sociais em saúde, faz-se necessário tentar identificar quais domínios teóricos foram os “vanguardistas” responsáveis por problematizarem a saúde coletiva do ponto de vista científico, ou seja, realizar uma pequena história social dos estudos relativos aos processos saúde-doença. Quem foram os cientistas pioneiros, os ligados às Ciências Sociais (sociólogos, antropólogos, dentre outros) ou os próprios profissionais da área médica? (PAULINO; COSTA, 2016, p. 13)

À pergunta anterior, os estudos sociais em Saúde respondem que foram os médicos os primeiros a perceberem haver uma dimensão social nos processos de saúde-doença. Mas a razão para isso é o fato de a medicina, na forma de ciência (praticada, na versão clássica, desde a Idade Antiga), ser anterior às Ciências Sociais.

Dessa forma, a pesquisa em saúde, considerando seu contexto social, é uma área de estudos com tradição socioantropológica de longa data. Trago as proposições teóricas pertinentes a tal debate visando contribuir para a problematização do objeto de pesquisa. Assim, seguindo as conjeturas teóricas contemporâneas, parto do seguinte pressuposto: “La proposition est alors de considérer la santé comme un «Bien commun», et de prendre acte, avec Didier Fassin (2006), que l’expérience de la maladie,

individuelle autant que collective est une «question d’Histoire»⁹⁴ (CHARMILLOT, 2014, p. 10).

Após conhecer o texto de Charmillot (2014), passei a refletir sobre como o “bem comum”, envolvido nos processos de saúde-doença, é conseguido. Intentando entender essa questão, deparei-me com as ideias de Mary Douglas, expressas na palestra transformada no livro *Como as instituições pensam*. Nessa obra, a autora trata da organização social como um “bem comum”, conseqüentemente, busca compreender como esse bem é produzido. Essa discussão será desenvolvida ao longo do texto.

É importante que se diga que há forte tradição norte-americana em Sociologia da Saúde. Um marco nessa especialidade sociológica foi o livro, escrito em equipe, *Boys in White*, organizado por Howard Becker (1961). Resultado de uma longa pesquisa entre estudantes de medicina na Universidade de Kansas, o livro é referência tanto para os estudos sociais em saúde, quanto aos “metodólogos”, pois apresenta, de modo minucioso o “passo a passo” seguido durante a pesquisa.

Aquela investigação foi ao “berçário” dos profissionais de medicina, para acompanhar a trajetória de sua formação profissional, daí o estudo também ser referência para a Sociologia das profissões. *Boys in White* (BECKER *et al*, 1961) está dividido em quatro partes (ou capítulos): Part One: Background and Methods; Part Two: Student Culture in The Freshman Year; Part Three: Student Culture in The Clinical Years; Part Four: Perspectives on the future.

O primeiro capítulo é metodológico, os demais correspondem à pesquisa de campo propriamente dita. Se prestarmos atenção aos títulos de cada capítulo, os três últimos se referem a fases específicas da carreira profissional dos médicos. Assim, *Boys in white* investiga desde os processos seletivos, passando pelo aprendizado prático

⁹⁴ Tradução livre: “A proposta é, em seguida, considerar a saúde como um ‘bem comum’ e tomar nota, com Didier Fassin (2006), a experiência da doença, indivíduo, como bem coletivo é uma ‘questão histórica’”.

(clínica médica) até as perspectivas profissionais futuras. Becker *et al.* (1961), nas conclusões daquele estudo, diz:

We have followed our students from their first day in medical school to the time when, as graduating seniors, they must and do envision their futures in professional practice... We have shown that the students collectively set the level and direction of their efforts to learn. There is nothing unusual about such a finding. What is significant - as we insist throughout - is that these levels and directions are not the result of some conscious cabal, but that they are the working-out in practice of the perspectives from which the students view their day-to-day problems in relation to their long-term goals. The perspectives, themselves collectively developed, are organizations of ideas and actions. The actions derive their rationale from the ideas; the ideas are sustained by success in action. The whole becomes a complex of mutual expectations. To these perspectives, we give the name student culture⁹⁵ (p. 435).

Desse modo, *Boys in White* contribui, em certa medida, para o campo das teorias sociais sobre a “natureza” das ações coletivas. No entanto, essa foi uma pesquisa densa, que mereceria um estudo aprofundado, o qual está além dos limites deste estudo.

Ao longo desta tese, argumentei que há uma disputa entre modelos de medicina. Demonstrei que as proposições da moderna medicina científica (também conhecida como biomedicina) são baseadas em um padrão específico de ciência, que se ancora num paradigma o qual concebe a realidade de maneira mecânico-organicista (CAPRA, 1997). Isto ocorre para que o discurso médico sobre saúde-doença possua (através do saber em que se baseia) *poder* e veracidade ante às demais tentativas de explicação da relação saúde-doença e, conseqüentemente, maior legitimidade social.

No entanto, existe um “problema”:

⁹⁵ Tradução livre: “Seguimos nossos alunos desde o primeiro dia na escola de medicina até o momento em que, como idosos graduados, eles devem e imaginam seu futuro na prática profissional... Nós mostramos que os alunos, coletivamente, definem o nível e a direção de seus esforços para aprender. Não há nada de incomum nessa descoberta. O que é significativo – como insistimos ao longo de tudo – é que esses níveis e direções não são o resultado de alguma cabala consciente, mas que eles são a elaboração, na prática, das perspectivas a partir das quais os alunos vêem seus problemas cotidianos, suas metas de longo prazo. As perspectivas, elas mesmas desenvolvidas coletivamente, são organizações de ideias e ações. As ações derivam sua lógica das ideias; as ideias são sustentadas pelo sucesso na ação. O todo se torna um complexo de expectativas mútuas. A essas perspectivas, damos o nome de cultura estudantil”.

Quando a Medicina se arvora em se considerar 'científica', em primeiro lugar incorre num erro: ela não é em si científica, mas sim utiliza a Ciência. Em segundo lugar, em geral considera que está do lado da 'verdade', que é uma Medicina verdadeira, que seus dados são verdadeiros ou dizem a verdade, que suas reduções são a verdade (a essência verdadeira) do objeto em questão. Em terceiro lugar, justamente por estes dois pontos anteriores, por julgar-se científica e entender que é verdadeira por isso, em geral a Medicina tende a esquecer que seu 'objeto' é um paciente real, concreto, que ultrapassa em complexidade os esquemas orgânicos, fisiopatológicos, físico-químicos, que sua 'Ciência' pode abarcar (MARTINS, 2004, p. 24).

A citação não pretende ser um julgamento acerca de quais áreas de investigação médica são ou não científicas (apesar de Canguilhem [2000] entender que apenas a patologia, a fisiologia e a epidemiologia, dentro do saber médico, teriam alcançado o status de “ciência”)⁹⁶. Muito pelo contrário, com esse trecho tento demonstrar o quanto está em disputa social o sentido do que “é verdadeiramente” ciência e não-ciência. É necessário que seja ressaltada a existência dessa discussão.

Corroborando Foucault (1984), Martins (2004) aponta que “o que é científico segue normas que em determinada época e contexto são consideradas científicas, formais, protocolares; não quer dizer que seja *verdadeiro*. A cientificidade não é índice de veracidade” (p. 23). Teresa Haguette também pensou a importância de se levar em conta a dimensão social da produção científica:

A ciência moderna com seus quatro séculos de desenvolvimento, responsável pelo progresso material atingido pelas sociedades avançadas de hoje, não se mostrou capaz de exterminar as desigualdades sociais e os sofrimentos humanos delas decorrentes. Na maioria das vezes tem ela funcionado como instrumento do poder, como aliada da opressão e coatora das liberdades humanas. Isto porque, sendo social, ela representa um processo social como tantos outros, sujeito às vicissitudes das formas de organização societária e aos percalços da influência dos produtores sobre o uso de seus produtos; apesar de seus ideais de neutralidade e objetividade, ideais que refletem a racionalidade do ser humano, a ciência está presa à contradição de ser uma

⁹⁶ A discussão sobre a dimensão científica atribuída à medicina é relativamente antiga, vejamos: “Este debate é trazido por Canguilhem (2000) quando demonstra que o ato médico consiste numa arte, melhor dito, numa aplicação do conhecimento científico produzido em outras instâncias da medicina, tais como: patologia, fisiologia, epidemiologia – espaços disciplinares que situam o normal e o patológico dos fenômenos corporais –, estabelecendo a diferença entre a saúde e a doença, na dimensão teórica (ou seja, a que concebe uma dupla dimensão à atividade realizada pela medicina, a saber, uma dimensão teórica, e outra relacionada à prática médica)” (COSTA, 2013, p. 10).

produção do homem, de sua grandeza e de suas misérias (HAGUETTE, 2013, p. 13).

Inserido nesse contexto de tensões e conflitos, o da ciência moderna, o movimento de “ascensão” da medicina à categoria de ciência possui uma data mais ou menos definida: “A medicina acadêmica é fruto da ruptura (Séc. XIX) na tradição médica do *primum non nocere* - valorização da força curativa do organismo. A noção de germe e doença específicos pavimentou a entrada da química sintética na terapêutica” (ALMEIDA, 2011, p. 189). A interdição à AHT está diretamente imersa nas discussões sobre as “razões” da ciência, sobre a “natureza” da ciência, e será aqui explorada.

A complexidade destas observações ainda pode ser vista sob outra ótica, as discussões sobre *saber/poder* desenvolvidas por Foucault (2008), em que ele amplia a questão sobre a disputa social que possui como objeto o poder, particularmente aquele que aplica o disciplinamento sobre os corpos dos indivíduos, em última instância, sobre o corpo social (este é outro ponto de estudo sobre o qual não há possibilidade para se desenvolver neste artigo).

Fritjof Capra (1997) também considera essa relação entre saber e poder quando trata da primazia do modelo biomédico sobre o controle das práticas de saúde na cultura ocidental. Tal modelo impõe-se como saber por excelência, reproduzindo o mecanicismo cartesiano no âmbito das Ciências da Saúde, tanto no plano simbólico quanto nas relações profissionais e na relação médico-paciente; o que reforça hierarquias e desigualdades entre saberes, refletindo no acúmulo de poderes do capital a partir da indústria farmacêutica e de outras tecnologias que se aplicam ao campo da ação médica.

Tal celeuma parece residir no fato de que se passa a ver a ciência como algo acima da realidade social, quando se sabe, desde Foucault (1984), que ela mesma, e os seus modos, são fruto do que nós produzimos como verdade. Nesse sentido, recorro, por um lado, à Sociologia Reflexiva, pensada por Bourdieu (1989), e por outro à arqueologia e genealogia sociais, formuladas por Foucault (1984), para pensar a mudança nos parâmetros de cientificidade no seio da medicina acadêmica. A meu ver,

cada autor, de modo diverso – e com diferenciado grau de destaque – desenvolveu suas pesquisas a partir da percepção de “alterações” intrínsecas em seus respectivos objetos de investigação. A começar por Foucault, por exemplo: seja nos estudos que envolveram os saberes médicos (enfocando desde o nascimento da clínica, passando pelo estudo histórico da percepção social da loucura, até a história da sexualidade), seja nas investigações sobre as “formas jurídicas”, foi utilizado como “artifício” de pesquisa a busca por captar mudanças que contextualizam o objeto pesquisado.

Devido às dimensões desta pesquisa, que analisa um objeto tão amplo e de difícil abordagem – como ocorre com o processo de interdição à AHT –, torna-se impossível dar conta de estudar toda a produção intelectual de Foucault (bem como a de Bourdieu). No entanto, tentarei trazer as principais contribuições do autor para auxiliar minha linha argumentativa, a saber, o foco dado à percepção de mudanças sociais envoltas nos objetos investigados por ele.

Para começar, pensemos em *História da loucura na idade clássica*. Foucault inicia suas digressões apontando que “Ao final da Idade Média, a lepra desaparece do mundo ocidental [leia-se, Europa]” (1978, p. 7). Como pano de fundo para o tal desaparecimento, o autor exibe uma conjuntura política também em mutação. Durante o auge da Idade Média, a forma de cuidado médico, particularmente relacionado à lepra, promovia o fortalecimento de leprosários, que se espalhavam por toda a Europa difundindo a “segregação” do leproso enquanto ação de higienização, uma política de saúde.

Em fins daquela época, o continente testemunhava uma “reorganização social”. Os reinos até então distribuídos em vastos territórios no sistema de suserania-vassalagem que propiciavam a “pulverização” do poder político, davam vez à centralização, na figura de um monarca centralizador do poder político. Foucault chama atenção para o fato de que, após a “erradicação” da peste, surge em seu lugar outra epidemia; a doença venérea: “no entanto, não são as doenças venéreas que assegurarão, no mundo clássico, o papel que cabia à lepra no interior da cultura medieval” (1978, p. 11).

Não obstante esse fato, o importante é notar que os “mecanismos de exclusão” enquanto modelo de “política de saúde” ainda continuam, agora abarcando as doenças venéreas e a loucura. Nesse contexto “meio continuísta”, “meio ruptório”, Foucault identifica um elemento totalmente novo, o “louco”⁹⁷:

Um objeto novo acaba de fazer seu aparecimento na paisagem imaginária da Renascença; e nela, logo ocupará lugar privilegiado: é a Nau dos Loucos, estranho barco que desliza ao longo dos calmos rios da Renânia e dos canais flamengos (FOUCAULT, 1978, p. 12-13).

Os loucos, pouco a pouco, tornam-se o “equivalente moderno” (lembrando que Foucault está problematizando o período de fins da Renascença, ou seja, inícios da Idade Moderna, período das Revoluções Burguesas) dos antigos leprosos, e da mesma forma, mas com novos artifícios, são o objeto das políticas segregacionistas. Desse modo, a principal contribuição do pensamento foucaultiano diz respeito à proposição de que a forma como as culturas interpretam as doenças e legitimam as relações com as mesmas – bem como os processos legítimos de cura – está intrinsecamente relacionada às instituições sociais. O autor chega a essa conclusão ao contrapor a percepção do louco em dois períodos em sociedades europeias: em fins da “Idade Clássica”, nas quais era visto como “sábio”, xamã; e na virada para a Idade Moderna, quando é reinterpretado, inserido na lógica capitalista, como alguém que precisa ser cuidado para ser novamente incluído na vida social.

Bourdieu, certamente sem atribuir aos processos de mudança a centralidade analítica observada em Foucault, mas mesmo em menor grau, também percebe a existência de mecanismos de modificações a envolverem os objetos sob investigação. Isso fica claro na pesquisa sobre “os gostos” de classe. O autor, ao pesquisar a “arquitetura” das práticas culturais de diversos extratos sociais, detecta a existência de transformações:

⁹⁷ Essa figura, o louco, anteriormente à Renascença gozava de certa “liberdade” em relação à sua experiência psíquica, sem que houvesse qualquer instituição que a tentasse enquadrar. No entanto, em inícios da modernidade, em conjunto com as Revoluções Burguesas, a loucura passa a ser objeto da instituição médica, figurada na nascente psiquiatria, bem como no saber jurídico, que também foi responsável por “legislar” sobre o tema.

É possível compreender as incessantes **revisões**, **reinterpretações** e **redescobertas** a que são submetidos os textos canônicos pelos letrados de todas as religiões do livro: como os níveis de "leitura" referem-se a hierarquias de leitores, convém e basta mudar a hierarquia das leituras para modificar a hierarquia dos leitores. Segue-se daí que a simples translação da estrutura da distribuição, entre as classes, de um bem ou de uma prática - ou seja, o aumento quase idêntico da parcela, em cada classe, dos detentores desse bem - tem o efeito de diminuir sua raridade e seu valor distintivo, além de ameaçar a distinção dos antigos detentores [Grifos meus] (BOURDIEU, 2007, p. 214).

As palavras iniciais do trecho transcrito indicam, através do prefixo “re”, mais que uma simples ação repetida irreflexivamente. Os termos “**revisões**”, “**reinterpretações**”, “**redescobertas**”, sugerem haver uma ação novamente realizada mas, ao ser produzida outra vez não o é como da forma primeira, pois lhes são atribuídas novas significações.

No entanto, o interessante das ideias de Bourdieu, é que ele não se contenta em apontar os processos de mudanças. Ainda que de tão lentas façam-nos ter uma “falsa impressão” de estatismo, ele vai além e investiga como essas mudanças podem ocorrer. Nessa perspectiva, o autor lança críticas sobre as explicações holísticas que veem nas instituições sociais com tamanha objetividade, que as fazem parecer “entidades metafísicas”:

As entidades metafísicas ("classe dominante" ou "aparelho de Estado") e as teorias puramente verbais, como as que fazem do Estado um aparelho onipotente ao serviço dos desígnios dos dominantes, **cedem**, desta maneira, **o lugar a uma ciência rigorosa da concorrência pelo poder**, em particular nas empresas ou nas administrações públicas, organismos capazes de concentrar e de redistribuir uma grande parte dos recursos disponíveis, graças ao poder sobre os meios materiais (sobretudo financeiros), institucionais (regulamentação das relações sociais) e simbólicos, que são controlados pelas autoridades administrativas. Isto coloca uma interrogante sobre a parte que é deixada à ação propriamente política, ao governo, pelas leis tendenciais que a ciência social estabelece [Grifo meu] (BOURDIEU, 1983, p. 43).

Segundo esta concepção, a sociedade não realiza suas mudanças a partir das “estruturas sociais”, entendidas como “entidades metafísicas”, mas antes, as próprias

estruturas existem em decorrência da “materialidade” das disputas pelo poder. Por esta razão, Bourdieu chama atenção para o caráter “estruturante” das instituições (ou estruturas) sociais, pois elas estruturam os arranjos socioculturais.

Assim, percebo que no campo das relações saúde-doença, a academia médica – mesmo sendo mais antiga que Conselhos ou Agências de Vigilância – não protagoniza a estruturação dos saberes relativos a esta área. São as outras duas instituições (CFM e ANVISA) que desempenham “papel central” no processo de interdição à AHT – mesmo que o relator seja um médico pesquisador, com fortes vínculos na academia médica do Estado do Rio Grande do Norte. Esse protagonismo é evidente ao se ver que a ANVISA recorreu ao CFM, não a instituições de pesquisa médica, para emitir um parecer sobre a cientificidade dessa terapia.

Essa observação, fez-me pensar sobre outra reflexão realizada por Bourdieu:

A distinção intitulada "Classificação, desclassificação, reclassificação", onde são analisados os efeitos sociais das *mudanças das relações* entre o campo escolar e o campo social. (...) **o campo escolar está submetido a forças externas**. Entre os fatores mais poderosos da *transformação* do campo escolar (e, em termos mais gerais, de todos os campos de produção cultural) está o que os durkheimianos chamam de efeitos morfológicos: o afluxo de clientelas mais numerosas (e também culturalmente mais despossuídas) que acarreta todo *tipo de mudança* em todos os níveis [Grifos meus] (BOURDIEU, 2004, p. 58-59).

O trecho anterior é importantíssimo para perceber que as mudanças relativas aos processos da vida social, no caso específico do campo educacional, mas também em relação ao campo da saúde, são causadas a partir de fatores externos à subjetividade (sistema de pensamento, parafraseando Fleck [2010]) inerentes a cada campo. Naquela pesquisa de Bourdieu, o fator externo tinha caráter quantitativo, aumento da densidade da “clientela”. No caso da interdição à AHT, o fator externo foi a invenção (acidental, como apontou o médico Luiz Moura) dos antibióticos, principalmente a penicilina.

É necessário apontar ainda, que a percepção socioantropológica das mudanças sociais também podem ser notadas em pesquisas brasileiras. Paulino (2012), ao investigar uma experiência de economia solidária circunscrita à cidade de Fortaleza -

CE, também identificou (ainda que não tivesse centralidade em sua pesquisa) a “variável” mudança social:

É importante ressaltar aqui, que determinados sistemas de representações, significados e práticas encontram-se subjacentes à relação entre pobreza e ação política no contexto dos movimentos sociais de bairros. No caso do Conjunto Palmeiras, a experiência do Banco Palmas parece dar significado a um tipo de protagonismo político que se fundamenta em táticas discursivas e práticas focadas na mudança de valores, na inclusão social pela via do trabalho e na autonomia cidadã, como instrumentos alocados à superação do estado de pobreza (PAULINO, 2012, p 50).

A pesquisa de Paulino (2012) demonstrou que a experiência do Banco Palmas (entre outros elementos objetivos e subjetivos inerentes à história daquela comunidade), acarretou um processo (lento e gradual) de alteração nas relações econômicas dos moradores do Conjunto Palmeiras, algo captado nos discursos dos interlocutores contatados: “A fala nativa... revela, enfaticamente, que a economia solidária é um projeto em construção” (PAULINO, 2012, p. 201-202).

Paulino (2012) sugere que os sujeitos daquela comunidade – engajados no projeto – percebiam que o relacionar-se de forma “economicamente diferente”, ou seja, fazer frente aos padrões da economia capitalista, era algo processual. Apesar de alguns imaginarem que as melhoras sociais, em termos materiais, seriam imediatas, pouco a pouco foram se dando conta de que elas seriam vagarosas, mas profundas, pois mudariam todo o sistema de valores dos indivíduos envolvidos, e que a qualidade das mudanças sociais valeria cada tanto de investimento social e individual. Dito de outro modo, é possível identificar um Conjunto Palmeiras “de antes” e “depois” do Banco Palmas.

Os exemplos anteriormente apresentados não possuem relação com os processos de saúde-doença, por isto, para reforçar o argumento sobre a atenção teórica dada às mudanças sociais, exponho o último exemplo que focaliza esta área específica. Em *Saúde e cidadania: a experiência de Icapuí-Ce*, Vera Lúcia de Almeida investigou

o

novo modelo assistencial em saúde... [que] preconiza a saúde como um espaço de construção da cidadania a ser alcançada por uma população que, secularmente, apresenta características de carências radicais próprias da pobreza e da falta de assistência por parte das políticas públicas do Estado. No entanto, essa possibilidade torna-se viável com as grandes mudanças que vêm sendo observadas nas relações entre o Estado e a sociedade brasileira... Uma dessas mudanças vem acontecendo nas políticas de saúde a partir do projeto de *reforma sanitária* (ALMEIDA, 1999, p. 21).

Ao pesquisar o caso particular do município de Icapuí-Ce, que na década de 1990 modificou as bases da assistência em saúde, Almeida (1999), indica que houve uma transformação nos padrões assistenciais em saúde. Tal mudança deu-se de um modelo assistencial que reprime demandas espontâneas, centrado em ações de intervenções curativas, que subestima o usuário etc.; para outra maneira de assistência, mais humanizada, fundamentada em ações interventivas que visam a promoção da saúde a “recuperação”.

Além disso, outra proposição importante presente naquele estudo, diz respeito ao proativismo desempenhado pela população relativa a estes processos de mudança: “a aceitação, por parte da população, deste ou daquele modelo de assistência evidencia-se na prática” (ALMEIDA, 1999, p. 72). A “prática” a qual se referia a autora diz respeito ao cotidiano das relações entre usuários e profissionais de saúde, captado por ela através de entrevistas e outros mecanismos de investigação. No entanto, segundo a autora, apesar do protagonismo popular, os principais atores responsáveis por esta transformação [são] os profissionais de saúde” (*ibidem*, p. 79).

Apesar de ser reduzida, esta pequena lista de estudos sociais poderia ser imensamente adensada. No entanto, acredito que os exemplos mostrados são suficientes para avançarmos no debate e nos colocarmos diante de uma questão importante: como ocorrem as mudanças sociais?

5.1 COMO OCORREM AS MUDANÇAS SOCIAIS?

Do modo como demonstrei anteriormente, há indícios de que a AHT fosse praticada antes do século XX, como sugerem os trechos citados do grupo RME, por volta da última década do séc XIX. Mas, objetivamente, podemos ver sua existência nas primeiras décadas de 1900. Legitimada social e cientificamente até a década de 1970 (no Brasil), evidencia-se que tal procedimento foi largamente utilizado como ferramenta médica. No entanto, desde 2007 os profissionais de saúde estão interditados de utilizarem a AHT enquanto recurso terapêutico.

Mas fica em aberto a pergunta que intitula este tópico: como ocorre essa mudança? Para encontrar alguma pista de resposta, ainda que provisória, recorro a pesquisadores que, em certa medida, já se fizeram questionamento similar. Começarei por Ludwik Fleck, que na condição de médico, interrogou-se sobre as mudanças de “estilos de pensamento” referentes às maneiras de pensar os processos de saúde-doença.

Relembremo-nos, na introdução desta tese, quando indiquei que os estudos sociais em saúde apontam que foram os profissionais da saúde os primeiros a tematizarem a “dimensão social” dos processos de saúde-doença. Fleck foi um destes profissionais. Formado em medicina pela Universidade Jan Kazimierz, e interessado em pesquisa microbiológica, transitou entre as fronteiras da clínica, da pesquisa e do magistério em medicina, até o “limbo” do pensamento abstrato, a epistemologia.

A mais conhecida obra de Fleck é *Gênese e desenvolvimento de um Fato Científico* (2010), que inclusive influenciou em, alguma medida, outra importante obra dos estudos em filosofia e história da ciência – *As estruturas das Revoluções Científicas*, de Thomas Kuhn. Fleck (2010) realiza uma complexa reflexão sobre os processos pelos quais o conhecimento médico é produzido, legitimado, transformado etc. Fleck pesquisou como, ao longo da história, a medicina interpretou e compreendeu determinada doença, a sífilis.

A investigação realizada pelo autor é caracterizada como uma “história da gênese de um conceito científico” (FLECK, 2010, p. 61). Fleck propôs que, em relação

à sífilis, a ideia da doença não é algo estático. A conceituação da sífilis, por exemplo, segundo o autor, sofreu, até a sua época, três mudanças. Tais transformações conceituais teriam sido influenciadas, em maior ou menor grau, por fatores externos à ciência.

Mapeadas, temporalmente, até fins do século XV, as primeiras ideias relativas ao estado da doença, hoje conhecida como sífilis, baseavam-se em concepções místicas, e até mesmo astrológicas. Segundo Fleck (2010), “quem sabe do papel dominante da astrologia naquele momento vê com facilidade a importância propagandística dessa explicação astrológica da origem da sífilis para a pesquisa da época” (p.40). A “teoria mítico-astrológica da sífilis” a que se refere o autor, foi por ele identificada em um “manual de medicina” da época:

A maioria dos escritos supõe que a conjunção de Saturno e Júpiter em 25/11/1484, sob o signo de escorpião, e na casa de Marte, tenha sido a causa da epidemia venérea. O bom Júpiter sucumbiu aos maus planetas Saturno e Marte, e o signo de Escorpião, ao qual são submetidas as partes genitais, explicam por que os órgãos genitais eram o ponto de ataque das novas doenças (FLECK, 2010, p. 40)

Fleck (2010) sustenta que além das ideias astrológicas, concepções religiosas também influenciaram as primeiras conceituações relativas à sífilis. Sob influxo de ideias mítico-religiosas, primeiro “modelo conceitual” da sífilis, ficou o legado segundo o qual se concebe à doença a característica “venérea”, cuja explicação pautava-se na “estigmatização” do “prazer pecaminoso”.

Uma segunda conceituação sobre a doença surge a partir do desenvolvimento da medicina empírica. Nesse estágio conceitual, nomeado de empírico-terapêutico, classifica-se a doença por separação em relação à demais doenças venéreas, a partir da implementação da experimentação do mercúrio no tratamento de doenças desse tipo.

O terceiro “estágio conceitual” da doença, chamado “patológico-experimental” (FLECK, 2010, p. 48) corresponde ao advento de tentativas para distinguir, já que o sistema conceitual anterior ainda não havia conseguido, a sífilis, a

gonorreia, o cancro, entre outras doenças venéreas. É nesse contexto que surge a reação de Wassermann, que originou a identificação da doença a partir do exame de sangue. A sífilis foi apenas um “recorte empírico” utilizado por Fleck para demonstrar algo mais profundo, o caráter coletivo na compreensão dos processos relativos à dimensão saúde-doença. Seguindo essa linha argumentativa, não apenas o conceito da patologia “sífilis”, mas, de modo geral, o modo como os “coletivos de pensamentos” racionalizam a existência, a partir do conhecimento científico.

Por essa razão, Douglas (2012) opta por basear sua argumentação sobre a “natureza” da ação coletiva nas ideias desenvolvidas por Fleck (2010), pois, juntamente às proposições durkheimianas relativas ao pensamento religioso, pretende superar críticas concernentes aos teóricos do estrutural-funcionalismo (que apontam a necessidade de se levar em conta as estruturas sociais na explicação da ação coletiva), bem como aos individualistas (que bradam para a centralidade da racionalidade individual no processo de produção da vida coletiva).

Norbert Elias, entre os cientistas sociais contemporâneos, talvez tenha sido aquele que, deliberadamente, mais investiu no aprofundamento da discussão sobre a relação entre indivíduo e sociedade. Segundo o autor, as pesquisas que tematizam os processos de mudança social podem ser “classificadas” em dois grupos: aqueles que defendem que tais processos são protagonizados por determinados agentes sociais – comumente nomeados, em razão de focarem suas investigações nos indivíduos, de individualistas –, e aqueles que acreditam que tais ações são deflagradas por instituições, usualmente denominadas estruturas – estes são amplamente reconhecidos como holistas, estrutural-funcionalistas etc. Mas Elias (1994) acredita ser equivocada esta distinção conceitual.

A obra que sintetiza tais discussões é *A sociedade dos indivíduos*. Desde as pesquisas sobre a sociedade de corte, na França absolutista, esta problemática lhe chamava a atenção. Isto fica claro ao investigar as formas sociais da corte do Rei Sol, Luís XIV. Elias (2001) mostra que Luís XIV, apesar de toda concentração de poder que

conseguiu realizar, estava preso a “etiquetas”, a normas comportamentais nas quais sua figura absolutista tanto se nutria como era “alimentadora”:

Os conceitos de “indivíduo” e “sociedade” geralmente são usados como se dissessem respeito a duas substâncias distintas e estáveis. Por esse uso das palavras, é fácil ter a impressão de que elas designam objetos não só distintos, mas absolutamente independentes em sua existência. **Mas na realidade designam processos.** Trata-se de processos que de fato se diferenciam, mas são indissociáveis. O desenvolvimento da pessoa do rei e o de sua posição caminham de mãos dadas (ELLIAS, 2001, p. 45) [Grifos meus].

Dessa forma, Elias, em *A sociedade dos indivíduos*, sugere que compreender as duas categorias como entidade “distintas” – na maioria das vezes, concebidas como antagônicas – é uma questão de limitação conceitual (1994, p. 16). Daí a sugestão de entendê-las como “processos” distintos.

O indivíduo, que na verdade é a conceitualização da singularidade do sujeito, é o resultado de processo específico – vale ressaltar que, talvez por influência de sua formação em medicina, portanto com conhecimento em biologia, a concepção deste processo leva também em consideração a dimensão natural da existência humana. Assim como o agrupamento de sujeitos singulares, denominado indivíduo, igualmente é a consequência de processos específicos. Não me prolongarei na explanação sobre as concepções de Norbert Elias. Trouxe-o, brevemente, tão somente para tomar emprestada a ideia segundo a qual os termos “indivíduo” e “sociedade” “designam processo”, e contribuir para pensarmos como se dá a “interdição” à AHT do ponto de vista sociológico.

O Parecer do CFM é o documento central em relação ao fato aqui em estudo, apesar de ser a Nota da ANVISA a norma que terá maior implicações, pois lá é que encontramos as implicações jurídicas no desejo de coibir que profissionais de saúde tratem sujeitos com a AHT. É o parecer que produz o elemento justificador da interdição, a saber, a cientificidade não comprovada. Importante notar que, o parecer não se baseia em alguma pesquisa que ateste que seu uso é prejudicial, ou mesmo que

não traz nenhum benefício. Antes, faz uma discussão a partir da falta de “evidências confiáveis em revistas científicas de elevado padrão”.

A importância que estou dando a este parecer se explica porque é a partir dele que se lança pressão para que profissionais a abandonem, ainda que não se baseie, ele mesmo, em pesquisa padrão ouro (os conhecidos RCCT's – Randomized Controlled Clinical Trials. Em português se usa a expressão Estudos Duplo-cego Randomizados). Dessa forma, apoiando-se em discussão revisional, o que o parecer emite é uma opinião política, “interditar” por não haver estudos comprobatórios de sua eficiência ou não. Importa também refletir sobre a confecção” do documento.

A criação do parecer foi realizada por um conselheiro-relator que, institucionalmente, desempenha funções de um “parecerista”, sendo assim, reconhecido como o “porta voz” da instituição médica em questão. Poder-se-ia imaginar que esse seria um mecanismo monocrático e, sendo assim, não justificaria pensar que o tal documento fosse entendido como o resultado de um “pensamento institucional”. Assim, cabe salientar que, é a partir do pensamento de Mary Douglas (2007) – apesar de sua perspectiva teórica ser diferente da de Foucault (2004b) –, que aponta para o fato de as decisões mais importantes, relativas à coletividade, serem produzidas institucionalmente.

No entanto, ressalto que, apesar de ser elaborado geralmente por apenas um relator, o parecer passa por um processo. Uma das fases desse processo é uma apreciação plenária, como aponta o artº 6 da Resolução Nº 2.070/2014 do CFM: “Todos os pareceres serão obrigatoriamente apresentados por um conselheiro e submetidos à aprovação da plenária do Conselho de Medicina”.

Assim, qualquer polêmica relacionada aos processos de saúde-doença, que chegue ao CFM para ser debatida receberá uma análise coletiva, ainda que tal apreciação ocorra somente ao final do processo, apenas para referendar ou não aquilo de que trata o conteúdo do documento. Além disso, fica ainda mais evidente o “controle” institucional sobre as matérias analisadas por conselheiros-relatores, quando se lê no artº

7 da Resolução Nº 2.070/2014: “Na apresentação do parecer à plenária, poderá ser solicitado pedido de vista por um conselheiro, devendo ambos os pareceres, do relator e de vista, ser obrigatoriamente apresentados no prazo de 30 dias”.

O CFM, através deste mecanismo – a partir dos artº 6 e 7 acima transcritos – , realiza o que Mary Douglas (2012) denominou “controle social da cognição”. Na prática, o CFM não conseguiria dar conta de processar todos os questionamentos oriundos da sociedade (médica e não-médica, diga-se passagem, pois, qualquer sujeito pode enviar ao órgão algum tipo de questão, desde que obedeça aos critérios estabelecidos por eles). Daí por que delegar essa função a indivíduos, conselheiros-relatores. No entanto, para garantir coesão na emissão de tais julgamentos, a tarefa desempenhada por um indivíduo, necessariamente, passa pelo crivo institucional, representado na figura da reunião plenária.

Portanto, é pautando-me nas ideias precedentes que nesta tese, entendo ser a interdição à AHT o produto de um “pensamento institucional”; produzido coletivamente pelo CFM e ANVISA (ainda que em um ambiente intelectual não-hegemônico, haja visto haverem outras correntes de pensamento médico que se contrapõem às teorias que fundamentam a decisão de interdição à terapia).

5.2 Guerra das ciências: o conhecimento em conflito

As discussões anteriores parecem reacender (ou seria inflamar ainda mais?) os conflitos, nomeados por Boaventura de Sousa Santos (2008) como *Guerra da Ciência*. Num texto curto e direto, *Um discurso sobre as ciências*, escrito em 1987, o autor tematizou os desenvolvimentos do pensamento científico e os futuros possíveis a este modo específico de conhecimento.

Naquele importante escrito, o autor dizia: “as potencialidades da tradução tecnológica dos conhecimentos acumulados fazem-nos crer no limiar de uma sociedade de comunicação e interactiva libertada das carências e inseguranças que ainda hoje

compõem os dias de muitos de nós (SANTOS, 2008, p. 14). Dito de outra forma, de um lado identifica-se, ainda hoje, uma confiança exacerbada nos desenvolvimentos tecnológicos alcançados a partir dos avanços científicos, de outro, “uma reflexão cada vez mais aprofundada sobre os limites do rigor científico combinada com os perigos cada vez mais verosímeis da catástrofe ecológica ou da guerra nuclear fazem-nos temer que o século XXI termine antes de começar” (*idem*).

Segundo Santos (2012), há Epistemologias do Sul porque existem Epistemologias do Norte, umas existem em relação às outras: “se não houvesse Epistemologias do Norte não seriam necessárias Epistemologias do Sul”. Santos aponta que, em longo prazo, o ideal seria que não houvesse apenas estas duas “formas epistêmicas”, mas antes, uma grandiosa “pluralidade epistêmica” – dado que tal pluralidade é o que se observa na realidade – e que, entre elas, houvesse respeito mútuo, relacionando-se umas com as outras seguindo os princípios democráticos.

Tal convivência deveria levar em conta as diferenças entre os modos de pensar inerentes a cada grupo social, a cada região do globo, tratando os diversos modos de pensar, específicos de cada povo, a partir do princípio da diferença, e especificamente, das diferenças concebidas de modo horizontal, ressaltando suas “equivalências”. E não, ao contrário, segundo o princípio da desigualdade, em que se percebe as diferenças epistêmicas hierarquizando-as umas sobre as outras, mecanismo que, hodiernamente, faz funcionar as relações entre epistemologias do norte e do sul, sendo estas, quando muito, subordinadas àquelas.

É nesse sentido que os sistemas epistêmicos do sul surgem para contraporem-se aos do norte, numa relação de subalternidade, mas também de insurgência e resistência. Assim, as racionalidades médicas diferentes da biomedicina, epistemologicamente, inserem-se no padrão de racionalidade mais heterogêneo. Desse modo, os médicos que defendem haver “racionalidade” na AHT, o fazem (mesmo que não intencionalmente) colocando-se como questionadores do modelo epistemológico dominante.

A “racionalidade médica” ortodoxa parece ir além do fechamento a novas possibilidades de compreender as questões que envolvem os processos de saúde-doença. Pelo que se vê, envolta no discurso da bioética, ou de uma medicina ética, camuflam-se concepções exclusivistas que tentam invalidar possibilidades compreensivas desenvolvidas por outras “racionalidades médicas”, tais como a Medicina Integral, não reconhecida como medicina racional, como vimos na fala do médico Munir Massud, que rechaça as medicinas complementares como charlatãs. Seria necessário construir um ambiente, como defende Boaventura de Sousa Santos, epistemologicamente democrático. Um ambiente em que as diversificadas formas subjetivas de compreensão da realidade se equivalessem e não houvesse supervalorização de umas em detrimento de outras.

Acredito que o fortalecimento da pluralidade epistêmica pode ser construído a partir da valorização e do respeito à cognição “do outro”. Nesse sentido, a contribuição que acredito ser inerente a esta pesquisa é a trazer à discussão sobre a relação *indivíduo-sociedade*, as ideias de Humberto Maturana – a partir de seus estudos sobre “a biologia do conhecimento” – para dialogar com os autores precedentes, em especial com Bourdieu. Em seguida, apontar como o conhecimento, e nomeadamente o da medicina, é resultado de uma “construção político-social”.

Em outros termos, reflito sobre como ocorre essa coletiva construção cognitiva da interdição à AHT. Longe de um determinismo biologizante, Maturana, assinalando as dimensões biológicas dos processos cognitivos, aponta para um determinado “quantum social” relativo aos processos de “interpretação” (procedimentos cognitivos) da realidade. Essa discussão insere-se num quadro maior, a saber, os ainda controversos debates sobre a relação “indivíduo-sociedade”, pois vem à baila a questão de investigar se os processos de “mudança” são “protagonizados” por sujeitos-indivíduos-atores, ou por estruturas-instituições sociais.

Anteriormente, dialogando com Elias (2001), indiquei que os conceitos “indivíduo” e “sociedade” “designam processo”, mas ao sugerir isso, surge uma indagação: como o indivíduo e a sociedade influem na criação de conhecimentos?

Trarei as contribuições teóricas de Humberto Maturana na tentativa de esclarecer melhor esta problemática.

Maturana, em diversos textos fundou uma “teoria biológica do conhecimento” – também conhecida como teoria da “autopoiese” (segundo uma etiologia superficial: do grego auto "próprio", poiesis "criação"). As ideias deste autor sobre os mecanismos cognitivos do ser humano, distinguem-se das dos demais pesquisadores, principalmente por considerar a dimensão biológica do ser humano.

Desde Marcel Mauss (2003) – por exemplo, no artigo *Efeito físico no indivíduo da ideia de morte sugerida pela coletividade*, que analisa os efeitos físicos e biológicos da imposição de morte realizada por grupos sociais a indivíduos – sempre houve teóricos que apontaram para a necessidade de as ciências sociais, de forma séria, dialogarem com os conhecimentos biológicos. No entanto, há uma quantidade expressiva de outros teóricos que rechaçam tal empreitada. Talvez a explicação para esta repulsa pelos cientistas sociais, em parte, seja devido aos danos causados pelas ideias do “darwinismo social”, que justificou inúmeras atrocidades cometidas por nações colonialistas. Mas, a despeito desse temor justificado, não se explica o comodismo que estanca pensar novas possibilidades.

Por isso, acredito que Maturana, apesar de emitir suas proposições a partir de sua posição de “cientista natural”, venha a sanar a lacuna presente no pensamento social de não realizar aproximações entre as duas áreas do conhecimento. Maturana e Varela (2001), com a finalidade de produzirem uma teoria do conhecimento que fosse inovadora, partem de um princípio “simples”, a vida define-se por ser um processo de conhecer, “Todo fazer é um conhecer e todo conhecer é um fazer” (MATURANA; VARELA, 2001, p. 31). Desse modo, se quisermos conhecer o mundo, temos que compreender como nós, enquanto seres cognoscentes, compreendemos a realidade à nossa volta.

Esse é ponto chave da proposição dos autores, na teoria do conhecimento que propõe, “levam em conta” o sujeito cognoscente. Diferente de qualquer outra

proposição – de positivistas a relativistas que ao teorizarem sobre o conhecimento tomam como dada a separação entre “sujeito” e “objeto”, deixam de aplicar ao próprio indivíduo conhecedor as ideias que propõe sobre como ele produz o conhecimento –, Maturana e Varela (2001) partem da valorização, primeiramente, do sujeito conhecedor. Que isso significa? Significa dizer que o sujeito influi e constrói parte da própria realidade a que está imerso, ou mesmo que se interessa por pesquisar.

Essa proposição fica bem mais clara com os exemplos que Maturana (2014) usa para embasar tal argumentação. Por ter formação nas ciências naturais, a maior parte dos exemplos elencados por ele – que os denomina: *background experimental* – dizem respeito àquela área de conhecimento. O mais famoso é o da salamandra, mas irei usar outro – circunscrito a um exemplo de Física Óptica – que pode dialogar melhor com os conhecimentos sociais. Refiro-me à experiência da percepção de cores. Vejamos o que Maturana (2014) diz:

Em 1968... estava trabalhando com outro aspecto do fenômeno da percepção, mais especificamente com a visão de cores. E queria explicar como se constitui o espaço da distinção cromática, como fazemos distinções cromáticas – porque nós fazemos distinções cromáticas! (...) Aqui surge uma questão interessante, porque nós damos um mesmo nome a experiências cromáticas que, sob a análise da composição da luz, deveriam ser distintas. (...) Há situações em que se sabe que a composição da luz é de um certo tipo, mas a experiência cromática que se tem não corresponde a essa composição espectral. Um exemplo muito simples disso é o que se chama de sombras coloridas. As sombras coloridas são bastante adequadas para exemplificar essa questão porque as encontramos na noite, nas cidades em que há letreiros luminosos, ou podemos produzi-las em casa, com duas fontes de luz, uma vermelha e uma branca, e um objeto que possa fazer sombra para ambas as luzes... Essas luzes se encontram no objeto e, então, como aí temos vermelho e branco, vemos rosado mais ou menos desbotado. Em uma das sombras produzidas pelo objeto, a sombra da luz branca, temos luz vermelha e vemos sombra vermelha; essa área recebe luz branca. Aí vemos verde, e não branco! (MATURANA, 2014, p. 18-19).

O autor usou esta antiga experiência da Física Óptica para refletir sobre como nós, seres humanos, conhecemos o mundo. A partir dessa experiência, o ponto chave para compreender as ideias de Maturana é pensar sobre as zonas onde há a intersecção da luz, em dois pontos, que produzem duas cores diferentes das fontes

(vermelha e branca), a saber, verde e rosa. A questão que se propôs o autor foi, porque nomeamos como “verde” e “rosa” algo que, apesar de ter essa aparência, ao se depurar a composição do “verde” e do “rosa”, vê-se que é uma “ilusão cromática”?

A análise desta experiência dá a Maturana subsídios para inferir que na vida cotidiana, não dá para distinguir as “experiências verdadeiras” das “percepções falsas”, isso é dito a partir do experimento da luz; nomeamos “verde” a ambas percepções do verde, o verde verdadeiro, aquele que corresponde ao espectro de luz assim conhecido, e à falsa percepção, como no exemplo da sobreposição das luzes.

Maturana (2014) vai além, e quer explicar esse fenômeno do conhecer, “Essa ação... de como conhecemos, de como se validam nossas coordenações cognitivas, não é de modo algum trivial... Estamos imersos nisso momento a momento. Por isso, somos nós, observadores o ponto central da reflexão e o ponto de partida reflexão” (p. 24-25). Levar em conta o observador é importante, mas existe algo, para os conhecimentos sociais, mais interessante na teoria de Maturana, que é o fato de que o conhecimento, apesar de “exigir” uma base biológica (individual), só é realmente reconhecido enquanto tal seguindo uma outra exigência, o outro, ou melhor, uma explicação da realidade só é considerada conhecimento na interação social.

O autor chega a essa assertiva a partir da distinção entre a experiência e a explicação dada à esta. Assim, “uma explicação é uma reformulação da experiência aceita por um observador... Mas se pararmos para ver o que acontece, descobrimos que o explicar e a explicação têm a ver com aquele que aceita a explicação” (MATURANA, 2014, p. 27). Portanto, no que diz respeito à compreensão da realidade é imprescindível a interação social, pois qualquer proposição explicativa da realidade, que se pretenda conhecimento, necessita da “anuência” do “outro”, ou dos “outros”.

Estas ideias apontadas por Maturana (2014), corroboram as proposições sociológicas de Bourdieu (1983; 2004b; 2007), especificamente no que diz respeito à concepção de que a sociedade, ou a vida social, decorre das lutas travadas nos campos sociais. De outro modo, ao propor que, por exemplo, “o gosto de classe” (Bourdieu,

2007) é criado no seio de uma coletividade, se está se propondo ideias bem precedidas. E mais, ainda considerando a teoria bourdieusiana, vê-se que a sociedade é “resultado” dos embates que mobilizam, ou são embasados, pela ação individual entre sujeitos sociais que orientam-se seguindo o *habitus* inerente a cada um. Assim, a verdade (ou realidade) é fruto de ações sociais, sejam elas violentas e impositivas ou mesmo pacíficas.

Trazendo o objeto desta pesquisa à luz destas ideias, vejo que a interdição à AHT foi elaborada por um indivíduo, no entanto é uma produção coletiva, pois além de ser validada apenas em grupo (como apontei anteriormente), é fruto da manipulação de um pensamento coletivo, a saber, a epistemologia biomédica. O Parecer do CFM é assinado por Munir Massud, no entanto, foi produzido coletivamente, no sentido de ter sido elaborado seguindo o pensamento epistêmico dominante na medicina científica.

CONCLUSÃO

Na introdução deste texto, esclarecia que minha proposta investigativa se caracterizava pelo intuito de compreender o contexto sociocultural que permitia à técnica conhecida como AHT passar de cientificamente legítima à condição marginal de “não-científica”. A tese que propus é a de que a mudança nos parâmetros de cientificidade na medicina foi influenciada pela criação dos antibióticos, pois essa descoberta sutilmente fortaleceu a supervalorização da episteme cartesiano-mecanicista, transformando o saber biomédico cada vez mais biologizante e farmacologizado, em detrimento de um modelo que se pautava sobremaneira na prática da clínica médica.

Desse modo, vejo que a contribuição que a presente pesquisa traz é, por mais simples que possa parecer, desnaturalizar a interdição à AHT. Por banal que pareça esta afirmação, ela demonstra que a percepção contemporânea da não cientificidade da técnica é algo mais imbuído de caracteres políticos que propriamente pertencentes à racionalidade científica. Ao encerrar a pesquisa, apresento algumas outras proposições.

No início da investigação – quando eu estava começando a buscar dados referentes ao contexto de legalização da AHT em Portugal –, imaginava fortemente que havia uma diferenciação entre a “ciência médica brasileira” e aquela praticada naquele país ibérico, em razão de lá ser possível tratar-se a partir da AHT, como demonstrei ao falar sobre a clínica Karma Clinic. No entanto, com o avanço das investigações, percebi que estava equivocado.

Mesmo consciente de haver divergências, ou seja, certo grau de diferenciação que permeia o “estilo de pensamento” (parafraseando Fleck [2010]) na medicina científica – ressaltando que ela própria é permeada por modos diversificados de entendimento do que seja a atividade e a racionalidade biomédica; para tanto, basta lembrarmos que a defesa dos RCCT’s como melhor e mais avançado critério de validação de conhecimento médico é amplamente criticada entre setores da *expertise* médica –, o que pude notar foi, especificamente em relação à concepção sobre a AHT, haver unidade entre as comunidades do pensamento biomédico português e brasileiro.

Cheguei a esta proposição ao observar que naquele país ibérico a AHT é exercida como uma prática da Medicina Complementar e, como tentei esclarecer

anteriormente – a partir do estudo do Parecer do CFM, da Nota Técnica da ANVISA e da tese de doutorado do parecerista do CFM –, mesmo havendo divergências em relação à Medicina Baseada em Evidências, a presença desta concepção relativa à prática e ao pensamento médico nas instâncias institucionais mais importantes (CFM, ANVISA, Associação Brasileira de Hematologia, Hemoterapia e Terapia Celular-ABHH) faz com que a Medicina Complementar – repito, mesmo com exceções – seja menos valorizada que a medicina acadêmica que prioriza tratamentos mais tecnicistas.

Portanto, considerando o padrão de cientificidade contemporâneo na medicina acadêmica – caracterizada principalmente por seu método, “Baseado em Evidências”, protagonizado pelos RCCT’s –, que goza de amplo respaldo entre a comunidade médica, a AHT é rechaçada como não-científica tanto aqui no Brasil quanto lá em Portugal. Este é um ponto que denota semelhança, ou mesmo unidade, entre os dois contextos. Ambos os países enaltecem o modelo biomédico na assistência em saúde, no entanto, ao agirem desse modo, “a medicina moderna perde frequentemente de vista o paciente como ser humano, e ao reduzir a saúde a um funcionamento mecânico, não pode mais ocupar-se com o fenômeno da cura” (CAPRA, 2006, p. 119).

Neste momento de finalização, cabe voltar ao início do texto para dar sentido à discussão. Na introdução eu havia me colocado a seguinte questão com a característica de ser fundante da pesquisa apresentada, lembrando: “já que a medicina propõe-se científica, como a AHT pode ser aceita, legalizada e tida como cientificamente aprovada pela comunidade médica em Portugal, e, ao mesmo tempo, ser negada, criticada e não aceita aqui no Brasil?” Como pretendo que tenha ficado claro, a questão foi baseada numa leitura “equivocada”, ou superficial, da realidade.

Desta maneira, uma das conclusões a que chego é a de que a técnica aqui em debate é praticada em Portugal por uma medicina que se contrapõe à Medicina Baseada em Evidências. A clínica investigada, Karma Clinic, é especializada em práticas alternativas, denominadas pelos seus idealizadores como “medicinas naturais”. Esse estilo de medicina que, pelo menos em parte da Europa tem alguma referência acadêmica – mesmo que seja rechaçada pela Medicina Baseada em Evidências – desfruta de certa liberdade de existir enquanto alternativa à medicina ortodoxa.

Mas o que diferencia o contexto português do brasileiro? Como demonstrei durante o texto, os parâmetros científicos de ambos os países são os mesmos. A medicina acadêmica contemporânea, amplamente reconhecida como Medicina Baseada em Evidências, nos dois países não reconhece cientificidade à AHT. Assim, em Portugal a terapia é inserida no contexto da medicina natural (ou complementar). Dessa forma, abre-se margem para outras investigações, pois, se a medicina científica, em Portugal, não consegue limitar o uso da AHT, presume-se ser em decorrência de algum outro fator. Possivelmente, este fator seria a existência de um ambiente democrático mais amplo que no Brasil, mais fortemente enraizado nas instituições sociais, possibilitando mais liberdade no que concerne às formas de tratamentos variadas.

Por fim, sintetizo as ideias principais aqui apresentadas. Aponto que os “médicos-cientistas” (caracterizados no conselheiro-relator do Parecer do Conselho Federal de Medicina), ao analisarem” a AHT e, conseqüentemente interditem seu uso aos profissionais de saúde sem realizarem pesquisas embasadas em metodologia RCCT’s produzem uma ação política, e não médico-científica, tendo em vista que seriam necessárias pesquisas que atestassem sua não-aplicabilidade.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Eduardo. **As Razões da Terapêutica**: Empirismo e Racionalismo na Medicina, 2ª edição revista e ampliada, 2011.

ALMEIDA, Leandro Antônio de. **Mecanismos de busca em hemerotecas digitais nacionais**: possibilidades e desafios para a pesquisa histórica. IN: Fênix – Revista de História e Estudos Culturais. Vol. 10. Ano X, Nº 2. Disponível em: <http://www.revistafenix.pro.br/PDF32/ARTIGO_08_SECAO_LIVRE_LEANDRO_ANTONIO_DE_ALMEIDA_FENIX_JUL_DEZ_2013.pdf>.

ALMEIDA, Vera Lúcia de. **Saúde e cidadania**: a experiência de Icapuí-CE. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1999.

BECKER, Howard S. **Falando da sociedade**: ensaios sobre as diferentes maneiras de representar o social. Rio de Janeiro, RJ: Zahar, 2009.

BECK, Ulrich. **Sociedade de risco**: rumo a uma outra modernidade. Rio de Janeiro: Editora 34, 2010.

BENEDICT, Ruth. **O crisântemo e a espada**: padrões da cultura japonesa. São Paulo: Perspectiva, 1972.

BÉRAUD, Claude. **L'économie médicale, une espérance déçue** (Commentaire). In: Sciences sociales et santé. Volume 1, nº2, 1983. pp. 79-97. [En ligne] http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/sosan_0294-0337_1983_num_1_2_941

BERGER, P. L., & LUCKMANN, T. **A construção social da realidade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1985.

BOURDIEU, Pierre. **Sociologia**. São Paulo, Ed. Ática, 1983.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro, RJ: Bertrand Brasil, 1989.

BOURDIEU, P. **Razões práticas**: sobre a teoria da ação. Campinas, SP. Papirus Editora, 1996.

BOURDIEU, P. **Coisas ditas**. São Paulo: Brasiliense, 2004.

BOURDIEU, P. **Os usos sociais da ciência**. São Paulo UNESP, 2004b.

BOURDIEU, P. **A Distinção**: crítica social do julgamento. São Paulo: Edusp; Porto Alegre, RS: Zouk, 2007.

BRASIL. **Anuário Brasileiro da Educação Básica – 2014**.

BRASIL. **LEI Nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999**. Presidência da República. Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos, 26 jan. 1999. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9782.htm>.

BRASIL. **LEI Nº 10.205, de 21 de março de 2001**. Presidência da República. Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos, , 21 mar. 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10205.htm#art28>.

BRASIL. **RESOLUÇÃO-RDC/ANVISA nº 153, de 14 de junho de 2004**. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, 2004. Disponível em: <http://www.sbpc.org.br/upload/noticias_gerais/320100416113458.pdf>.

BRASIL. **Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares (PMNPC)**. Ministério da Saúde, fev. 2005. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ResumoExecutivoMedNatPratComp1402052.pdf>>.

BRASIL. **RESOLUÇÃO CFM Nº 1.982/2012**. Conselho Federal de Medicina, 2012. Disponível em: <http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1982_2012.pdf>

BOAS, Franz; (org.) CASTRO, Celso. **Antropologia cultural**. Rio de Janeiro, RJ: Zahar, 2004.

BRUYNE, Paul at al. **Dinâmica da pesquisa em ciências sociais: os polos da prática metodológica**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.

BURKE, P. **Cultura popular na Idade Moderna: Europa, 1500-1800**. São Paulo: Editora Companhia das Letras, 2010.

BURKE, P. **História e teoria social**. São Paulo, SP: UNESP, 2002.

BURKE, P. **Uma História Social do Conhecimento 1: De Gutenberg a Diderot**. Rio de Janeiro: Zahar, 2003.

BURKE, P. **Uma história social do conhecimento 2: Da Enciclopédia à Wikipédia**. Rio de Janeiro: Zahar, 2012.

BRUYNE, Paul de; HERMAN, Jacques; SCHOUTHEETE, Marc de. **Dinâmica da Pesquisa em Ciências Sociais**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.

CABRAL, José C. Abreu Pinto. **Auto-soroterapia**. 52f. 1920. Dissertação (Faculdade de Medicina do Porto). Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/17608/3/180_2_FMP_I_01_P.pdf>. Acesso em: 15/12/2016.

CANDEIAS, N. **Sociologia e medicina**. Revista de Saúde Pública, v. 5, n. 1, p. 111–127, jun. 1971

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

CAMARGO JR., K. R. DE. **(Ir)racionalidade Médica: Os Paradoxos da Clínica.** Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 2, n. 1, p. 203-230, jan. 1992.

CAMARGO JR., K. R. DE. **A biomedicina.** Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 15, p. 177-201, jan. 2005.

CAPRA, Fritjof. **O Ponto de mutação.** São Paulo: Cultrix, 2005.

CHALMERS, Alan Francis. **O que é ciência, afinal?** São Paulo, SP: Brasiliense, 1993.

CHALMERS, Alan Francis. **A fabricação da ciência.** São Paulo: Ed. da UNESP, 1994.

CHARMILLOT, Maryvonne. **Des maladies comme objets de recherche en sciences sociales: perspective épistémologique et éthique.** Socio-logos, Revue de l'association française de sociologie, 9 | 2014. Disponível em: <<https://socio-logos.revues.org/2887#text>>.

COLLINS, Harry; PINCH, Trevor. **Doutor Golem: como pensar a medicina.** Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010.

COSTA, Teógenes Luiz Silva da. **Auto-Hemoterapia e a invenção da biomedicina: um estudo sociológico sobre controvérsias médicas no Brasil.** 2013. 138f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, Disponível em: <<http://tede.biblioteca.ufpb.br/bitstream/tede/7807/2/arquivototal.pdf>>.

DOUGLAS, M. **Como as instituições pensam.** São Paulo, SP: EDUSP, 2007.

DOUGLAS, M. **Pureza e perigo.** São Paulo: Perspectiva, 2012.

DURKHEIM, É. **As Formas Elementares da vida religiosa: o sistema totêmico na Austrália.** São Paulo: Martins Fontes, 2001.

EIDELIMANET, Jean-Sébastien; KIVITS, Joëlle. **Dossier: Recherches en santé et santé de larecherche en sociologie – Orientations, professionnalisation, financements.** Socio-logos. [En ligne], 7 | 2012, mis en ligne le 02 novembre 2012, consulté le 01 mai 2016. URL: <<http://socio-logos.revues.org/2679>>.

ELIAS, N. **A sociedade de corte.** Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

ELIAS, Norbert. **A sociedade dos indivíduos.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994.

FASSIN, Didier. **Le domaine privé de la santé publique.** Pouvoir, politique et sida au Congo. In: Annales. Histoire, Sciences Sociales. 49e année, N. 4, 1994. pp. 745-775. [En ligne] http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/ahess_0395-2649_1994_num_49_4_279293

FASSIN, Didier. **Les domaines de l'anthropologie.** Réponse à Bernard Hours. In: Cahiers d'études africaines. Vol. 26 N°103. 1986. p. 505. [En ligne] http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/cea_0008-0055_1986_num_26_103_1715

FASSIN, Didier. **Une anthropologie de la santé publique**: l'ethnologue sorcier. In: Cahiers d'études africaines. Vol. 26 N°103. 1986. pp. 497-502. [En ligne] http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/cea_0008-0055_1986_num_26_103_1713

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

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro. Ed: Graal, 1984.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Petrópolis. Ed. Vozes, 2004.

FOUCAULT, M. **A Ordem do discurso**. São Paulo: Edições Loyola, 2004b.

FOUCAULT, M. **Ditos e escritos IV**: Estratégia, poder-saber, organização e seleção de textos, Manoel Barros da Motta: tradução. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

FOUCAULT, M. **A arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro, RJ: Forense Universitária, 2004.

FREYRE, Gilberto. **Sociologia da Medicina**. São Paulo. Editora: É Realizações, 2009.

GEERTZ, Clifford. **O saber local**: novos ensaios em antropologia interpretativa. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

GEERTZ, C. **Interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 2008

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo. Editora Atlas, 1999.

HAGUETTE, Teresa Maria Frota. **Metodologias qualitativas na Sociologia**. Petrópolis, RJ, 2013.

HOURS, Bernard. **L'État de la santé**. In: Cahiers d'études africaines. Vol. 26 N°103. 1986. pp. 395-401 [En ligne]. URL: http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/cea_0008-0055_1986_num_26_103_1708

LAPLANTINE, François; RABEYRON, Paul-Louis. **Medicinas Paralelas**. São Paulo; Ed Brasiliense, 1989.

LATOUR, B. **Jamais fomos modernos**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1994.

LATOUR, B. **Os objetos têm história?** Encontro de Pasteur com Whitehead num banho de ácido láctico. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.2, n. 1, p. 07-26, jun. 1995. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59701995000200002> acesso em 11 jul. 2016.

LATOURE, B. **Cogitamus** - Seis cartas sobre as humanidades científicas. Cogitamus - Seis cartas sobre as humanidades científicas. Rio de Janeiro: Editora 34, 2016.

LEITE, D.F; BARBOSA, P.F.T; GARRAFA, V. **Auto-hemoterapia, intervenção do Estado e bioética**. Rev Assoc Med Bras ;54(2):183-8, 2008.

LÉVI-STRAUSS, Claude. **De perto e de longe**. São Paulo. Cosac Naif, 2005.

LOPES, Noémia Glória Mendes. **Medicamentos, Consumos de Performace e Culturas Terapêuticas em mudança**. SOCIOLOGIA, PROBLEMAS E PRÁTICAS, n.º 78, 2015, pp. 9-28. Disponível em:
<<http://www.scielo.mec.pt/pdf/spp/n78/n78a01.pdf>>.

LUHMANN, Niklas. **Risk: a sociological theory**. New Brunswick, New Jersey: Transaction Publishers, 2008.

LUZ, M. T. **Especificidade da contribuição dos saberes e práticas das Ciências Sociais e Humanas para a saúde**. Saúde e Sociedade, v. 20, n. 1, p. 22–31, mar. 2011

MACHADO, Roberto (et al). **Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

MARX, K.; ENGELS, F. **A ideologia alemã**. São Paulo: Martins Fontes, 1980. V I.

MAUSS, Marcel. **Sociologia e Antropologia**. Traduzido por Paulo Neves. São Paulo: Cosac Naify, 2003.

MARTINEZ, Ana e SARMENTO, Luiz Fernando; Produção Independente. **Auto Hemoterapia: Conversa com Dr Luiz Moura [VÍDEO-DEPOIMENTO]**. Roteiro, produção e direção, 2004.
Disponível em: <<http://www.youtube.com/watch?v=BQmfGC85mcE>>.

MARTINS, A. **Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde**. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 8, n. 14, p. 21-32, fev. 2004.

MILLS, C. Wright. **A imaginação sociológica**. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 1969.

MOISES, Beatriz Perrone. **Claude Lévi-Strauss, aos 90**. Rev. Antropol. [online]. 1999, vol.42, n.1-2, pp.09-25. ISSN 0034-7701. <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-77011999000100002>>.

NASSI-CALÒ, L. **Polêmico artigo na Science expõe fragilidades da revisão por pares em um conjunto de periódicos de acesso aberto**. SciELO em Perspectiva. [viewed 22 May 2016]. Available from: <http://blog.scielo.org/blog/2013/11/05/polemico-artigo-na-science-expoe-fragilidades-da-revisao-por-pares-em-um-conjunto-de-periodicos-de-acesso-aberto/>

NEVES, Ednalva Maciel. **Antropologia e ciência: uma etnografia do fazer científico na era do risco**. São Luís: EDUFMA, 2008.

NUNES, E. D. **As Ciências Sociais em Saúde: reflexões sobre as origens e a construção de um campo de conhecimento**. Saúde e Sociedade, v. 1, n. 1, p. 59–84, jan. 1992.

OLMER, Fabienne. **La médecine dans l'Antiquité: professionnels et pratiques**, Sociétés & Représentations 2009/2 (n° 28), p. 153-172. DOI 10.3917/sr.028.0153. Article disponible en ligne à l'adresse: <http://www.cairn.info/revue-societes-et-representations-2009-2-page-153.htm>

ORLANDI, Eni P. **Análise de Discurso: princípios & Procedimentos**. Campinas: Pontes, 2001.

PAULINO, Antonio G. L.; COSTA, Teógenes L. S. DA. Ciências Sociais, Sociedade e Saúde: Breve Balanço dos Estudos Sociais em Saúde. In: DE MARIO, Camila Gonçalves. **A Contribuição das Ciências Sociais ao Campo da Saúde/Camila Gonçalves de Mario (Org.)**. Jundiaí, Paco Editorial: 2016.

PICARD Jean-François; SCHNEIDER William H. **L'histoire de la transfusion sanguine dans sa relation à la recherche médicale**. In: Vingtième Siècle. Revue d'histoire. N°49, janvier-mars 1996. pp. 3-17. [En ligne] http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/xxs_0294-1759_1996_num_49_1_3480

RAMALHO, Rejane Andréa; SAUNDERS, Cláudia. O papel da educação nutricional no combate às carências nutricionais. **Rev. Nutr.**, Campinas, v.13, n.1, p.11-16, Apr. 2000. Available from access on 12 Jan. 2017. <<http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732000000100002>>.

ROUDINESCO, Élisabeth. **A análise e o arquivo**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.

SÁ, Leonardo Damasceno de. **Guerra, mundo e consideração: uma etnografia das relações sociais dos jovens no Serviluz**. 2009, 283 pp. Fortaleza, Universidade Federal do Ceará (Tese de Doutorado).

SAMPAIO, G. dos R. **Nas trincheiras da cura: as diferentes medicinas no Rio de Janeiro imperial**. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2001.

SANTOS. Boaventura de Sousa. **Porquê as Epistemologias do Sul?** – Master Class 1. ALICE CES, 2012. Duração: 1h e 18 mins. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=ErVGiUQHjM>>. Acesso em: 05/02/2016.

SETTON, Maria da Graça Jacintho. **A socialização como fato social total: notas introdutórias sobre a teoria do habitus**. Rev. Bras. Educ. [online]. 2009, vol.14, n.41, pp.296-307. ISSN 1809-449X. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-24782009000200008>.

SHINN, T. RAGOUE, Pascal. **Controvérsias sobre a Ciência: por uma sociologia transversalista da atividade científica**. São Paulo. Editora 34, 2008.

- SIMMEL, Georg. **Questões fundamentais da sociologia: indivíduo e sociedade**. Rio de Janeiro: Zahar, 2006.
- STRATHERN, M. **O efeito etnográfico e outros ensaios**. São Paulo: Cosac Naify, 2014.
- THOMAS, William I., ZNANIECKI, Florian. **The polish peasant in Europe and America**. Volume One. NEW YORK, The Editors, Alfred A. Knopf, 1927.
- WAGNER, Roy. **A invenção da cultura**. São Paulo: Cosac & Naify, 2010.
- WEBER, M. **Sociologia: Max Weber**. São Paulo: Ática, 1982.
- WEBER, Max. **Economia e sociedade**. v. 1. Brasília, DF: Editora da UnB, 1999.
- WITTER, Nikelen Acosta. **Curar como arte e ofício: contribuições para um debate historiográfico sobre saúde, doença e cura**. Tempo, Niterói, v. 10, n. 19, p. 13-25, dez. 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-77042005000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 16 ago. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-77042005000200002>
- WYPLOSZ, Julien. **Qui a inventé l'aiguille creuse?** La Revue du Praticien, le 31-05-03. Disponível em: <<http://www.larevuedupraticien.fr/histoire-de-la-medecine/qui-invente-l%E2%80%99aiguille-creuse>>. Acesso em: fevereiro de 2015.

APÊNDICE – A

AUTO-HEMOTERAPIA EM PERIÓDICOS DE 1920-2016 – ARCEVO BIBLIOTECA NACIONAL (HEMEROTÉCA)

JORNAL O PEQUENO

1) <http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=800643&PagFis=34526>

Notícia: na “Reunião Médica Pernambucana: sessão preparatória. Notícia os temas que serão discutidos no encontro do ano de 1923, DESTAQUE: [tese] Epilepsia e Auto-hemoterapia, do Sr. Adalberto Cavalcante. [20/02/1923].

2) <http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=800643&PagFis=34566>

Notícia: Temas que foram discutidos na “Reunião Médica Pernambucana do ano de 1923, inclusive o seguinte: Epilepsia e Auto-hemoterapia, do Sr. Adalberto Cavalcante. [03/03/1923].

3) <http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=800643&PagFis=78943>

Notícia: Crônica científica: médico e patriota (Menção ao médico Joaquim de Oliveira Botelho, que dedicou-se a pesquisar a AH). [27/07/1948].

JORNAL DIÁRIO DA NOITE 2ª EDIÇÃO

4) http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=221961_01&PagFis=7224

Notícia: O tratamento Auto-Hemoterapia nas Tuberculoses: a inauguração de um novo consultório médico. [05/08/1931].

O JORNAL

5) <<http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=720593&pesq=autohemoterapia>> Notícia: Morte por Influenza (05/11/1918).

6) http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=110523_03&PagFis=9290

Notícia: Propaganda de “Novo consultório médico” especializado no tratamento com AH. [06/08/1931].

7) http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=110523_03&PagFis=9454

Notícia: Propaganda dos serviços do médico Carlos Grey através da AH [16/08/1931]

8) http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=110523_03&PagFis=9504

Notícia: Propaganda dos serviços do médico Carlos Grey através da AH [19/08/1931]

9) http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=110523_03&PagFis=9552

Notícia: Propaganda dos serviços do médico Carlos Grey através da AH [22/08/1931]

10) http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=110523_03&PagFis=9566

Notícia: Propaganda dos serviços do médico Carlos Grey através da AH [23/08/1931];

11) http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=110523_03&PagFis=9632

Notícia: Propaganda dos serviços do médico Carlos Grey através da AH [27/08/1931];

12) http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=110523_03&PagFis=9678

Notícia: Propaganda dos serviços do médico Carlos Grey através da AH [30/08/1931];

13) http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=110523_03&PagFis=9776
Notícia: Propaganda dos serviços do médico Carlos Grey através da AH [05/09/1931];

14) http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=110523_03&PagFis=9792
Notícia: Propaganda dos serviços do médico Carlos Grey através da AH [06/09/1931];

15) http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=110523_03&PagFis=9876
Notícia: Propaganda dos serviços do médico Carlos Grey através da AH [11/09/1931];

16) http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=110523_03&PagFis=10108
Notícia: Propaganda dos serviços do médico Carlos Grey através da AH [25/09/1931];

JORNAL DO BRASIL

17) http://memoria.bn.br/DocReader/docreader.aspx?bib=030015_05&PagFis=57
Notícia: Explicação e explanação sobre origens da A.H [03/01/1930].

18) http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=030015_05&PagFis=44368
Notícia: Assistência Médico-cirúrgica dos empregados municipais do RJ que foram tratados com a A.H (3531) no mês de maio de 1934 [22/06/1934].

19) http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=030015_05&PagFis=45180
Notícia: Assistência Médico-cirúrgica dos empregados municipais do RJ que foram tratados com a A.H [20/07/1934].

20) http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=030015_05&PagFis=55883
Notícia: Assistência Médico-cirúrgica dos empregados municipais do RJ que foram tratados com a A.H [31/07/1935].

21) http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=030015_05&PagFis=59526
Notícia: A MÚSICA NA MEDCINA SOCIAL: remédio para doentes e criminosos. [29/11/1935].

22) http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=030015_05&PagFis=61407
Notícia: Assistência Médico-cirúrgica dos empregados municipais do RJ que foram tratados com a A.H [31/01/1936].

23) http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=030015_05&PagFis=61617
Notícia: Assistência Médico-cirúrgica dos empregados municipais do RJ que foram tratados com a A.H [07/02/1936].

24) http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=030015_05&PagFis=66870
Notícia: A cura pela Vacina Autoterápica (discurso de médico João de Oliveira Botelho proferido na Academia Nacional de Medicina) [04/08/1936].

25) http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=030015_05&PagFis=75755
Notícia: Propaganda comercial de Enfermeiro diplomado oferecendo serviços de AH. [22/06/1937].

26) http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=030015_05&PagFis=75788
 Notícia: Propaganda comercial de Enfermeiro diplomado oferecendo serviços de AH. [23/06/1937].

27) http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=030015_05&PagFis=92433
 Notícia: AHT na cura do alcoolismo. [27/04/1939].

28) http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=030015_10&PagFis=57882
 Notícia: Coluna: Saúde. Dúvidas sobre Homeopatia (o texto assinado por Roberto Musauer, aponta a AH como terapêutica em alergias) [13/02/1983].

29) http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=030015_12&PagFis=207881
 Notícia: Falsa médica presa ao fazer tratamento sem autorização (o texto mostra que o uso da AH no RJ passa a ser combatido pelo Estado) [05/07/2007].

JORNAL O DIA

30) <<http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=092932&PagFis=32883>>
 Notícia: Dermatoses dos meses quentes – no Rio de Janeiro, assinado por Campos Mell [04/12/1936].

31) <http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=092932&PagFis=52627>
 Notícia: A vacina do próprio sangue – uma revolução na terapêutica da tuberculose. [07/07/1944]. É importante frisar também neste dia é noticiado o PRIMIERO LOTE DE PENICILINA produzida nos EUA.

JORNAL A GAZETA DA PHARMACIA

32) <<http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=029548&PagFis=7312>>
 Notícia: Eu não sei se você sabe (Comenta o tratamento de Tracoma=Conjuntivite através da AH) [12/1964].

33) <http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=029548&PagFis=11845>
 Notícia: Afta (Comenta os tratamentos disponíveis à época para o tratamento de aftas, inclusive com a AH) [01/1978].

JORNAL A MANHÃ

34) <http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=116408&PagFis=13420>
 Resenha científica: neo-hipocratismos. (Discorre sobre, entre outros tipos de tratamento, a AH). 20/11/1941].

JORNAL A NOITE

35) http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=348970_03&PagFis=54206
 Notícia: Coluna Médica: A insônia se cura com a injeção do próprio sangue. [27/05/1938].

36) http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=348970_05&PagFis=33353
 Notícia: Anuncio da Sociedade Médica de São Lucas ocorrida no dia 28/09/1955 (o texto mostra que naquela reunião, na ordem do dia, estava presente a participação do médico Carlos de Vasconcelos a falar sobre “Auto-hemoterapia local no tratamento da úlcera fagedêmica) [29/11/1955].

37) http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=348970_05&PagFis=33353

Notícia:

Combate à raiva pela soroterapia (o texto defende, através da explanação sobre os estudos do professor Azull Gomes, que deve-se tratar a raiva em cães através da soroterapia, lembrando que esta técnica, hoje em dia, é reconhecida Plasma Rico em Plaquetas, categorizado pelo Parecer do CFM como um tipo de AH) [29/11/1955].

REVISTA CARIOCA

38) <http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=830259&PagFis=11130>

Notícia: “Coluna Resposta às leitoras”. Direcionado a uma mulher chamada Mary Lou, indica-se o uso de AH contra espinhas no rosto. [29/04/1939].

REVISTA VIDA DOMÉSTICA

39) <http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=830305&PagFis=27637>

Notícia: Medicina Doméstica (Em forma de respostas a leitores, o médico Eduardo Simas Filho, entre outras respostas, atende à solicitação de uma mulher). [20/04/1938].

JORNAL CORREIO DA MANHÃ

40) http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=089842_05&PagFis=5841

Notícia: A homeopatia se preocupa com o doente. (O texto discorre sobre um artigo científico do professor Waldemar Lages da Faculdade de Medicina da Bahia, intitulado *Coqueluche e micro-auto-hemoterapia*) [06/04/1941].

41) http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=089842_05&PagFis=11474

Notícia: Conselhos de beleza (O texto discorre sobre o tratamento do Herpes através, entre outras intervenções, da AH) [08/03/1942].

42) http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=089842_05&PagFis=40760

Notícia: Movimento do serviço médico-social da Construtora Dourado S.A. durante o período de Janeiro a Dezembro de 1947, registra 18 aplicações de AH. [28/03/1948].

43) http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=089842_05&PagFis=46543

Notícia: Movimento do serviço médico-social da Construtora Dourado S.A. registra 6 aplicações de AH em 1948, e apresenta um balanço geral de 1944 a 1948, com 115 aplicações. [03/04/1949].

44) http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=093092_03&PagFis=19999

Notícia: **Coluna: Carta dos nossos leitores.** Matéria: **Câmara ardente.** (talvez esta seja a matéria mais importante, pois, corrobora o que os médicos Luiz Moura e João Veiga haviam dito em relação à diminuição do uso da AHT devido à descoberta e popularização da penicilina). [21/03/1945].

45) http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=093092_03&PagFis=32298

Notícia: COMPANHIA CERÂMICA BRASILEIRA: relatório a ser apresentado aos Sres. Acionistas na Assembleia Geral Ordinária a realizar-se em 26 de abril de 1948 (texto trata do gasto da empresa com a saúde dos trabalhadores no ano de 1947) [22/04/1948].

46) http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=089842_06&PagFis=1686

Notícia: Construtora Dourados S.A: demonstrativo de Movimento do Serviço Médico Social durante o ano de 1949, incluindo aplicações de AH. [31/03/1950].

47) http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=089842_06&PagFis=53311
Notícia: Anuncio da Sociedade Médica de São Lucas ocorrida no dia 28/09/1955 (o texto mostra que naquela reunião, na ordem do dia, estava presente a participação do médico Carlos de Vasconcelos a falar sobre “Auto-hemoterapia local no tratamento da úlcera fagedêmica) [28/06/1955].

48) http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=089842_06&PagFis=63006
Notícia: Coluna “No mundo dos cães”: Sangue na terapêutica da raiva? (O texto, assinado por A. Barone Forzano, aponta a possibilidade de usar-se a AH em cães acometidos de raiva). [10/06/1956].

49) http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=089842_06&PagFis=66046
Notícia: Anuncio da Sociedade Médica de São Lucas ocorrida no dia 29/08/1956 (o texto mostra que naquela reunião, na ordem do dia, estava presente a participação do médico Carlos de Vasconcelos a falar sobre “Auto-hemoterapia local no tratamento da úlcera fagedêmica). [29/08/1956].

50) http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=089842_06&PagFis=106201
Notícia: O QUE É A HOMEOPATIA: a Homeopatia na Rússia. (assinada pelo médico David Castro, o texto explana sobre a conceituação de Homeopatia e exemplifica, entre a terapêuticas homeopatas, a AH). 24/05/1959].

51) http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=089842_08&PagFis=24508
Notícia: Fórmula mágica para superar os recordes (o texto do médico Bjoern Ekblom, que à época professor da Faculdade Sueca de Ginásticas e Esportes, empregava a AH na medicina esportiva) [24/09/1971].

JORNAL A LUTA DEMOCRÁTICA

52) <<http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=030678&PagFis=44046>>
Notícia: Caminhos da Renovação (o texto, tal como o outro periódico, faz analogia entre a medicina e a política, apontando que uma forma política de AH estava sendo tentada no Governo Militar de 1970 para sanar, sem sucesso, os problemas econômicos) [18 e 19/01/1970]

JORNAL DIÁRIO DE NOTÍCIAS

53) http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=093718_02&PagFis=2545
Notícia: União beneficente dos chauffeurs do Rio de Janeiro (o texto trata de passar informações aos associados motoristas sobre os serviços disponíveis no dia, incluindo-se a AH. A título de informação, no dia anterior, ocorria o assassinato de Léo Trotsky, no México) [23/08/1940].

54) http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=093718_02&PagFis=46801
Notícia: Sessão de propagandas, o médico A. Rodrigues Nogueira oferece seus serviços profissionais especializados, e destaca ser especialista em AH. [31/07/1949].

55) http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=093718_03&PagFis=2216
Notícia: Construtora Dourado S.A: Relatório, balanço e contas do exercício de 1949 [28/04/1950].

56) http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=093718_03&PagFis=16246
 Notícia: SERVIÇO DE INJEÇÕES DOS COMENSAIS DO CALABOUÇO: relatório do trabalho realizado na primeira semana de atividade (o texto aponta que a AH ainda estava em uso pelos profissionais de saúde) [29/04/1952].

57) http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=093718_03&PagFis=16396
 Notícia: SERVIÇO DE INJEÇÕES DOS COMENSAIS DO CALABOUÇO: relatório de atividades desenvolvidas de 26/04 a 02/05 de 1952 (o texto aponta que a AH ainda estava em uso pelos profissionais de saúde) [07/05/1952].

58) http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=093718_03&PagFis=16678
 Notícia: SERVIÇO DE INJEÇÕES DOS COMENSAIS DO CALABOUÇO: relatório de atividades desenvolvidas de 22/04 a 18/05 de 1952 (o texto aponta que a AH ainda estava em uso pelos profissionais de saúde) [21/05/1952].

59) http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=093718_03&PagFis=17206
 Notícia: SERVIÇO DE INJEÇÕES DOS COMENSAIS DO CALABOUÇO: relatório de atividades desenvolvidas de 22/04 a 12/06 de 1952 (o texto aponta que a AH ainda estava em uso pelos profissionais de saúde) [17/06/1952].

60) http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=093718_03&PagFis=53188
 Notícia: Associações Culturais e Científicas – Matéria; Sociedade Médica de São Lucas (naquela sessão, houve a apresentação sobre uso da AH em úlcera fagedênica, pelo médico Carlos de Vasconcelos) [28/08/1956].

61) http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=093718_05&PagFis=15320
 Notícia: Prova Concurso da Superintendência de Serviços Médicos da Secretaria de Saúde (SUSEME). O texto desta matéria mostra que a AH foi questão de prova [item 16] no concurso para estágio remunerado – na área de Odontologia – na rede hospitalar carioca) A questão, de múltipla escolha foi esta; “16 – Indicamos a auto-hemoterapia em caso de: hemorragia; abscesso; alveolite; necrose da polpa; grandes feridas”. [12/12/1971].

JORNAL GAZETA DE NOTÍCIAS

62) http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=103730_07&PagFis=9528
 Notícia: “Notas médicas”: sintomas e tratamentos da colite grave, assinado pelo médico Antônio Salgado (o texto aponta a AH como recurso terapêutico para o tratamento da colite) [28/12/1941].

DOCUMENTOS DE ESTADO

63) <http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=ZB0031&PagFis=2>
 Informação: MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E NEGÓCIOS INTERIORES: Relatório das Atividades Administrativas do Exercício de 1946, apresentado a sua excelência o presidente da República, General de Divisão Eurico Gaspar Dutra, pelo Ministro de Estado, Doutor Benedicto Costa Netto. Elaborado pelo Serviço de Documentação, Rio – 1947. (Este documento apresenta o Quadro das Atividades do Ministério, divisão Serviço de Assistência a Menores {SAM} “Seção de Diagnóstico e Tratamento Médico” apresenta o número de menores tratados de problemas de saúde através da AH. {pgs “400”, 405} [1947].

64) <http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=ZB0031&PagFis=830>>MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E NEGÓCIOS INTERIORES: Relatório das Atividades Administrativas do Exercício de 1946, apresentado a sua excelência o presidente da República, General de Divisão Eurico Gaspar Dutra, pelo Ministro de Estado, Doutor Benedicto Costa Netto. Elaborado pelo Serviço de Documentação, Rio –1947. (Este documento apresenta o Quadro das Atividades do Ministério, divisão Serviço de Assistência a Menores {SAM} “Seção de Diagnóstico e Tratamento Médico” apresenta o número de menores tratados de problemas de saúde através da AH. {pgs 394, 395, 396, 398} [1948]

JORNAL DIÁRIO DE PERNAMBUCO

65) http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=029033_12&PagFis=2816
Notícia: Sociedade de Internos dos Hospitais do Recife: VII Congresso Acadêmico de Estudos Médicos. (Esta matéria expõe a Programação do mencionado Congresso que contou com um participante que apresentou o seguinte “trabalho”: Autohemoterapia Intra-Pélvica no Tratamento das cervicites chronicas, Antônio Antero Ribeiro) [16/10/1940].

66) http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=029033_13&PagFis=3712
Notícia: Medicina para todos. Matéria; Acne adolescente. (assinada por Álvaro Vieira, este texto faz crítica ao uso da AH, ao argumentar que no tratamento de acne juvenil não evidencia resultados) [11/10/1950].

JORNAL DIÁRIO DA NOITE

67) http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=221961_03&PagFis=13814
Não foi possível ver o título da notícia (tratava-se algo parecido com tornar público as anotações do tratamento de determinado cliente, através de alguns recursos médicos, incluindo a AH) [31/08/1951]

JORNAL DIÁRIO CARIOCA

68) http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=093092_04&PagFis=3689
Notícia: Ciência ao Alcance de todos. Matéria; Tratamento das manifestações alérgicas. (o texto realiza uma defesa de terapias como a AH, a auto-soroterapia e ainda a uroterapia, aponta que, ao contrário do que se pregava, estas não eram terapias inespecíficas) [03/09/1950].

69) http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=093092_04&PagFis=8635
Notícia: Ciência ao Alcance de todos. Matéria; Alergia e dissensibilização (o texto aponta a AH como bom tratamento de alergias. Esta publicação é quase uma reedição de uma matéria veiculada em 03/09/1950, neste mesmo periódico) [10/07/1951].

70) http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=093092_04&PagFis=21617
Notícia: Ciência ao Alcance de todos. Matéria; Acne vulgaris (o texto expõe a acne enquanto patologia e propõe a AH enquanto tratamento eficaz) [11/12/1953]

71) http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=093092_04&PagFis=28988
Notícia: Ciência ao Alcance de todos. Matéria; Manifestações alérgicas (o texto realiza uma defesa da AH, e outras terapêuticas, no tratamento de doenças alérgicas) [10/07/1955].

JORNAL TRIBUNA DA IMPRENSA

72) http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=154083_01&PagFis=16162

Notícia: Começaram os efeitos das injeções que cegam (o texto denuncia uma técnica de saúde que usava cristalino de peixe para tratar doenças da visão, alertando para o perigo de tal tratamento, aponta a AH como meio de sanar os males causados pelas aplicações) [24/06/1954].

73) http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=154083_01&PagFis=16524

Notícia: O Brasil próximo de um colapso (Esta matéria, às vésperas do suicídio de Getúlio Vargas, na verdade fala de economia usa a AH como analogia aos tratamentos que estava sendo dado à crise) [23/07/1954]

74) http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=154083_06&PagFis=49158

Notícia: Cartas. Auto-hemoterapia (o texto é uma carta de leitor que fala sobre os benefícios que obteve ao se tratar com AH. É o único relato deste tipo) [16-16/03/2008].

REVISTA ALTEROSA

75) <http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=060135&PagFis=17476>

Notícia: ENTREVISTA com o médico José Schembri; Uma pergunta que nem todos sabem responder: que é, afinal, a Homeopatia? (assinado por Cristiano Linhares, o texto coloca a AH como um tratamento homeopático) [15/08/1958].

JORNAL IMPRENSA POPULAR

76) <http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=108081&PagFis=2520>

Notícia: SERVIÇO DE INJEÇÕES COMENSAIS DO RESTAURANTE DO CALABOUÇO: balanço das atividades desenvolvidas de 26 de abril a 2 de maio (consta uma [1] aplicação de AH) [08/05/1952].

JORNAL ÚLTIMA HORA

77) <http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=386030&PagFis=13210>

Notícia: Dupont salvou sombreado (o texto mostra o tratamento de equino através da AH) [08/04/1953].

JORNAL DE NOTÍCIAS

78) <http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=583138&PagFis=15047>

Notícia: Bandeira paulista contra a Tuberculose (o texto mostra o demonstrativo de serviços prestados por aquele grupo, inclusive dez [10] aplicações de AH) [19/10/1950].

JORNAL O FLUMINESE

79) http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=100439_14&PagFis=75082

Notícia: Chamada Pública: Alerta (o texto, é o primeiro a alertar sobre o fato de a AH ser, segundo os parâmetros modernos, um técnica “não-científica”) [30/03/2007].

80) http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=100439_14&PagFis=75950

Notícia: Chamada Pública: Nota de Desaprovação (o texto mostra uma nota do CREMRJ desaconselhando o uso da Prática de AH) [25/04/2007].

APÊNDICE – B**JORNAIS E PERIÓDICOS ESTRANGEIROS QUE TEMATIZARAM A AH****Espanha**

Jornal “La Correspondencia de España” [29/9/1918, n.º 22.144, página 7), noticia a AH
<http://hemerotecadigital.bne.es/results.vm?o=&w=autohemoterapia&f=text&t=%2Bcreation&l=600&l=700&s=10&lang=es>

Jornal “La época” [29/9/1918, n.º 24.410, página 4], noticia a AH
<http://hemerotecadigital.bne.es/issue.vm?id=0000898269&page=4&search=autohemoterapia&lang=es>

Jornal “El Globo”

<http://hemerotecadigital.bne.es/issue.vm?id=0001457147&page=3&search=autohemoterapia&lang=es>

França

http://www.bnf.fr/fr/outils/lr.resultats_recherche_simple.html?query=1%27auto-h%C3%A9moth%C3%A9rapie&x=9&y=13

ANEXO I


[Imprimir](#)

PROCESSO-CONSULTA CFM Nº 4.275/07 – PARECER CFM Nº12/07		
INTERE	<i>Anvisa</i>	<i>Agência Nacional de Vigilância Sanitária –</i>
SSADO:	<i>ASSUNT</i>	<i>Auto-hemoterapia</i>
O:	<i>RELAT</i>	Munir Massud *
OR:		

EMENTA

Este parecer se refere ao procedimento denominado de auto-hemoterapia, acerca do qual a literatura disponível é criticamente analisada. Seguem-se conclusões pertinentes a essa análise.

Para a sua formulação, este parecer acata que a Medicina atual fundamenta seu saber em resultados de hipóteses genuinamente testadas, em resultados que se repetem, em evidência enfática, razão, experiência e ceticismo e que compreende um processo contínuo cujas atividades fundamentais são observar e descrever fenômenos e tirar conclusões gerais a respeito deles, integrar novos dados com observações organizadas que foram confirmadas, formular hipóteses testáveis baseadas nos resultados dessa integração, testar essas hipóteses sob condições controladas reprodutíveis, observar os resultados desses testes, registrando-os de maneira não-ambígua e interpretá-los claramente e buscar ativamente a crítica dos participantes.

PROLEGÔMENOS

De acordo com os dicionaristas Houaiss e Vilar (2001), a auto-hemoterapia [gr. *autos* ‘mesmo’ + gr. *haîma* ‘sangue’ + gr. *therapeía* ‘cuidado, atendimento, tratamento de doentes’] corresponde ao *tratamento de certas doenças pela retirada e nova injeção do sangue do próprio paciente*. O mesmo significado é admitido no DORLAND’S ILLUSTRATED MEDICAL DICTIONARY: *treatment by reinjection of the individual’s own blood*, que define também auto-hemotransfusão (*autohemotransfusion*) como *the withdrawal of a small amount of venous blood and*

* Professor do Curso de Medicina da UFRN. Médico do Hospital Universitário Onofre Lopes da UFRN.

reinjection directly into the same individual. Esses dois vocábulos também são assim definidos por Aurélio B. H. Ferreira (1999), mas O STEDMAN'S MEDICAL DICTIONARY (2000) a eles não se referem.

A auto-hemoterapia, de acordo com o que se depreende da literatura, compreende vários procedimentos distintos. Dentre estes podem ser incluídas a readministração do sangue estocado do próprio paciente e a administração intravenosa de sangue extravasado para a cavidade pleural, que não são objetos deste parecer. Outras modalidades de auto-hemoterapia descritas na literatura consultada são:

Auto-hemoterapia propriamente dita	Sangue retirado da veia e administrado no músculo, sem qualquer adição de substância ou tratamento com radiação.
Auto-hemoterapia ocular (subconjuntival)	Administração subconjuntival de sangue retirado da veia do próprio paciente para tratamento de queimaduras oculares.
Tampão sanguíneo peridural	Sangue retirado da veia e administrado por via peridural.
Auto-hemoterapia com sangue submetido à ação de certos agentes	Sangue retirado da veia e submetido à ozonização ou à irradiação UV, administrado por via intramuscular, intravenosa ou por infiltração.

Assim, o que se conhece como auto-hemoterapia parece compreender a retirada de sangue de um paciente, que é nele administrado por via intramuscular, intravenosa, subcutânea, tópica ocular ou peridural após receber ou não tratamento com radiação UV, ozônio ou outro agente. Devem receber a mesma designação outros procedimentos, nos quais o sangue do próprio paciente, extravasado ou estocado, é nele próprio administrado.

O procedimento que mais dúvidas suscita na atualidade, a ser discutido detalhadamente, será designado neste parecer, indiferentemente, pelas expressões “clássico” ou “*propriamente dito*”. Tal procedimento, de maior antiguidade, bem mais conhecido, também chamado de *auto-hemotransfusão*, corresponde à retirada de pequena quantidade sangue por via intravenosa e administrado na mesma pessoa por via intramuscular, com a pretensa finalidade, alegada por alguns dos seus defensores, de “estimular o sistema imunológico” ou de atuar como “vacina autógena”, visando ao fim

das contas tratar ou prevenir infecções e também tratar diversas doenças, *in anima nobili*, de etiopatogenias distintas.

Pesquisa sobre *autohemotherapy* em base de dados [MEDLINE/PubMed \(National Library of Medicine\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed), em 20 de julho de 2007, indicou 91 publicações de 1950 até a atualidade (ver anexo 1). As mais recentes versam sobre auto-hemoterapia com ozônio, sendo a mais atual a de Biedunkiewicz, Lizakowski, Tylicki et al. (2006). As indicações mais antigas, referentes à auto-hemoterapia ‘clássica’ ou “propriamente dita”, como neste parecer se convencionou chamar, datam de 1950 (Mariotti; Reddick; Fruhauf; Haferkamp; Serane; Rojas), dos quais nem *abstracts* podem ser obtidos. Há referências leigas obtidas na Web de publicações mais antigas, sem que se possam obtê-las. Essas publicações mais antigas referidas nesses *sites* datam do início do século XX. No entanto, foram coletadas cinco referências de publicações da década de 1930, via Archives of Medical Research [http://www.sciencedirect.com/science/journal/01884409]: os artigos, três deles datando de 1935, um de 1934 e um de 1932, se referem ao uso da auto-hemoterapia em estados alérgicos (asma, anafilaxia e urticária). Foram eles:

1. An enquiry into the value of autohemotherapy in juvenile asthma : Maddox, K., and Back, R. F.: Arch. Dis. Child. 10: 381, 1935
Journal of Allergy, Volume 7, Issue 6, September 1936, Page 637
2. An inquiry into the value of autohemotherapy in juvenile asthma: Kempson, M., and Black, R. F.: Arch. Dis. Child.10: 381, 1935
Journal of Allergy, Volume 7, Issue 2, January 1936, Page 200
3. Autohemotherapy in the treatment of bronchial asthma : Maddox, K., and Back, R.: M. J. Australia 1: 277, 1935
Journal of Allergy, Volume 6, Issue 5, July 1935, Page 513
4. Anaphylaxis and autohemotherapy : Rother, C.: Zentralbl. f. Chir. 60: 1336, 1933.
Journal of Allergy, Volume 5, Issue 3, March 1934, Page 329
5. Urticaria—Etiology and treatment, with special reference to autohemotherapy: R. M. BALYEAT AND E.M. RUSTEN, OKLAHOMA CITY.. (Abstract)
Journal of Allergy, Volume 4, Issue 1, November 1932, Pages 70-74

Nenhuma diretriz Nacional ou internacional sobre essas condições, oriunda das especialidades de Alergia, Imunologia e Pneumologia, incluem a auto-hemoterapia como recurso terapêutico. Tais trabalhos, mesmo que se revelassem favoráveis ao procedimento, não foram replicados ou corroborados .

Das 91 indicações da base de dados referida (ver anexo), 26 não estão escritas em inglês, senão nos idiomas dos países em que foram publicadas: 3 em polonês, 6 em russo, 7 em alemão, 1 em chinês, 3 em espanhol, 2 em francês, e 4 em italiano. Desses 91 artigos, apenas 39 apresentam *abstracts* disponíveis e 18 estão em idiomas não identificados pela fonte. Sete dos 39 artigos com sumário/abstracts em inglês, foram publicados na íntegra em idiomas diferentes. Apenas 29 estão redigidas em língua inglesa, tendo sido publicados em 15 revistas diferentes. Destas, 8 estão incluídas na relação de periódicos da CAPES (www.periodicos.capes.com.br). São elas: Archives of Medical Research, [Journal of Alternative and Complementary Medicine](#), Medical Hypothesis, [Mediators of Inflammation](#), [Artificial organs](#), [Free Radical Biology & Medicine](#), [Clinical and Laboratory Haematology](#), [Revista Cubana de Enfermería](#).

TAMPÃO SANGÜÍNEO PERIDURAL

O procedimento denominado “*tampão sangüíneo peridural*” (TSP) consta da injeção de sangue autólogo no espaço peridural para tratamento de cefaléia refratária (p.ex. após tentativas feitas com a administração com paracetamol, AINE, gabapentina, ou com a infusão intravenosa de líquido, etc.), em consequência de anestesia raquidiana. Tal cefalalgia parece relacionada à redução da pressão intracraniana, provavelmente devida à perda de líquido cefalorraquídeo (LCR) através da perfuração das meninges. A magnitude da perda de LCR está relacionada com as dimensões das lesões produzidas pelas punções, sendo mínima quando se trata de agulha de fino calibre (Oliveira Júnior, 2007; Weil, Gracer e Frauwirth, 2007; Imbeloni e Carneiro, 1997). A técnica consta da administração de sangue, retirado do próprio paciente, por injeção peridural (Safa-Tisseront, Thormann, Malassine et al., 2001). O mecanismo através do qual a administração de sangue faz cessar o vazamento, parece ser a formação de um coágulo ao nível da laceração meníngea. No entanto, o efeito sobre a cefaléia pode envolver outros mecanismos. Existe uma literatura relativamente ampla acerca do tema “*tampão sangüíneo peridural*”, publicada inclusive em revistas reconhecidas internacionalmente, notadamente vinculadas à anestesiologia. Uma pesquisa na base de dados

PubMed/Medline sobre “*epidural blood patch*”, como já mencionado, produziu 576 referências.

Uma revisão sistemática deste procedimento realizada pela base de dados Cochrane de revisões sistemáticas (Sudlow e Warlow, 2003) concluiu que:

"At present, except in the context of a randomised controlled trial, we believe that epidural blood patching should be reserved for exceptional cases only (such as) post-dural puncture headache complicated by subdural hemorrhage or disabling headache after one week or more."

Um crítica favorável em relação a este procedimento é feita por Paech (2005), talvez a mais recente, cujas referências bibliográficas são apresentadas no anexo 2.

Uma busca na *Revista Brasileira de Anestesiologia* sobre o tema *tampão sangüíneo peridural* resultou em apenas um artigo (Silva et al, 2003), onde dois outros do mesmo periódico são citados, na introdução do qual os autores afirmam:

"Com o advento das agulhas de fino calibre para anestesia subaracnóidea, diminuiu muito a incidência de cefaléia pós-punção da duramáter¹, permitindo inclusive que a técnica seja indicada para pacientes ambulatoriais^{1,2}. No entanto, a complicação ainda ocorre, podendo a mesma ser intensa e incapacitante. Nesses casos as medidas convencionais como repouso no leito, hidratação, administração de antiinflamatórios e analgésicos podem não apresentar resultados satisfatórios, fazendo com que a opção pelo tampão sangüíneo peridural seja cogitada¹. O método tem mostrado eficácia que, segundo alguns autores, pode chegar a 98%¹. Na literatura nacional, um estudo mostrou a eficácia do método em 60 parturientes que apresentaram cefaléia pós-raquianestesia (agulha 7 - 21G), cujo tratamento foi feito com tampão sangüíneo peridural (10 ml) com remissão dos sintomas em todas elas³".

1. IMBELLONI LE, CARNEIRO ANG - Cefaléia pós-raquianestesia: causas, prevenção e tratamento. Rev Bras Anesthesiol, 1997;47:453-464.

2. BELZARENA SD - Bloqueio Subaracnóideo, em: Cangiani LM - Anestesia Ambulatorial, São Paulo, Atheneu, 2001;231-248

3. PEDROSA GC, JARDIM JL, PALMEIRA MA - Tampão sangüíneo peridural e alta hospitalar precoce: análise de 60 pacientes portadores de cefaléia pós-raquianestesia. Rev Bras Anesthesiol, 1996;46:8-12.

AUTO-HEMOTERAPIA COM SANGUE TRATADO POR ALGUM AGENTE QUÍMICO OU FÍSICO

Outros procedimentos designados como auto-hemoterapia constam da administração de sangue venoso submetido à ação de algum agente químico ou físico (ozônio, radiação ultravioleta, etc.), por via intravenosa, intramuscular ou subcutânea. Destes, o método mais usado, denominado em língua inglesa de *Ozonated autohemotherapy (O3-AHT)* ou, aproximadamente, *auto-hemoterapia com ozônio*, consta da administração de sangue ozonizado por via intravenosa (*AHT Major*), por infiltração ou por via intramuscular (*AHT Minor*), de acordo com Gracer e Bocci (2005). Neste contexto, a auto-hemoterapia é utilizada para a administração de ozônio, um ‘fármaco’ com pretensa ação terapêutica benéfica, notadamente sobre doenças degenerativas crônicas, alguns transtornos imunológicos (Di Paolo, Gaggiotti e Galli, 2005) e processos infecciosos resistentes (Biedunkiewicz, Tylicki, Racho et al. 2004). Na técnica de auto-hemoterapia (*AHT major*) com ozônio, 50 a 100 mL de sangue são retirados do paciente, misturados a uma dose de ozônio-oxigênio de concentração predeterminada e então devolvido pelo mesmo cateter intravenoso ao paciente. Na *AHT Minor*, 10 mL de sangue venoso é administrado por via intramuscular, após ozonização. Uma técnica chamada *ozonização e oxigenação extracorpórea de sangue (Extracorporeal blood oxygenation and ozonation* ou *EBOO*) tem permitido a administração de sangue ozonizado por circulação extracorpórea (Di Paolo, Gaggiotti e Galli, 2005; Gracer e Bocci, 2005). Outras vias de administração de ozônio têm sido empregadas, até mesmo por meio de insuflações retais, como assinalam Hernandez Rosales et al. (2005). Para Tylicki et al (2003), a auto-hemoterapia com ozônio é usada como uma abordagem médica complementar no tratamento de transtornos vasculares, como a isquemia aterosclerótica dos membros inferiores, embora outras doenças tenham sido abordadas por essa terapia. Di Paolo, Gaggiotti e Galli (2005), assinalam que a EBOO apresenta grande potencial em pacientes com doença arterial periférica grave, doença coronariana, *cholesterol embolism*, dislipidemia grave, doença de Madelung e surdez súbita de origem vascular. No entanto, relatos isolados dão conta do uso desse procedimento em outras doenças, inclusive asma (Hernandez Rosales et al., 2005). Há escassos relatos na literatura de uma modalidade de auto-hemoterapia na qual o sangue é irradiado com raios ultra-violeta. (Kadiev, Alekseev, Novitskaia et al., 1990; Lur'e, Alekseev e Kadiev, 1986). A auto-hemoterapia com ozônio não parece ser procedimento de mesma índole do que aquele onde simplesmente se retira

sangue da via intravenosa para administrá-lo no músculo. Neste caso a discussão crítica deveria incidir sobre efeitos e conseqüências da ozonização do sangue, o que não parece pertinente neste parecer. É descrita também a proloterapia com sangue ozonizado (Gracer e Bocci, 2005).

Fica evidente que esses procedimentos são distintos em face de seus pretensos mecanismos de ação. Na *ozonioterapia por auto-hemotransfusão*, o agente terapêutico é o ozônio, que deve ser reconhecido, então, como um fármaco, visto que é a substância ativa do procedimento terapêutico em apreço.

OZONIOTERAPIA POR AUTO-HEMOTRANSFUSÃO

Escassos ensaios clínicos de ozonioterapia por auto-hemotransfusão apresentaram resultados positivos, como o de Di Paolo, Bocci, Salvo et al. (2005), que compararam a EBOO com prostaciclina no tratamento de doença arterial periférica. Embora nenhum parâmetro de permeabilidade arterial tenha se modificado, eles relataram melhora das lesões cutâneas, alegando que deveria haver um mecanismo diferente para justificar tal ação visto que não foram demonstradas alterações na circulação arterial. Um outro estudo clínico com resultados positivos, mas apenas com 2 casos arrolados, foi o de De Monte, Van der Zee e Bocci (2005). Um ensaio clínico envolvendo 10 pacientes hemodializados com claudicação intermitente, não controlado e não randomizado, também forneceu dados positivos, segundo Biedunkiewicz, Tylicki, Nieweglowski (2004). Um trabalho polonês, de Paradysz et al. (2002), dá conta, em *abstract*, de um estudo em 122 crianças portadoras de refluxo vesico-ureteral, tratadas com auto-hemoterapia intravesical endoscópica versus terapia conservadora, concluindo que a eficácia da AHT na eliminação do refluxo bilateral de alto grau foi comparável àquela obtida com 2 anos de tratamento conservador. O artigo na íntegra está escrito em polonês. Outro estudo com escasso número de pacientes, dá conta de alívio de sintomas de isquemia de membros inferiores em 5 pacientes hemodializados e 7 sob diálise peritoneal tratados com ozonioterapia (Tylicki, Nieweglowski, Biedunkiewicz et al., 2001).

A análise das informações disponíveis nos permite concluir que:

1. As indicações da auto-hemoterapia com ozônio são muito diversificadas e o número de trabalhos cientificamente orientados que amparam a utilização clínica dessa terapia é insignificante. Os estudos sempre apontam resultados positivos e não foram devidamente replicados.

2. Considerando o Nível de Evidência Científica por Tipo de Estudo (Oxford Centre for Evidence-based Medicine, 2001), não existem trabalhos com força de evidência científica elevada. Dos ensaios clínicos disponíveis, apenas um apresenta, possivelmente, grau de recomendação B [Paradysz et al., 2002]. No entanto este estudo não é corroborado por nenhum outro trabalho que nos foi possível coletar.

3. Na auto-hemoterapia *major* com ozônio, a análise crítica deve incidir sobre o ozônio e não sobre a administração intravenosa de sangue por si mesma, notadamente, quando o procedimento é realizado com hemodiálise e os estudos realizados sempre visaram a ação do ozônio e não do sangue.

4. A variedade de indicações é muito grande e cada uma deveria ter um acervo de evidências oriundas de ensaios clínicos com força de evidência clínica elevada. Na verdade o que nos foi possível recolher constitui uma quantidade insignificante de estudos para indicações muito amplas.

5. Não existe qualquer artigo sobre esta terapia em revista de renome internacional ou considerada pela comunidade científica como sendo de elevado padrão científico (fator de impacto elevado).

6. Indicações diversas incluindo doenças de etiopatogenia tão díspares nos leva a supor trata-se tal modalidade terapêutica de uma panacéia 98[1]. Isso é corroborado pela ausência absoluta de estudos em uma quantidade significativa sobre cada indicação e pela ausência de interesse de publicação em revistas de elevado padrão científico.

Enfim, essas constatações conduzem inevitavelmente à conclusão de que a ozonioterapia por auto-hemotransusão não apresenta evidências confiáveis de sua efetividade em seres humanos, ao menos que possa ser deduzida de análise da literatura disponível indicada pela base de dados mencionada.

AUTO-HEMOTERAPIA PARA QUEIMADURAS OCULARES

Lenkiewicz, Ferencowa e Szewczykowa (1992), apresentam os resultados gerais da auto-hemoterapia subconjuntival de queimaduras térmicas e químicas em 940 olhos concernentes a 734 pacientes. Concluem os autores que os resultados obtidos

⁹⁸[1] Planta, beberagem, simpatia, ou qualquer coisa que se acredite possa remediar vários ou todos os males. [HOUAISS]

confirmaram que a auto-hemoterapia subconjuntival aplicada juntamente com vasodilatadores é um método muito valioso no tratamento de queimaduras oculares. O *abstract* não oferece mais informações acerca da metodologia utilizada, embora seja afirmado ter sido arrolado um grande número de observações. Parece evidente que o estudo não foi controlado e nem randomizado. Não foi possível obter o trabalho na íntegra, pois está escrito em russo e publicado em periódico sem qualquer repercussão internacional (ver bibliografia).

Como as lesões oculares curam espontaneamente, podendo apresentar ou não complicações infecciosas ou de outra índole, com variados tipos de conseqüências, os estudos não-controlados e não-randomizados dessa natureza apresentam baixo nível de evidência científica. Em face do grande número de observações positivas, o que indica um resultado a ser considerado como um bom início de efetividade, não encontramos outros trabalhos semelhantes em pesquisa na base de dados mencionada.

Enfim, este estudo não permite uma conclusão acerca da efetividade do procedimento referido, fato que desautoriza o seu uso na prática clínica, ao menos no Brasil.

AUTO-HEMOTERAPIA PROPRIAMENTE DITA

Apenas um artigo sobre este tema específico (Grebnev e Shumkii, 1995), foi encontrado na base de dados já mencionada, com exceção das cinco referências de publicações da década de 1930, via Archives of Medical Research [<http://www.sciencedirect.com/science/journal/01884409>], já citadas.

Grebnev e Shumkii (1995), em periódico soviético, relatam a melhora de pacientes com estomatite herpética crônica com auto-hemoterapia *magnética* e afirmam ter demonstrado uma tendência à normalização de alguns parâmetros da imunidade celular e humoral em pacientes assim tratados. Este trabalho, publicado há 12 anos na Rússia, não foi analisado no original e, portanto, não é possível determinar o seu nível de evidência. É improvável que este estudo tenha tido algum impacto no Ocidente em face do idioma em que está publicado, da precária distribuição internacional da revista em apreço e da ausência de publicações sob o tema. Pelo que consta no *abstract*, o controle utilizado nesse ensaio foi de pacientes tratados com a forma convencional de auto-hemoterapia, a qual é objeto de questionamento. Na verdade, o que pretenderam seus

autores foi mostrar a superioridade de sua técnica de auto-hemoterapia *magnética* sobre a auto-hemoterapia convencional.

Assim, não foi possível obter estudos confiáveis e com força de evidência científica elevada que indiquem ser a auto-hemoterapia propriamente dita um procedimento efetivo e seguro. O que existe em abundância é uma propaganda na Internet em linguagem inadequada à ciência, às vezes vulgar, desprovida de cultura científica, que pretende convencer pela dramaticidade de relatos de casos isolados sobre uma grande variedade de enfermidades e de estudos carentes de metodologia científica.

O que se dispõe para avaliação são alguns documentos que se tornaram públicos (disponíveis Internet) e aqueles que são apresentados na “juntada” de documentos entregues ao CFM.

Um destes documentos é da autoria de JOSÉ FELIPPE JÚNIOR que, em essência, se refere à teoria da *Infeção Focal*, a qual exalta, mas que não é objeto deste parecer. No entanto, ao expor o tratamento para as doenças sistêmicas pretensamente provocadas por *reação orgânica a foco de infecção*, cita a auto-hemoterapia como recurso terapêutico, sem fazer qualquer análise crítica, assinalando, porém, que “*É difícil encontrar trabalhos indexados sobre o uso de auto-hemoterapia, mas que este procedimento já foi utilizado nas seguintes condições, com sucesso estatístico ignorado por nós*”. Cita, então, uma lista de 37 doenças passíveis de tratamento pela auto-hemoterapia. A lista de enfermidades, grupos de enfermidades e transtornos diversos tratados com sucesso pela auto-hemoterapia, segundo o articulista, chega a incluir enfermidades de patogenia tão díspares como o alcoolismo, glaucoma, epilepsias, hipertensão arterial, úlcera péptica, esclerodermia, doença de Crohn, esclerose múltipla, DPOC, doenças pancreáticas e tantas outras. Não há neste documento qualquer referência a trabalhos científicos bem elaborados que amparem o uso da auto-hemoterapia no tratamento das doenças referidas.

Outro documento é da lavra do Dr. Luiz Moura, que consta de uma exposição didática da auto-hemoterapia, iniciando por uma definição do procedimento, seguida de sumário, histórico e ação terapêutica.

Uma apresentação em vídeo existe e foi assistida pelo parecerista, onde o Dr. Luiz Moura, disserta sobre auto-hemoterapia em linguagem simples. Tal vídeo pode ser obtido em <http://esclerosemultipla.wordpress.com/2007/04/20/em-ah/> e é possível que exista em outros *sites*. Nesta apresentação, o Dr. Dr. Luiz Moura afirma que os resultados

da auto-hemoterapia nas doenças auto-imunes, como lúpus eritematoso sistêmico, artrite reumatóide e outras, é “muito bom”.

Defende o preclaro colega que a auto-hemoterapia é um recurso terapêutico de baixo custo, simples, que se resume em retirar sangue de uma veia e aplicar no músculo do mesmo paciente. Afirma que esse procedimento estimula o sistema retículo-endotelial, *quadruplicando os macrófagos em todo organismo*.

Informa ainda o Dr. Luiz Moura que a técnica consiste na retirada de sangue de uma veia do braço, comumente da prega do cotovelo, na quantidade de 5 mL a 20 mL, na dependência da gravidade da doença a ser tratada, aplicando, então, por via intramuscular, no braço ou região glútea.

Este procedimento, diz Dr. Luiz Moura, eleva o número de macrófagos durante cerca de 7 dias, passando de 5% a 22% em 8 horas, assim permanecendo por cinco dias, e declinando nos 2 dias seguintes para valores normais. Lembra que a volta a normalidade se dá quando não mais existe sangue no músculo.

De grande interesse é a sua informação de que foi o ilustre cirurgião brasileiro, Dr. Jêsse Teixeira quem “*provou que o S.R.E era ativado pela auto-hemoterapia, em seu trabalho publicado e premiado em 1940 na Revista Brasil Cirúrgico*”.

Em seguida, o Dr. Luiz Moura passa a apresentar uma série de casos clínicos que tratou com o procedimento referido, em um contexto histórico de sua trajetória médica. Com clareza, o referido esculápio cita casos isolados, sem referência a análise estatística e sem evidências científicas fidedignas que o apoiasse, o que pode se justificar pelo fato de pretender estar falando exclusivamente para o público.

ANÁLISE DO TRABALHO “COMPLICAÇÕES PULMONARES” DE JÉSSE TEIXEIRA

Introdução

O trabalho do Dr. Jêsse Teixeira, que no dizer do Dr. Luiz Moura, é tido como comprobatório da efetividade do procedimento denominado auto-hemoterapia, em sua forma convencional ou *Minor*, como é designado em língua inglesa por alguns autores, data de 1939. Por essa época, não se tinha em consideração na apreciação dos trabalhos científicos em Medicina os níveis de força de evidência científica nos moldes em que atualmente são feitos. Assim, embora os trabalhos da época pudessem ser

conduzidos com absoluto desvelo, honestidade e obediência aos costumes, notadamente se realizados por médicos de reconhecida competência e notoriedade, careciam dos cuidados metodológicos ora considerados imprescindíveis e da análise crítica em face desses cuidados. Ademais, é preceito científico fundamental não se considerar os resultados satisfatórios de um único trabalho científico como evidência suficiente para recomendar o seu uso disseminado. Toda evidência, por mais satisfatória e auspiciosa, carece de corroboração suficientemente cuidadosa através estudos repetidos com elevado nível de evidência científica.

O estudo com medicamentos, por exemplo, impõe metodologia específica e mesmo que alguns tópicos dos procedimentos seguintes não sejam pertinentes ao sangue humano como agente terapêutico no próprio paciente, algumas etapas são passíveis de aplicação, notadamente aquelas relativas à tolerância e efetividade. A ANVISA 99[2] indica que tal pesquisa corresponde a *“Qualquer investigação em seres humanos, objetivando descobrir ou verificar os efeitos farmacodinâmicos, farmacológicos, clínicos e/ou outros efeitos de produto(s) e/ou identificar reações adversas ao produto(s) em investigação, com o objetivo de averiguar sua segurança e/ou eficácia.”* (EMEA, 1997). As fases de *estudo clínico* em seres humanos são claramente apresentadas correspondem a 4 etapas que incluem diversos parâmetros ². Por exemplo, a Fase I *É o primeiro estudo em seres humanos em pequenos grupos de pessoas voluntárias, em geral sadias de um novo princípio ativo ou nova formulação. Estas pesquisas se propõem estabelecer uma evolução preliminar da segurança e do perfil farmacocinético e quando possível, um perfil farmacodinâmico.* Esses grupos de estudo (amostragens) são compostos de 20 a 100 pacientes. Na Fase 2, um maior número de pacientes são arrolados, sendo denominada *estudo terapêutico piloto. Os objetivos do Estudo Terapêutico Piloto visam demonstrar a atividade e estabelecer a segurança a curto prazo do princípio ativo, em pacientes afetados por uma determinada enfermidade ou condição patológica. As pesquisas realizam-se em um número limitado (pequeno) de pessoas e freqüentemente são seguidas de um estudo de administração. Deve ser possível, também, estabelecer-se as relações dose-resposta, com o objetivo de obter sólidos antecedentes para a descrição de estudos terapêuticos ampliados.* A Fase III, com uma população mínima de cerca de

⁹⁹[2] ANVISA – Agência de Vigilância Sanitária. Disponível em <http://www.anvisa.gov.br/medicamentos/pesquisa/def.htm>. Acesso em 6/10/07.

800 pessoas, consta de estudos internacionais, de larga escala, em múltiplos centros, com diferentes populações de pacientes para demonstrar eficácia e segurança. *Exploram-se nesta fase o tipo e perfil das reações adversas mais frequentes, assim como características especiais do medicamento e/ou especialidade medicinal, por exemplo: interações clinicamente relevantes, principais fatores modificadores do efeito tais como idade etc.* Na fase IV as pesquisas são realizadas após a aprovação do procedimento. *Geralmente são estudos de vigilância, para estabelecer o valor terapêutico, o surgimento de novas reações adversas e/ou confirmação da frequência de surgimento das já conhecidas, e as estratégias de tratamento.*

Não existem estudos desse nível relativos à auto-hemoterapia desde a sua proposição como recurso terapêutico na primeira metade do século XX até os dias atuais. Se isso não foi feito, não existe evidência científica disponível que permita a sua utilização em seres humanos e muito menos de forma generalizada.

Análise do estudo do Dr. Jéssé Teixeira

Não foi possível obter o trabalho do Dr. Jéssé Teixeira na revista em que foi publicado. Segundo consta, o artigo foi originalmente publicado na revista *Brasil Cirúrgico* 3: 213-230, 1940. A análise seguinte foi baseada nos dados disponíveis em http://www.orientacoesmedicas.com.br/AUTOHEMOTRANSFUSAO_DrJesseTeixeira1940.pdf, também contida na documentação enviada a este Conselho, antes mencionada. Tal material é apresentado, pelas mesmas letras, em diversos outros *sites*. Não foi encontrada outra fonte bibliográfica que mais nada indicasse pertencer originalmente a esse trabalho.

Inicialmente, o Dr. Jéssé Teixeira assinala que existia à época “*extrema falta de unidade entre os autores que se ocuparam do assunto, resultando daí a notável disparidade entre os diversos resultados publicados*”. Referia-se ele às estatísticas apresentadas por diversos autores acerca da frequência de complicações pulmonares pós-operatórias decorrentes de cirurgias de urgência, que poderiam ser, segundo autores estrangeiros, de 2,9% (ORATO STRAATEN), 7,6% (PROTOPOW) e 14,5% (MANDIL). A disparidade foi por ele justificada como arbitrariedade com que se definiam as complicações e, certamente, a normalidade no pós-operatório. No estudo que empreende, estabelece, então, critérios que definiriam tais complicações.

Deve ser salientado que algumas das complicações citadas pelo autor não são infecciosas e nem decorrentes de infecções respiratórias, como as atelectasias, embolia pulmonar, broncospasmo e insuficiência respiratória decorrente dessas e de outras causas (DPOC, obesidade, cifoscoliose, asma, doenças restritivas), notadamente nas cirurgias abdominais altas e torácicas.

Atualmente são usadas escalas de risco no período pré-operatório, destinadas a fornecer a frequência de mortalidade e complicações pós-operatórias. Faresin e Stanzani (2006) definem complicação pulmonar pós-operatória como *a ocorrência de uma segunda doença pulmonar inesperada ou a exacerbação da preexistente, que ocorre até 30 dias depois do procedimento operatório, altera o quadro clínico do paciente, necessita de intervenção terapêutica, medicamentosa ou não*. Arouzullah, Conde e Lawrence (2003), citados por Faresin e Stanzani (2006), *realizaram uma revisão sobre avaliação pré-operatória incluindo os resultados do maior estudo de coorte prospectivo realizado até hoje, incluindo doentes submetidos a procedimentos não cardíacos, que gerou escala de risco para a ocorrência de pneumonia no pós-operatório*. No Escore de Risco para a Ocorrência de Pneumonia no Pós-operatório de Cirurgia Geral apresentado no referido estudo, o risco previsto é dividido em classes de acordo com a pontuação obtida na dependência dos fatores de risco. Dentre estes encontram-se aqueles determinados pela natureza do procedimento operatório, assim pontuados: correção aneurisma aorta abdominal (15 pontos), torácico (14 pontos), abdome superior (10 pontos), pescoço (8 pontos), neurocirurgia (3 pontos), vascular (3 pontos). As cirurgias de emergência recebem pontuação extra (3 pontos), bem como aquelas realizadas sob anestesia geral (4 pontos). Muitos outros fatores de risco são arrolados, pontuados de acordo com a relevância determinada na pesquisa. No estudo do Dr. Jêsse Teixeira, a expressivo número das cirurgias realizadas no estudo nem sequer seriam pontuadas, dada a sua irrelevância como fatores de risco para complicações pulmonares. Relativamente às modalidades de anestesia, somente 63 doentes receberiam 4 pontos, pois só esses se submeteram à anestesia geral (eunarcon 3, balfórmio 50 e éter 10). Para os outros 87 pacientes a modalidade anestésica não era fator de risco. O autor cita METTENLEITER, segundo o qual: *“as complicações pulmonares podem surgir, com qualquer espécie ou método de anestesia, mas a ausência de acometimentos pulmonares, em nossa série, prova que a autohemotransfusão e não o tipo de anestesia, responde pelos bons resultados”*. No entanto, em anestesia geral, a intubação, a ventilação mecânica e a

própria anestesia podem ter profundas consequências intra-operatórias. Estas podem derivar de efeitos sobre as trocas gasosas, a mecânica pulmonar e os mecanismos de defesa. Embora muitos desses efeitos possam ser revertidos ao cessar o procedimento ou evitados, alguns deles podem se estender ao período pós-operatório. As alterações nos mecanismos de defesa (p.e. tosse efetiva) têm grandes implicações para o desenvolvimento de infecções pós-operatórias.

Por esses dados nota-se que havia um número expressivo de casos que tendiam a não cursar com complicações respiratórias. A necessidade de controlar adequadamente e randomizar o estudo era, pois, decisiva. A necessidade de controle em estudos científicos dessa índole já era reconhecida à época e o próprio autor se refere a “contraprovas”: “*Em vários dos numerosos casos em que deixamos de fazer a autohemotransfusão, a título de contraprova ...*”.

O articulista faz uma descrição detalhada de cada grupo de complicações e, depois, define as manifestações clínicas que sugerem o diagnóstico das complicações e passa, por fim, à profilaxia.

Quando trata da profilaxia dessas complicações, o insigne cirurgião articulista ressalta que existe um recurso da mais alta valia e que pode ser vantajosamente empregado nas cirurgias de urgência e eletivas e chama a esse recurso de ‘*autohemotransfusão*’, a constar da administração intramuscular de 20 mL de sangue imediatamente após ter sido retirado de uma veia da prega do cotovelo, depois da operação, estando o doente ainda na mesa de operação. Tal procedimento é, pois, absolutamente idêntico ao que neste parecer se convencionou chamar de *auto-hemoterapia propriamente dita*.

Apresentou o articulista uma casuística pessoal de 150 casos, constando de diversos tipos de intervenções cirúrgicas, mas nenhuma cirurgia torácica. Afirma o autor que não houve complicações infecciosas nos 150 casos apresentados. Embora não tenha randomizado o seu estudo, diz que teve como *contraprovas* numerosos pacientes nos quais não realizou a hemotransfusão. Nenhuma outra informação adicional é feita sobre isso, faltando, pois a caracterização desse grupo utilizado como “contraprova”. Nos casos não considerados no estudo nos quais apareceram complicações infecciosas, diz ele que foram tratados por auto-hemotransfusão curativa em altas doses, ou seja, quantidade maior de sangue por via intramuscular.

Na atualidade consideram-se como cruciais a randomização do grupo controle, com todos os preceitos estabelecidos que envolvem tal procedimento. Se isso não era ainda considerado à época, deve ser levado em consideração como obstáculo intransponível ao acatamento do trabalho como estudo que confirma o valor do procedimento em análise. Embora viesse a apresentar indícios de uma ação terapêutica efetiva que justificasse seu uso à época, isso não é adequado na atualidade quando são exigidos critérios mais rigorosos na elaboração de ensaios clínicos. Nenhuma informação adicional foi possível coletar no trabalho disponível acerca do grupo experimental (idade, co-morbidades, estado de dependência, dosagens de albumina, uréia, etc.). Nenhuma forma de comparação pode, assim, ser realizada entre os grupos controle e experimental. Não foi possível obter informação sobre o número de complicações no grupo de pacientes que o autor incluiu como “contraprovas”. Não havia como ele considerar um percentual de complicações como padrão, para evitar criar um grupo controle, visto que ele mesmo acusa a disparidade de citações disponíveis sobre isso, como já foi mencionado anteriormente. Assim, embora o artigo viesse a revelar indícios de uma possível ação terapêutica efetiva da auto-hemoterapia, demonstrados em um trabalho de 1939, isso deveria ser motivo para a realização de ensaios clínicos cientificamente orientados que replicassem aqueles resultados e não que fosse tomado como uma demonstração inequívoca de efetividade nos dias atuais.

Segue o Dr. Teixeira citando 4 resultados ilustrativos. Não tira conclusões sobre a embolia pulmonar porque só observou dois casos. Em relação à tuberculose, acusa que a autohemotransfusão pareceu-lhe agir beneficemente, mas não tem casuística suficiente para uma conclusão segura. Por fim, conclui que: *“Não resta dúvida que as complicações infecciosas, segundo o critério por nós estabelecido, são prevenidas pela prática da autohemotransfusão”*.

A necessidade de um grupo-controle e de aleatorização de estudos dessa natureza são imprescindíveis. Sem grupo controle adequado de igual ou aproximado número de pacientes separados aleatoriamente, não é possível concluir pela efetividade de procedimentos, cujos resultados podem ser devidos ao acaso. Por exemplo, afirma o articulista que havia notável disparidade entre os autores da época acerca das complicações pulmonares pós-operatórias e exemplifica citando que PROTOPOW dava uma incidência de 7,6%, MANDIL 14,5% e ORATO STRAATEN 2,9%. Tais percentuais se referiam a todas as complicações respiratórias, inclusive as não-

infecciosas. Assim sendo, são pertinentes algumas suposições. Por exemplo, se o número de complicações gerais fosse de 3% (muito próximo ao de ORATO), o número de complicações infecciosas certamente seria menor. Mas admitindo que fosse de 3% o número de infecções pulmonares pós-operatórias em cirurgia geral de emergência, o número esperado de infecções respiratórias dentre 150 pacientes observados seria de apenas 5 casos. Sem controle e sem randomização seria também admissível supor que a ausência de infecção no grupo de pacientes observado se deveu ao acaso, pois 5 casos é um número muito pequeno (1 complicação para cada 30 operados).

Interessante notar que dos 150 casos das cirurgias envolvidas no estudo, a quase totalidade ou 133 casos (88,7%) foi realizada abaixo da cicatriz umbilical, reconhecidamente bem menos afeitas a complicações pulmonares pós-operatórias, notadamente naquela época com menos recursos de analgesia. A dor incisional, a posição supina obrigatória e o uso de analgésicos narcóticos afetavam diversos parâmetros da função pulmonar e predispunham a complicações respiratórias pós-operatórias. Critérios atuais para avaliação destas complicações ainda consideram o local da cirurgia como parâmetro relevante. Ademais, 96 cirurgias ou 64% dos casos operados foram de apendicectomias e hérnias inguinais mais comumente não estranguladas, ou seja, apenas duas variedades de técnicas operatórias! Nenhum outro tipo de cirurgia incluiu mais que 3 pacientes. Foi diagnosticado apenas 1 abscesso apendicular e 3 casos de peritonites agudas generalizadas, segundo o autor. Mais ainda, 62 intervenções foram realizadas com anestesia local e 20 raquidianas, ou seja, 70 intervenções (47%) com modalidades de anestesia não agressivas ao aparelho respiratório. Isso minimizou a ocorrência de complicações pulmonares infecciosas pós-operatórias. Mais uma vez, tal fato está a exigir também estudo com grupo controle e randomização, não permitido aos apologistas atuais do método considerá-lo definitivamente efetivo.

A afirmação de que o Sistema Retículo-Endotelial é poderosamente estimulado pela auto-hemotransfusão e que isso é, em parte, comprovado pelo aumento do número de macrófagos na vesícula cutânea produzida pela inflamação induzida pela cantaridina¹⁰⁰[3], carece de explicações mais aprofundadas. A monocitose acompanha a

¹⁰⁰[3]“Substância (C₁₀H₁₂O₄) extraída do besouro (*Lytta vesicatoria*) da fam. dos meloídeos, capaz de provocar formação de vesículas na pele. Pó obtido mediante a pulverização dos élitros da cantárida e usados internamente, em forma de infusão, como diurético e afrosidíaco, e externamente, em forma de unguento ou óleo, como vesicante”. [HOUAISS]

neutrofilia nos processos inflamatórios, é mais tardia e persiste na convalescença (Failace, 2003) 101[4]. O autor não oferece uma análise crítica desses dados e nem há estudos a esse respeito. Ao que parece, a monocitose que surge em certos processos infecciosos é inconstante e de baixo valor preditivo, tanto que nas formas cavitárias e ganglionares da tuberculose há monocitose acompanhada de neutrofilia. Esse mecanismo parece carecer de estudos rigorosos e só pode ser tido como meramente conjectural.

É interessante notar que a impressão positiva do Dr. Jéssé Teixeira sobre o método terapêutico em tela nunca foi corroborada (replicada) por estudos com maior força de evidência científica, passando alguns adeptos atuais a proclamar o referido trabalho como prova incontestada da validade do método para muito além do que era possível concluir se o trabalho fosse metodologicamente adequado. Até hoje, o trabalho do digno e competente cirurgião brasileiro Jéssé Teixeira continua a ser tido como prova definitiva do valor terapêutico da auto-hemoterapia em geral por alguns adeptos e usuários do procedimento! Mas se isso fosse verdade, **o que não é**, a única coisa que poderia ser deduzida do trabalho em apreço era a de que o auto-hemotransfusão consistia de método útil para evitar e tratar complicações infecciosas pós-operatórias. Só isso, nada mais. Cada indicação extra deveria apresentar um corpo de evidência de elevada força científica.

É por demais interessante a afirmação do Dr. Jéssé Teixeira acerca do mecanismo de ação da auto-hemoterapia, por ele chamada *autohemotransfusão*. O que se segue é uma cópia pelas próprias letras do trabalho já referido:

“... Quando o sangue empregado fora de sua situação normal, no aparelho circulatório, ele se torna uma substância completamente diferente para o organismo. O sangue extraído por punção venosa é um sangue asfíxico que, por curto lapso, se põe em contato com um corpo estranho (seringa), o que é suficiente para provocar modificações na sua físico-química e, por isso, injetado no organismo, atua como se fora uma proteína estranha”.

Não existem evidências para essas explicações. Na verdade, as pessoas podem ser transfundidas com seu próprio sangue estocado sem que ocorram reações imunológicas dessa índole. Da mesma forma, a administração repetida de proteínas

¹⁰¹[4] FAILACE, R. hemograma: manual de interpretação. 4. ed. Porto Alegre: Artmed,.. 2003. pp 218-219

transformadas ao ponto de ser reconhecida pelo organismo como estranhas, deveria desencadear reações anafiláticas e até choque anafilático. Ora, a auto-hemoterapia é exatamente recomendada em aplicações repetidas. O que acontece com os elementos figurados do sangue quando introduzidos no interstício do músculo estriado? Se o paciente submetido a auto-hemoterapia for portador de uma doença auto-imune, a ativação do seu sistema imunológico não deveria trazer-lhe prejuízo ao exacerbar sua auto-imunidade? Haveria a possibilidade de formação de auto-anticorpos?

Muitos questionamentos poderiam ser feitos à luz das afirmações do Dr. Luiz Moura. Como um agente terapêutico que estimula o sistema imunológico pode combater doenças auto-imunes? E no caso da esclerose múltipla, da ictiose, da acne? Quantos mecanismos de ação estão envolvidos? Como é possível, no contexto em que foi apresentado, distinguir entre efeito real e efeito placebo? O aumento do número de macrófagos foi observado pelo Dr. Jêsse Teixeira na vesícula produzida pela cantaridina. O mesmo ocorre no sangue periférico? Esse aumento de macrófagos indica realmente aumento da imunidade? Qual? Celular? Humoral? Ambas? Pior ainda, como distinguir efeito placebo de efeito da terapia se os casos relatados para cada enfermidade são exíguos, isolados? Por que a estimulação imunológica que pretensamente cura infecções, não piora as doenças auto-imunes?

Desnecessário salientar que o Dr. Jêsse Teixeira foi um ilustre cirurgião brasileiro. Seu nome, reconhecido internacionalmente, é respeitado por tudo o que ele realizou enquanto eminente cirurgião torácico e educador. No afã de ajudar os seus pacientes numa época ainda carente de recursos terapêuticos para tratar as infecções, entusiasmou-se pela auto-hemoterapia e realizou um estudo que lhe trouxe ânimo e esperança e que lhe pareceu justificável utilizar numa época carente de recursos terapêuticos.

TRABALHO DE REVISÃO DO PROFESSOR RICARDO VERONESI

Quanto ao trabalho do Prof. Ricardo Veronesi, publicado em 1979, as seguintes considerações parecem pertinentes:

A imunoestimulação inespecífica às quais se referiu o Prof. Ricardo Veronesi foram aquelas presumivelmente produzidas pelos seguintes medicamentos: levamisole, extrato de *Corinebacterium parvum* e imuno-BCG.

Em relação ao Levamisole, a única indicação clínica atual desta substância é como tratamento coadjuvante com o 5-fluoruracil depois da ressecção cirúrgica de câncer de cólon no estágio C de Duke, onde este fármaco foi associado a alguns casos de agranulocitose fatal. 102[5]

Quanto ao extrato de *Corinebacterium parvum* parece indicado como coadjuvante à cirurgia, quimioterapia e radioterapia, no tratamento de tumores sólidos e de efusões malignas. 103[6] Kerensky et al (2006) não se refere a este recurso terapêutico em sua revisão para o Goodman & Gilman.⁵

A Imuno-BCG, de acordo com Kerensky et al (2006), é *indicada no tratamento do carcinoma in situ da bexiga e para a profilaxia dos tumores papilares recorrentes nos estágios Ta e/ou T1 após a ressecção transsuretral.*

Em nenhum momento do seu artigo de revisão o autor se refere à auto-hemoterapia, como pode ser verificado. Os apologistas da auto-hemoterapia devem, portanto, sugerir este trabalho acatando como válida a possibilidade de que a auto-hemoterapia seja imuno-reguladora, do que não existe absolutamente nenhuma prova. Na verdade, parece que o artigo do Dr. Ricardo Veronesi demonstrando com os recursos da época em que foi escrito grande entusiasmo no tratamento de diversas condições pela manipulação do sistema imunológico, foi tomado como “dicionário” de indicações da auto-hemoterapia, visto que passou a ser tida como procedimento imunorregulador.

O otimismo do Prof. Ricardo Veronesi em relação à imunoterapia dos tumores não se concretizou e é difícil senão impossível que venha a se concretizar nos moldes em que imaginou. Mesmo assim, o trabalho por ele publicado deixa transparecer honestidade científica e uma profunda esperança nos recursos da Imunologia, o que parece sensato, embora não tenha sido precavido em alguns momentos do seu artigo de revisão, sem atentar para a imensidão de incógnitas que ainda haviam acerca das funções do sistema imunológico e seus mecanismos. Ninguém pode ser tão otimista para um futuro muito distante, pois a geração na qual se pretende infundir esperanças não viverá para usufruir dos resultados. Decorridos 28 anos do seu trabalho, existe pouca

¹⁰²[5] KRENSKY, A.M.; VICENTI, F.; BENNET, W.M. Imunossupressores, Tolerógenos e Imunoestimulantes. In: Goodman & Gilman As Bases Farmacológicas da Terapêutica. 11 ed. Laurence L. Brunton et al. (Ed.). Rio de Janeiro: Interamericana do Brasil Ltda., 2006. pp. 1281.

¹⁰³[6] KOROLKOVAS, A.; FRANÇA, F.F.A.C. Dicionário Terapêutico Guanabara. Ed. 2001-2002. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. p. 12.29.

aplicabilidade e ainda escassa atividade de imunomoduladores, além de enormes limitações em face de reações adversas. A interleucina-2, por exemplo, ativa a imunidade celular, mas pode causar infecção generalizada em virtude da depressão das funções dos neutrófilos. As interferonas são potentes estimulantes da imunidade celular, mas não da humoral. Nenhum deles apresenta efeitos espetaculares, embora possam controlar certas doenças para as quais possuem ação benéfica. Os efeitos colaterais geralmente são graves e as indicações clínicas são limitadas. As citocinas recombinantes, como as interferonas, são imunoestimuladoras específicas e podem ser utilizadas no tratamento de infecções, tumores e algumas doenças tipo esclerose múltipla. A interleucina-2 está indicada no tratamento do carcinoma de células renais e no melanoma metastático. Todos estes fármacos apresentam efeitos colaterais graves e não existem resultados espetaculares para nenhum deles.

Enfim, não existem evidências confiáveis em revistas científicas de elevado padrão de que a auto-hemoterapia seja efetiva para qualquer doença em seres humanos. Não existem estudos que demonstrem sua segurança. Da mesma forma, não há sequer pesquisas em animais que informem acerca de algum parâmetro farmacológico de interesse clínico. Ela, no entanto, não é um método terapêutico pseudocientífico, pois pode ser testada com rigor. Isso não lhe confere um átimo de validade, senão a possibilidade de ter algumas de suas indicações devidamente testadas. Em conclusão, a auto-hemoterapia não foi submetida a testes genuínos, não foi corroborada, e nada há, além de indícios, casos isolados narrados com dramaticidade, que pouco se prestam a provar coisa alguma perante a ciência e que ampare o seu valor, sendo o seu uso atual em seres humanos uma aventura irresponsável.

Este é o parecer, SMJ.
Brasília-DF, 26 de outubro de 2007

MUNIR MASSUD
Relator

ANEXO – II

Nota Técnica nº 1 de 13 de abril de 2007 - 18h50

Auto-Hemoterapia

Considerando os questionamentos recebidos pela Gerência de Sangue e Componentes – GGSTO/ANVISA, sobre a prática denominada de “auto-hemoterapia” esclarecemos o que segue:

1. A prática do procedimento denominado auto-hemoterapia não consta na RDC nº. 153, de 14 de junho de 2004, que determina o regulamento técnico para os procedimentos hemoterápicos, incluindo a coleta, o processamento, a testagem, o armazenamento, o transporte, o controle de qualidade e o uso humano de sangue e seus componentes, obtidos do sangue venoso, do cordão umbilical, da placenta e da medula óssea.
2. Tal procedimento consiste na retirada de sangue por punção venosa e a sua imediata administração por via intramuscular ou subcutânea, na própria pessoa.
3. Não existem evidências científicas, trabalhos indexados, que comprovem a eficácia e segurança deste procedimento.
4. Este procedimento não foi submetido a estudos clínicos de eficácia e segurança, e a sua prática poderá causar reações adversas, imediatas ou tardias, de gravidade imprevisível.
5. A Resolução CFM nº 1.499, 26 de agosto de 1998, proíbe aos médicos a utilização de práticas terapêuticas não reconhecidas pela comunidade científica. O reconhecimento científico, quando e se ocorrer, ensejará Resolução do Conselho Federal de Medicina oficializando sua prática pelos médicos no país.
Proíbe também qualquer vinculação de médicos a anúncios referentes a tais métodos e práticas.
6. A Sociedade de Hematologia e Hemoterapia não reconhece o procedimento auto-hemoterapia.
7. O procedimento “auto-hemoterapia” pode ser enquadrado no inciso V, Art. 2º do Decreto 77.052/76, e sua prática constitui infração sanitária, estando sujeita às penalidades previstas no item XXIX, do artigo 10, da Lei nº. 6.437, de 20 de agosto de 1977.
8. As Vigilâncias Sanitárias deverão adotar as medidas legais cabíveis em relação à referida prática.

Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/divulga/informes/2007/130407.htm>>

ANEXO – III



Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro

Sede: Praia de Botafogo, 228 – Botafogo – CEP 22359-900 – Tel.: (21) 2559-0018 – Fax: (21) 2551-8020 – cremerj@cremerj.com.br – http://www.cremerj.com.br

ACÓRDÃO DA SESSÃO DE JULGAMENTO

PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL N. 1339/01

Denunciante: *Ex-Officio*
 Denunciado: Dr. Luiz Moura – CRM 52 4.169-0

Relatora: Conselheira KÁSSIE REGINA NEVES CARGNIN
 Revisor: Conselheiro ARNALDO PINESCHI DE AZEREDO COUTINHO

A C Ó R D Ã O

O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, no uso de suas atribuições que lhe são conferidas pela Lei n. 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n. 44.045, de 19 de julho de 1958, na 179ª Sessão Plenária do Corpo de Conselheiros, realizada em 11 de janeiro de 2006, DECIDIU:

1. Por unanimidade de votos, ABSOLVER o médico Luiz Moura por não constatar ilícito ético-profissional na conduta do profissional, nos termos do Voto da Conselheira Kássie Regina Neves Cargnin, que passa a integrar o presente.

Rio de Janeiro, 11 de janeiro de 2006.

CONSª KÁSSIE REGINA NEVES CARGNIN
 Relatora

CONSº PAULO CESAR GERALDES
 Presidente

ANEXO – IV

Segue logo abaixo o modelo do termo de responsabilidade que utilizo até hoje e que já serviu de base para outros profissionais que aplicam auto-hemoterapia.

TERMO DE RESPONSABILIDADE n° ____

Eu, _____,

de nacionalidade: _____, estado civil _____,

profissão: _____, portador (a) da cédula

de identidade n° _____, inscrito(a) no CPF sob o nº

_____, residente e domiciliado na _____

bairro: _____, na cidade de _____,

no estado _____, CEP _____, por este instrumento, declaro

de livre e espontânea vontade, que foi por mim requerida a prestação de serviços de enfermagem consistentes na realização

dos procedimentos inerentes à auto-hemoterapia, que se refere à terapia complementar NÃO MEDICAMENTOSA, tendo ciência que

o referido procedimento não substitui qualquer outro tratamento tradicional prescrito, de modo que assumo os riscos com relação

aos resultados, isentando a profissional: IDA ZASLAVSKY, inscrita no COREN-SC sob o nº 47.446, bem como o local onde está sendo

realizada a aplicação, vez que possuo capacidade civil, discernimento, autodeterminação e compreensão do procedimento requerido.

Desse modo, firmo o presente na data e local conforme segue:

Florianópolis, _____, de _____ de 20__.

(Assinatura)