

Controvérsias Médicas: um estudo sobre determinada prática médica (i)legal

Teógenes Luiz Silva da Costa¹

Abstract

This article discusses the problem around the production of controversies in biomedical about certain health practice considered in certain period of time, scientific and other not. Was taken as empirical cut (constructed from field research during undergraduate and master's degree from one of the researchers present) a therapeutic method called Auto-hemotherapy (AH), as practitioners of this technique claim legitimacy as knowledge legal medical. This practice consists of using autologous blood (therefore blood of the patient undergoing treatment), the punctured blood and immediately reapplied in the muscle of the individual practitioner. We sought to understand the process of legitimizing practices that are sometimes considered scientific, sometimes unscientific. The theoretical reflection used is anchored in the perspective of anthropology and sociology authors that analyze production / legitimation of knowledge as well as theoretical developments inserted in Social Studies in Health and Society.

Keywords: Auto-hemotherapy; knowledge; Health

Resumo

O presente artigo aborda a problemática em torno da produção de controvérsias na biomedicina acerca de determinada prática de saúde considerada, em determinado lapso de tempo, científica e em outro não. Tomou-se como recorte empírico (construído a partir de pesquisa de campo realizada durante curso de graduação e mestrado de um dos presentes pesquisadores) um método terapêutico denominado Auto-Hemoterapia (AH), à medida que os praticantes de tal técnica reclamam legitimação enquanto conhecimento médico legal. Esta prática consiste na utilização de sangue autólogo (portanto, sangue do próprio paciente em tratamento), puncionado da corrente sanguínea e reaplicado imediatamente no músculo do indivíduo praticante. Procurou-se entender o processo de legitimação de práticas que são consideradas ora científicas, ora não científicas. A reflexão teórica utilizada ancora-se na perspectiva de autores da antropologia e sociologia que tematizam a produção/legitimação de conhecimento, bem como em desenvolvimentos teóricos inseridos nos Estudos Sociais em Saúde e Sociedade.

Palavras-chave: Auto-Hemoterapia; Conhecimento; Saúde.

Introdução

A presente pesquisa foi inicialmente apresentada em 2012 no 36º Encontro Anual da ANPOCS - Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em Ciências Sociais; Grupo de Trabalho 37 - Universidade, Ciência,

¹ Graduado em Ciências Sociais pela Universidade Federal do Ceará – UFC. Mestre em Sociologia pela Universidade Federal da Paraíba – UFPB. Doutorando no Programa de Pós-Graduação em Sociologia – PPGS/UFC

Inovação e Sociedade. Realizadas as modificações indicadas por aquele grupo reunido, apresentam-se aqui resultados parciais de uma pesquisa em parte já concluída².

Intenciona-se neste espaço analisar a proibição deflagrada a uma terapêutica, relacionada à área da saúde. Trata-se da Auto-Hemoterapia (AH), procedimento não reconhecido como cientificamente válido, que recebe *status* de “não científico”, outorgado pelo Conselho Federal de Medicina³ (CFM), sendo, portanto, proibida aos profissionais da área de saúde a prática da AH por parte da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA⁴.

Busca-se entender o ato proibitivo a partir das discussões sobre controvérsias⁵ (SHINN; RAGOUET: 2008) oriundas da atividade científica, o que

² O texto aqui em exposição é resultado de pesquisa de mestrado realizada por Teógenes Luiz Silva da Costa.

³ Recorrer-se-á frequentemente ao conteúdo desse parecer, por isso, cabe esclarecer que o motivo é o fato de o mencionado documento figurar a principal fonte que evidencia os argumentos daqueles agentes que se posicionam contrários à AH. Outro documento que permite esta assertiva é a Nota Técnica Nº 001/2007/GESAC/GGSTO/ANVISA em que se vê o alinhamento decisório entre esta agência e aquele conselho.

⁴ A partir da Nota Técnica Nº 001/2007/GESAC/GGSTO/ANVISA, tem-se proibido, aos profissionais da saúde, recorrer à AH: “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/sangue/informes/01_130407.htm?NomeColuna=CO_SEQ_ALERTA&Parametro=858>.

⁵ O que Shinn & Ragouet (2008) reconhecem como *controvérsia* se refere a um conjunto de concepções conflituosas sobre a atividade científica, ou seja, sobre a concepção e definição da ciência, expõe que as controvérsias são as variadas acepções do que seja a Ciência enquanto dimensão da realidade social. No presente ensaio, apresenta-se esta noção adaptada ao contexto da saúde, tanto em sua concepção científica, quanto em acepção prática. Percebeu-se que existem variadas conceitualizações e definições para o que seja medicina, por isso, optou-

será adaptado neste espaço, ao contexto das questões em torno dos saberes médicos, e por esse motivo, denominado “controvérsias médicas”. No que se refere aos Estudos Sociais em Saúde e Sociedade, focam-se ideias de autores brasileiros ligados ao Grupo de Pesquisa *Racionalidades Médicas*⁶, bem como de outros pesquisadores.

A teoria de Shinn & Ragouet (2008) surge em contraposição a duas correntes de pensamento que se opõem teoricamente, no que diz respeito aos estudos das ciências e das técnicas. Um posicionamento conhecido como diferencialista e outro denominado anti-diferencialista. Os teóricos que aderem ao diferencialismo, organizado inicialmente por Robert Merton (SHINN & RAGOUET 2008), defendem que o sistema de produção científico, e a própria instituição científica, é uma dimensão social distinta das demais dimensões da vida social. Esta distinção se baseia na forma disciplinar como o sistema científico se constitui e organiza suas produções. Tal diferenciação ainda se pauta no controle que os pares (cientistas) realizam sobre o trabalho científico e na racionalidade científica, baluarte de todo este sistema de conhecimento.

Por sua vez os teóricos anti-diferencialistas criticam toda presunção de compreender a atividade científica como algo distinto das demais atividades sociais, principalmente os posicionamentos mais extremados que enxergam a atividade científica como aquela que possuiria privilégio em relação às demais. Para esta corrente teórica, inexistente diferença entre dimensão científica e as demais. A ciência não seria, dessa forma, uma atividade que estaria acima de influências e determinações sociais.

A proposta de Shinn & Ragouet (2008) sugere que, no intuito de superar o “diferencialismo” e o “anti-diferencialismo”, produza-se uma “terceira via”, propõem uma *sociologia transversalista*. A proposta dos autores alinha-se a

se pela “adaptação” das ideias daqueles autores às controvérsias que envolvem a problemática aqui em questão.

⁶ “**Racionalidades Médicas** (RM) é uma linha de estudos iniciada no **Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS-UERJ)** em 1991. Hoje a linha é desenvolvida em várias unidades acadêmicas do Brasil, sendo também um **Grupo de Pesquisas do CNPQ** sediado na **Universidade Federal Fluminense (UFF)** e liderado pela **Profª Drª Madel Luz**. Os estudos do grupo abrangem comparações em nível teórico e prático entre **sistemas médicos complexos**, como a Medicina Ocidental (Biomedicina), a Homeopatia, a Medicina Tradicional Chinesa, o Ayurveda e outros”. Disponível em: <<http://racionalidadesmedicas.pro.br/>>.

ideias de dois pensadores que são tomados como referências teóricas, a saber, Bourdieu e Whitley (SHINN; Ragouet: 2008). Esta “terceira via” consistiria em reconhecer, como faz Bourdieu, que a ciência é uma dimensão social *sui generis*, e possui uma espécie de liberdade relativa em relação às pressões sociais.

Em outras palavras, a produção de conhecimento acadêmico (e dessa forma, o conhecimento médico) é algo produzido socialmente⁷. Assim, o “fazer científico” nem pode ser considerado atividade “monástica”, sem contato com o restante do mundo social, nem uma espécie de espaço social sem dimensões de ação próprias: “é preciso escapar a alternativa da ‘ciência pura’, totalmente livre de qualquer necessidade social, e da ‘ciência escrava’, sujeita a todas as demandas político-econômicas.” (BOURDIEU, 2004, p. 21).

Questões e contribuições teóricas

Na pesquisa que hora é apresentada em forma de artigo, desenvolve-se enquanto “ferramenta analítica” a utilização dos conceitos de *actante* e *campo*, respectivamente dos autores Latour e Bourdieu. Salienta-se que o uso dos conceitos precedentes é resultado de um “artifício teórico” idealizado para pensar, de forma inicial, a realidade a ser pesquisada (a proibição à AH). Ou seja, a utilização que se faz dos conceitos é realizada como uma espécie de “bússola interpretativa”, não deve ser entendida como uma “estrutura teórica” que norteia as análises, tal tarefa ainda não possui forma definida e está em vias de construção. Fez-se tal escolha devido ao fato de ser patente entre os desenvolvimentos teóricos dos autores supracitados a intenção de superarem a “dicotomia” teórico-conceitual entre as categorias “indivíduo” e “sociedade”, “estrutura” e “agência”.

Foi a partir das informações colhidas em campo que optou-se por sugerir que a AH, não podendo ser considerada como agente, pois não é um sujeito do ponto de vista sócio histórico, poderia ser entendida como *actante*. Esta escolha

⁷ Esta discussão, sobre a dimensão social da produção de conhecimento, e especificamente o científico, é aqui retirada dos desenvolvimentos teóricos de Bourdieu (2004^b). No texto *Os usos sociais da ciência*, Bourdieu explicita sua crença na dimensão social que possui 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, 2004, p. 21).

permite que atribua-se à AH certa “ação” no que se refere à realidade a que se decidiu pesquisar. Objetivamente, sugere-se aqui que a AH impele os sujeitos sociais envolvidos nesta questão a se posicionarem em relação à sua “veracidade”. Esse movimento de impelir os sujeitos envolvidos nesta situação a emitir certo julgamento em relação à veracidade científica da AH é que considerado como o “*quantum*” de ação protagonizada pela terapêutica aqui em análise.

A “ação” protagonizada pela AH dá-se em determinado meio sócio espacial, daí a necessidade de se recorrer ao conceito de *campo*, pois acreditamos que tal desenvolvimento é dos mais profícuos para abordar a realidade social, uma vez que intenciona apreender a realidade a partir da compreensão correlativa entre *estrutura* e *ação*, indivíduo e sociedade.

Desta forma, a proibição à AH (e até mesmo sua utilização “marginal”) pode ser considerada uma “construção social” (ou seja, estaria ligada à cultura), mas que se relaciona com a dimensão “biológica”, a busca da saúde, em última instância, como uma forma específica de intervenção sobre o corpo.

Segundo os desenvolvimentos teóricos de Latour (1994), *actante* é uma categoria analítica que concebe a realidade a ser pesquisada (a realidade social-natural), não como um ser passivo diante do pesquisador, mas um objeto (ou quase-objeto) que interage com o pesquisador, e esse movimento de “interação” proporciona tangenciar o binômio sujeito-objeto. Além disso, nesta pesquisa, entende-se que a proibição à AH é um processo que proporciona a interação entre agentes sociais envolvidos em seu procedimento: praticantes (“pacientes”), profissionais de enfermagem, médicos, entre outros.

Portanto, pode-se conceber a AH como um exemplo de realidade “natural-cultural” tal como propõe Latour (1994). Ou seja, pode ser interpretada como um *híbrido* de natureza e cultura. Seguindo as proposições deste autor (LATOUR 1994) que sugere que as pesquisas sociais não separem, em seus estudos, as dimensões natural e cultural, separação que, na realidade, é impossível de acontecer, vê-se que a AH, enquanto prática terapêutica, possui essa dupla dimensionalidade (assim como outras técnicas de cura, é apenas uma maneira de agir sobre o corpo doente e/ou visando a prevenção ao “corpo são”).

Com o intuito de melhor entender o que se quer dizer com relação à dupla característica da AH, de ser um ente natural/cultural, toma-se o seguinte

exemplo: a ação de comer, ou seja, sentir necessidade de comer (sentir fome) é algo “natural”, a fome é “natural”, no entanto, a forma como satisfazemos esta necessidade é de ordem cultural. A fome possui, igualmente, uma dimensão cultural e natural, assim como a técnica aqui em questão. A doença é o fenômeno que acomete o ser humano em geral, portanto, há a “tentação” de percebê-la como “natural”⁸. Assim, a técnica AH produz uma interferência nos corpos dos “pacientes” em tratamento.

O conceito de *actante* em Latour (1994) surge no contexto da teoria ator-rede e propõe que a agência seja desenvolvida, além dos indivíduos sociais, também por não humanos. A AH, enquanto *actante*, “age” em um meio bastante intrincado, por onde perpassam várias dimensões da realidade social, a saber: política, econômica e científica, estas entendidas como componentes de um *campo*⁹ (da saúde coletiva).

Tomando-se o conceito de Bourdieu, o qual diz que 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, 2004, p. 119), percebe-se que é nas disputas internas ao campo da biomedicina que mais se averigua a discussão entre os defensores e opositores, como duas posições que se enfrentam quando se trata da AH. Aplicado especificamente ao domínio da atividade científica, o conceito de campo, tem-se o seguinte:

[...] enquanto sistema de relações objetivas entre posições adquiridas (em lutas anteriores), é o lugar, o espaço de jogo de uma luta concorrencial. O que está em jogo especificamente nessa luta é o monopólio da *autoridade científica* definida, de maneira inseparável, como capacidade técnica e poder social; ou, se quisermos, o monopólio da *competência científica*, compreendida enquanto capacidade de falar e de agir *legitimamente* (isto é, de maneira autorizada e com autoridade), que é socialmente outorgada a um agente determinado (BOURDIEU, 1983, p. 122-123).

⁸ Opta-se por não pensar o fenômeno da doença como sendo algo estritamente “natural” (nem mesmo exclusivamente social) devido ao fato de haverem discussões ligadas à biossociabilidade que colocam em xeque tais conceitos (RABINOW 1999). Mas admite-se que sendo observável que em quase todas as sociedades há registros da existência de “doenças”, tome-se aí uma dimensão subjetiva ou objetiva, opta-se por comparar aos exemplos citados naquele parágrafo.

⁹ Através deste conceito, Bourdieu pretendia transpor os problemas gerados por formulações teórico-metodológicas que reduziam os objetos de pesquisa a sua dimensão objetiva (formulações teóricas de cunho holista, observadas, por exemplo, em Durkheim, Marx, dentre outros) ou subjetiva (individualismo metodológico, atribuído, por exemplo, a Simmel, Weber, dentre outros).

A partir das observações realizadas durante a pesquisa e com o arcabouço teórico disponível foi possível observar que os dados colhidos possibilitariam a composição de um quadro analítico. Tomando-se a noção de campo desenvolvida por Bourdieu (1989), é possível perceber pelo menos três dimensões da realidade social compondo a presente questão, a saber: política, econômica e científica.

De forma sucinta, propõe-se no presente texto que as questões que envolvem a proibição da AH são perpassadas por aquelas três dimensões sociais devido ao fato de que, entende-se que o parecer do CFM e a Nota Técnica da ANVISA são dimensões práticas da política. A suposição de que a dimensão econômica influencia o ato proibitivo foi aviltado pelos interlocutores entrevistados¹⁰ (algumas das falas que sugerem esse posicionamento serão expostos mais a frente), os quais emitiam juízos de que a AH era ou não pesquisada, devido ao fato desta técnica de saúde não produzir lucros, no entanto esse não é um posicionamento unânime, há quem defenda que a economia não exerça influência alguma no processo de proibição da técnica aqui em questão. Por fim, sugere-se que a área científica também influencia o objeto aqui em análise devido ao fato de se ter percebido que é na arena científica onde será travada a “batalha” por uma legitimação à prática da AH.

Tendo em mente o conceito bourdieusiano, vê-se que a biomedicina é uma dimensão da realidade social bastante complexa e se define da seguinte maneira:

A Biomedicina vincula-se a um "imaginário científico" correspondente à racionalidade da mecânica clássica, caminhando no sentido de isolar componentes discretos, reintegrados *a posteriori* em seus "mecanismos" originais. O todo desses mecanismos é necessariamente dado pela soma das partes – eventuais inconsistências devem ser debitadas ao desconhecimento de uma ou mais "peças"(CAMARGO JR., 2005, p. 178).

Dessa forma, a biomedicina enquanto componente constituinte do campo da saúde coletiva, que se caracteriza por buscar intervir no corpo humano (FOUCAULT 2008), ainda que ao longo do tempo tenha sofrido variações em relação aos processos de como se dá essa intervenção, se sobre a doença, se

¹⁰ Essa hipótese sugerida pelos interlocutores precisa ser pesquisada com maior profundidade, algo que ainda não foi possível realizar.

sobre a prevenção de doenças, hoje em dia tenta legitimar suas práticas arrogando para si um *status* de ciência, não apenas de prática fundamentada nos desenvolvimentos teórico-metodológicos da ciência.

A disputa pelo saber/poder científico obedece a regras específicas, aliás, estas regras são criadas a fim de “organizar” a mencionada disputa. Nesse sentido, cria-se um arcabouço teórico/prático/conceitual que se baseia no modelo científico mecanicista, como esclarece Camargo Jr. (2005), para servir de mecanismo de legitimação das práticas médicas.

Foucault sugere que, de todo o corpo social, apenas alguns sujeitos são autorizados a proferirem discursos e, por consequência, discursos verdadeiros. E como naquele estudo o autor analisa o saber médico, é acrescentado:

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. Compreende, também, um sistema de diferenciação e de relações (divisão das atribuições, subordinação hierárquica, complementaridade funcional, demanda, transmissão e troca de informações) com outros indivíduos ou outros grupos que têm eles próprios seu *status* (com o poder político e seus representantes, com o Poder Judiciário, com diferentes corpos profissionais, com os grupos religiosos e, se for o caso, com os sacerdotes) (FOUCAULT, 2008^b, p. 56;57).

Desse modo, ao profissional médico são outorgados, desde a modernidade, poderes sociais sobre os processos de saúde-doença, mas aquele autor chama atenção para o fato de que o discurso médico, mesmo sendo proferido por um indivíduo detentor de poder, precisa de algo mais para ser “ouvido” e assimilado com toda a “sujeição” de que deve gozar. Este “algo mais” é o “local da fala”, ponto que será aprofundado posteriormente.

No entanto, apesar de reclamar para si o *status* de ciência, apenas algumas de suas áreas são, ainda que não unanimemente, consideradas e reconhecidas enquanto ciência. São elas:

As chamadas “disciplinas básicas” do ponto de vista da Biomedicina, como a Fisiologia, a Fisiopatologia e a Bioquímica, e possivelmente a Genética, aquelas que, dentro do campo médico, são as mais diretamente relacionadas ao método experimental, têm alguns conceitos genéricos fundamentais no desenho dessa racionalidade (CAMARGO JR., 2005. p. 183).

Os conceitos a que se refere Camargo Jr. estão relacionados ao modelo de ciência reconhecidamente cartesiano-mecanicista, cuja abordagem não será aprofundada no presente artigo. Assim, como anteriormente exposto, todas as vezes que precisam legitimar alguma produção, os médicos recorrem a esse cabedal conceitual científico a fim de, quase que por “cópia” do modelo científico, respaldarem suas produções.

Ao se pensar sobre as práticas médicas o que logo vem à imaginação é o fato de associá-las à ciência, ao modo científico de produzir e validar conhecimento. Nesta perspectiva, a biomedicina seria uma entre outras ciências. No entanto, depois de muito se pensar sobre esta questão, percebe-se que na verdade, analisar este campo, a saber, a área da saúde coletiva, envolve uma grande complexidade. Sendo assim,

a racionalidade científica se caracteriza basicamente por ser um modo de produção de verdades mutáveis, a partir da aplicação de um método alçado à categoria de *doxa*, por sua imutabilidade, que pressupõe e formula ação de enunciados lógicos, preferencialmente em linguagem matemática. Esse método e seus enunciados pretendem elucidar os mecanismos mais recônditos e as “leis naturais” que regem o Universo, do micro ao macrocosmo (CAMARGO JR., 1990, p. 6).

A partir desta discussão conclui-se que a biomedicina não pode ser vista sob uma ótica reducionista. Não se trata apenas de uma prática, um modo de intervenção sobre o corpo e nem possui apenas uma dimensão teórico-científica. Apesar de na contemporaneidade esta visão ser um pouco dificultada devido ao fato de cada vez mais a Biomedicina se especializar, portanto, “confinando” profissionais ou em consultórios ou em laboratórios, a imagem que se tem é a de um profissional que testa, ou seja, que realiza experiência e produz hipóteses que obedecem a critérios da racionalidade científica. Acredita-se aqui que a Biomedicina possui esta dupla caracterização.

Trazendo esta discussão ao âmbito da presente pesquisa, imagina-se o seguinte: a proibição atribuída à AH deve responder a alguma necessidade (seria quase improvável uma proibição sem que houvesse uma intencionalidade) material. Resta investigar qual (ou quais) seria esta. Trabalha-se aqui com a hipótese de uma multicausalidade como dispositivo desenvolvedor do ato proibitivo à AH. Nesta perspectiva, como anteriormente exposto, existem várias

dimensões (ou “domínios”) da realidade social que se correlacionam compondo o campo de conflito em que se insere a técnica de saúde aqui em questão.

Então, seguindo esta linha de raciocínio, não seria apenas a uma necessidade que a proibição estaria tentando satisfazer, mas pelo contrário, a variadas (esta é uma hipótese ainda em desenvolvimento, não sendo possível aprofundá-la no espaço deste artigo). Assim, proibir a AH resultaria de uma tentativa de manter a ordem do campo da saúde, que é composto por, entre outras, as três principais dimensões anteriormente citadas.

Admitindo-se que a AH é uma técnica, é interessante refletir sobre o conceito sociológico de técnica e tecnologia – muito apropriado para pensar os procedimentos utilizados pelos praticantes. Nesse sentido, a partir de Heidegger (1953), entende-se a problemática em torno da definição de “técnica” da seguinte forma:

Questionamos a técnica quando questionamos o que ela é. Todos conhecem os dois enunciados que respondem à nossa questão. Um diz: técnica é um meio para fins. O outro diz: técnica é um fazer do homem. As duas determinações da técnica estão correlacionadas. Pois estabelecer fins e para isso arranjar e empregar os meios constitui um fazer humano. O aprontamento e o emprego de instrumentos, aparelhos e máquinas, o que é propriamente aprontado e empregado por elas e as necessidades e os fins a que servem, tudo isso pertence ao ser da técnica. O todo destas instalações é a técnica. Ela mesma é uma instalação; expressa em latim, um *instrumentum*. A concepção corrente de técnica, segundo a qual ela é um meio e um fazer humano, pode, por isso, ser chamada de determinação instrumental e antropológica da técnica (HEIDEGGER, 1953, p. 2).

Portanto, a técnica pode ser entendida como o “modo” utilizado para satisfazer necessidades humanas, e tecnologia:

como saberes que derivaram de técnicas utilizadas pelos seres humanos para sua sobrevivência frente a fenômenos da natureza. A tecnologia tanto produziu teorias científicas que a explicam e sustentam – ciência pura – quanto deriva da ciência pura que produz conhecimentos aplicáveis – ciência aplicada, e da qual se desdobram técnicas para resolver problemas práticos (LORENZETTI *et al.*, 2012, p. 433).

No entanto, quando se trata de práticas de saúde entram em jogo outras complexidades que envolvem a discussão sobre as relações sociais em torno da divisão do trabalho entre os que fazem e os que idealizam; uma divisão imposta pelo sistema capitalista de produção – que atribui ao objeto intelectual

(idealizador de técnicas de trabalho ou tarefas) maior valor dos que àqueles que realizam a tarefa. Esta discussão sobre a divisão social do trabalho nas ciências da saúde também pode ser, proficuamente, desenvolvida a partir da teoria crítica, no entanto essa empreitada foge ao escopo da presente intenção.

Pesquisa e análise do material de pesquisa

Cabe ressaltar que o sangue é um objeto simbolicamente significativo na história das práticas de cura, e na própria medicina. É importante lembrar o exemplo das sangrias praticadas, na maioria das vezes, como forma de expurgar o mal do indivíduo. E outras práticas sociais, em se tratando de sociedades não ocidentalizadas, onde há ritos de passagem que usam o sangue enquanto símbolo (esta questão não será desenvolvida aqui por fugir ao escopo da pesquisa).

Simbolicamente, o sangue representa a vida, bem como também a morte. Pode-se a este respeito lembrar as campanhas de doação de sangue, quando se afirma “doe sangue, doe vida” ou ainda o medo que temos de nos contaminarmos através de sangue, por exemplo, no caso do HIV. Como um dos fluidos corporais, o sangue possui diversificados sentidos:

O sangue pode reter para si variadas simbologias. [...] Mary Douglas apresenta dois eixos principais: 01- o sangue como material puro; 02- sangue como material impuro. Ou seja, as sociedades não existem num vazio e sem cargas, sem atribuir significados ao mundo que as circunda. Assim como todas as coisas que podem ser aludidas a impurezas, o sangue pode nos servir como uma boa analogia no sentido de demonstrar uma imagem geral da ordem social (COSTA, 2009, p. 37).

Como se pode ver, no imaginário coletivo o sangue adquire inúmeras simbologias, a exemplo dos estudos realizados pela antropóloga Mary Douglas (2012) ao se referir, não exclusivamente ao sangue, mas aos fluidos corporais em geral como adquirindo simbologia de “puro” ou “impuro”, “sagrado” ou “profano”. Deve-se lembrar ainda, que no âmbito da prática médica existe uma especialidade encarregada das intervenções que dizem respeito ao sangue, trata-se da hematologia, que toma objetivamente o sangue como artefato de intervenção.

Na presente pesquisa, Leis, entrevistas, bem como um DVD¹¹ e o parecer emitido pelo CFM em 2007, foram a principal base de informações empíricas utilizadas na pesquisa que deu origem à presente discussão. As entrevistas realizadas durante a pesquisa de graduação e mestrado com profissionais ligados à área da saúde (médicos, farmacêuticos e enfermeiros), bem como os documentos históricos recolhidos são aqui considerados como interlocutores da pesquisa.

Um dos marcos referente à legalidade em se tratando da utilização do sangue como terapia médica é caracterizado, principalmente, pelo incentivo e promoção do uso de sangue e seus hemoderivados, como forma terapêutica, está representado principalmente, pela Lei Nº 10.205, de 21 de março de 2001, que

Regulamenta o § 4º do art. 199 da Constituição Federal, relativo 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 (BRASIL, Lei Nº 10.205, de 21 de março de 2001).

Já em relação aos demais materiais colhidos durante o período de pesquisa, basicamente foram entrevistados¹² cinco médicos, duas enfermeiras e um estudante de mestrado em farmácia, entre defensores e contrários¹³ à AH, levando-se em conta aqueles do trabalho monográfico de um dos presentes autores (esses dados de campo serão apresentados posteriormente), bem como transcrito os conteúdos de programas televisivos e mídias divulgadas em meio virtual (internet). Dentre os informantes (todos ligados à área da saúde), há os que defendem a AH (os quais foram identificados como defensores), bem como quem não acredita em sua veracidade (os quais são designados como opositores).

¹¹ Trata-se de uma mídia, o DVD foi produzido, de forma independente, em 2004, por Ana Martinez e Luiz Fernando Sarmiento, e pode ser facilmente adquirido baixando-o da internet, cujo interlocutor é o médico carioca Sr. Luiz Moura. Este produto midiático foi usado como parte da pesquisa empírica que dá suporte à presente pesquisa, portanto, é utilizado amplamente como material de empírico.

¹² Estas cinco entrevistas são parte do material anteriormente citado, a saber, trabalho monográfico e dissertativo (COSTA, 2009, p. 2013) do presente autor.

¹³ Optou-se por recorrer-se às categorias “defensores” e “opositores” como um instrumento metodológico, com o intuito de organizar os diferentes posicionamentos referentes à prática aqui em questão. No entanto, tem-se consciência que a complexidade que envolve as apropriações referentes à AH não se esgotam nestas categoria.

Deve-se ressaltar a grande dificuldade que se teve em registrar estas entrevistas, isso porque como a AH é proibida, pronunciar-se, mesmo que contrário à sua utilização poderia ser motivo de “perseguição” por parte dos órgãos fiscalizadores, por tanto o material gravado é escasso. Esse material será, à medida que se adequa à discussão, trazido para o texto.

As transcrições das entrevistas e documentos são, portanto, tratadas neste estudo como uma espécie de material etnográfico, são vistos, igualmente, como interlocutores. Os dados documentais e entrevistas vão compor o que Foucault (2008) chama de *corpus* discursivo:

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 (FOUCAULT, 2008, p. 127).

Ou seja, os dados de campo a que se fez referência anteriormente (as leis; os pareceres técnicos; entrevistas, produtos midiáticos, etc.) são aqui vistos como *corpus* de discurso, um conjunto de “falas” (linguagem) sistematizadas, obtendo-se assim, uma materialidade, uma objetividade que possibilita tratá-las como material de pesquisa.

A problematização dos dados colhidos durante a pesquisa iniciou-se por questionar-se sobre “os locais” de coleta de dados. Os locais onde foram realizadas as entrevistas, tanto entre contrários quanto entre defensores, sempre foram no próprio ambiente de trabalho (consultórios, hospitais ou universidade). Ao concordarem em conversarem, sempre eles sugeriam, através de suas secretárias (ou ainda, eles próprios), que fosse onde trabalhavam; o que levou a pensar que desejavam, tanto uns quanto outros, salientar suas respectivas ligações com instituições, sejam de pesquisa (universidade) sejam da prática médica, a exemplo dos consultórios.

Sobre o “local da fala”, Foucault propõe algumas inferências, no estudo que realizou sobre a constituição de discursos socialmente aceitos, a propósito dos dados enunciativos verdadeiros, ele se questiona:

Primeira questão: quem fala? Quem, no conjunto de todos os sujeitos falantes, tem boas razões para ter esta espécie de linguagem? Quem é seu titular? Quem recebe dela sua singularidade, seus encantos, e de quem, em troca, recebe, se não sua garantia, pelo menos a presunção de que é verdadeira? Qual é o *status* dos indivíduos que têm - e apenas eles - o direito regulamentar ou tradicional, juridicamente definido ou espontaneamente aceito, de proferir semelhante discurso? (FOUCAULT, 2008^b, p. 56).

O “local da fala” é um dos elementos cruciais na constituição de sujeitos detentores de saber/poder:

Esses lugares são, para nossa sociedade, o hospital, local de uma observação constante, codificada, sistemática, assegurada por pessoal médico diferenciado e hierarquizado, e que pode, assim, constituir um campo quantificável de frequências; a prática privada, que oferece um domínio de observações mais aleatórias, mais lacunares, muito mais numerosas, mas que permitem, às vezes, constatações de alcance cronológico mais amplo, com melhor conhecimento dos antecedentes e do meio; o laboratório, local autônomo, por muito tempo distinto do hospital, no qual se estabelecem certas verdades de ordem geral sobre o corpo humano, a vida, as doenças, as lesões, que fornece certos elementos de diagnóstico, certos sinais de evolução, certos critérios de cura, e que permite experimentações terapêuticas; finalmente, o que se poderia chamar a “biblioteca” ou o campo documentário, que compreende não somente os livros ou tratados, tradicionalmente reconhecidos como válidos, mas também o conjunto dos relatórios e observações publicadas e transmitidas, e ainda a massa das informações estatísticas (referentes ao meio social, ao clima, às epidemias, à taxa de mortalidade, à frequência das doenças, aos focos de contágio, às doenças profissionais) que podem ser fornecidas ao médico pelas administrações, por outros médicos, por sociólogos, por geógrafos (FOUCAULT, 2008^b, p. 58).

Além de parecerem querer ressaltar suas ligações institucionais, também transpareciam desejar manter certo distanciamento em relação ao pesquisador, hipótese esta que está presa ao fato de não ter ocorrido mais de uma entrevista com cada um; ou seja, optou-se por uma metodologia que praticamente afastava o pesquisador dos interlocutores.

O material aqui analisado é de vital importância por colocar o pesquisador ante as principais categorias referentes à área da saúde as quais não conhecia nem dominava, a exemplo de *casos isolados* que, no contexto das entrevistas, entendeu-se como sendo estudos realizados sobre alguma terapia ou técnica de cura, bem como outras categorias, a exemplo de: *normatização; prática; técnica; hemoterapia e hematologia; Sistema Imunológico; empirismo*. Estes “termos-

nativos” não serão, no presente texto, amplamente analisadas, no entanto, é interessante realizar uma rápida abordagem a esse respeito.

No que tange às entrevistas, decidiu-se por realizá-las semiestruturadas por alguns motivos. Primeiro, esperava-se que os entrevistados enxergassem no pesquisador um “leigo” no assunto, ou seja, alguém que não possuía nenhuma informação sobre o tema. Segundo, havia a intenção de que com esta escolha, pressuposições e preconceitos fossem colocados em xeque. E, por último, intencionava-se detectar, nas falas dos entrevistados, possíveis “pistas” a serem seguidas.

Um exame daquelas categorias chamadas “nativas” revela interessantes ideias, como por exemplo, ao se referir a *casos isolados*, um interlocutor (médico defensor) apontou que a categoria *casos isolados* significa estudos cientificamente dirigidos a fim de dominar técnicas médicas de cura. Ele se referia ao uso da câmara hiperbárica, que em fins do século XX teve seu uso tido como ultrapassado, mas que, no entanto, segundo o informante, voltava a ser usado em *casos isolados* na USP:

Mas foram visto o seguinte, que na, na câmara hiperbárica foram, e, foi visto o seguinte que em ferimentos, infecções, melhoravam bastante. E começou a ser usada no mundo todo e começou a também ser usada o seguinte, gente que tava com o pé para ser amputado, aí botava na câmara hiperbárica, o que acontecia, o pé era amputado, mas melhorava a circulação e era amputado menos, o pé. Mas foi colocado como uma panaceia, caiu no descrédito. Hoje ninguém usa mais, a não ser a USP que usa em casos isolados em que ela é excelente. Para casos, é, isolados, bem estudados, ela é uma terapia excelente, a câmara hiperbárica dentro da UTI. Infecções graves (leia-se, ‘em infecções graves’), generalizadas. (Há aqui, outra interpelação do pesquisador, indagando-o sobre o uso da câmara hiperbárica em tratamentos que são direcionados, o que é confirmado pelo Dr. João Veiga). Direcionados. Mas, como foi usado para tudo, a câmara hiperbárica, para tudo, teve um tempo, nos anos 70 e 80, já, que a hiperbárica era usada para tudo, para tudo. Até em psiquiatria era usada a hiperbárica, né! Qual é a função dela? Ela caiu no descrédito (Entrevista realizada em 2011).

A ideia de *casos isolados* remete a outra, a de *normatização*, que se refere a estudos já validados cientificamente e que compõem um *corpus* da prática médica. Essa discussão remete ao que foi proposto anteriormente sobre a disputa em torno da autoridade médica. Veja-se o que o mesmo informante diz sobre a ideia de normatização a partir de uma pergunta feita pelo pesquisador

sobre o que ele sabia sobre a técnica conhecida como Plasma Rico em Plaquetas – PRP:

[...] existe alguma coisa dentro da AH que faz, que faz efeito. Se a plaqueta tá fazendo efeito anti-inflamatório, então o sangue também faz, porque a plaqueta dentro do sangue, certo?! Agora o que falta ainda, é essa, essa... Porque tem uma coisa assim, porque em Medicina você tem que, tudo que você fizer em Medicina tem que ser replicável. E tem que ter uma dose. É, você faz 10 ml para mim, que eu tenho 110kg e para você que tem 70kg, você faz por quantas semanas? 14 semanas? 10 semanas? Você acha; “não a gente segue as 14 semanas da, da acupuntura. Sim a acupuntura... Então assim, não há um, um padrão de você dizer assim, olhe vamos fazer assim... a não ser o padrão que o pessoal tá fazendo, o PRP. Eles operam a cirurgia, quando termina a cirurgia eles jogam o concentrado de plaquetas no sítio cirúrgico. Pronto, aí já é um, já há uma normatização (Ibidem).

Outra informante (médica do Hemocentro do Estado do Ceará-HEMOCE), contrária à AH, respalda seu posicionamento também apontando para a escassez de pesquisas científicas sobre a técnica:

É, a metodologia do estudo, né. Quer dizer, se é um caso controle, se é um ensaio clínico, quer dizer, qual é o método que você vai usar? Por que tem alguns métodos que se aplicam algumas perguntas, né. Então dependendo da pergunta, da hipótese, do que você tá querendo saber, você vai usar esse ou aquele tipo de desenho, né, no estudo pra poder ter uma evidência mais confiável. Isso, assim, para o pessoal que trabalha com metodologia científica, e tudo, tem, é, essas coisas já mais ou menos definidas, né, para você chegar a uma resposta você tem que ter um bom método. Quer dizer, um método que já, reconhecidamente, seja capaz de responder àquele tipo de pergunta. Então tem métodos que se aplicam mais em tratamentos, tem métodos que se aplicam mais ao uso, é, farmacológico, para saber se uma droga é melhor ou não. Então tem algumas formas de você, se você achar uma droga você já usa uma pesquisa randomizada duplo cego (Entrevista realizada em 2009).

Chama atenção a aparente unanimidade ente os contrários à AH, pelo menos no que se refere ao fato de respaldarem seu posicionamento apontando para uma alegada falta de pesquisas que a deia legitimidade.

Desta forma, a complexidade que envolve o fenômeno se revela ainda mais interessante, na medida em que existem divergências nas posições marcadas por “defensores” e “contrários”, ou seja, os argumentos utilizados a favor e contra o uso da AH são apropriados de maneira diferente por “defensores” e “opositores”.

Vale ressaltar que tal categorização não deixou de captar as “variações intra-grupo”, ou seja, foi possível capturar, nos discursos de ambos, que não há unanimidade nem no que diz respeito à forma de colocar-se “contra” ou “a favor”, e baseados em quais argumentos, em relação à proibição e não cientificidade da prática ora em questão. No entanto, devido as limitações próprias de uma apresentação como esta, não será possível aprofundar esse aspecto importante da pesquisa realizada.

De forma breve, percebeu-se que tanto opositores quanto defensores da AH pautavam seus posicionamentos baseando-se no discurso científico. Ou seja, a arena científica foi escolhida por ambos os grupos para respaldar seus “julgamentos” em relação à problemática em torno da técnica aqui em estudo, o modelo de racionalidade científica foi uma espécie de “juiz” no que se refere à análise desta técnica. No entanto, apesar de partirem de um “ponto em comum”, a racionalidade científica como princípio capaz de conduzir ao conhecimento verdadeiro, defensores e opositores chegaram à “conclusões” divergentes. O que teria gerado essa divergência? A resposta mais plausível a que se chega é, suas respectivas conceitualizações e concepções sobre a atividade científica.

Desse modo, defensores de modo geral, mas admitindo-se variações sutis (as quais, como anteriormente explicitado, não será possível aprofundá-las no momento), tendem a ter uma visão um tanto quanto mais alargada sobre o que seja a medicina científica:

Medicina é a arte de curar. Então eu só tenho um único compromisso com meus pacientes: aliviar o sofrimento deles e, quando possível, curar. Eu, por isso que eu não respeito os padrões chamados, que se diz científicos. Isso eu não posso fazer porque não é comprovado pela ciência, para mim, o que comprova qualquer coisa é o efeito do tratamento. Se ele produz benefícios para o paciente, é um tratamento científico, mesmo que nós não saibamos qual o mecanismo de ação deste tratamento. Eu faço, eu uso recursos, sejam quais forem, para beneficiar os pacientes, para que eles se beneficiem e pelo menos tenham alívio do sofrimento e, se possível, a cura da paciente, do paciente. Ora, depois, então, porque eu tenho uma mente investigativa, de investigação, uma forte tendência à investigação, depois, eu não me satisfaço com isso e procuro encontrar uma solução, procuro encontrar algo que me satisfaça, que eu entenda por que que ele [o tratamento] funcionou, depois de ter curado o paciente, depois de ter dado resultado. Aí eu tenho interesse em investigar o “porquê” e quando, quando eu não consigo, porque eu não tenho laboratório, provar o “porquê”, eu sempre procuro um raciocínio lógico que me leve à conclusão do “porquê” (VÍDEO DEPOIMENTO, 2004).

O interlocutor entrevistado em 2011 (defensor da AH), apesar de apresentar uma definição mais cartesiana sobre o que concebe como ciência, também acredita que a partir de pesquisas conduzidas de forma científica, pode-se dar mais respaldo à AH. Na fala do interlocutor Dr. Luiz Moura, fica claro que para alguns os defensores, a conceitualização sobre a atividade científica é um pouco mais “frouxa”, com uma maleabilidade teórica maior.

Para os contrários à AH, o embasamento científico justifica-se em uma visão de ciência pautada numa epistemologia, de forma aparentemente, tendenciosa ao positivismo:

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 (“PROCESSO-CONSULTA CFM Nº 4.275/07 – PARECER CFM Nº12/07”).

É a partir desses posicionamentos colhidos em campo, que optou-se por categorizar os interlocutores que contribuíram na pesquisa aqui em exposição entre contrários/opositores e defensores/apoiadores.

Uma das categorias centrais, apreendida a partir da análise do material anteriormente citado, é a de *empirismo*, informação estranhamente apresentada ao pesquisador tanto por contrários quanto por defensores da AH, como é possível observar na fala de médico defensor:

Então é uma coisa, é um recurso que tem um número enorme de aplicações, e que tem uma explicação científica de como funciona. Não é algo a dizer que é misterioso, que é uma magia, ou uma panaceia qualquer, não! Se sabe como foi comprovado, Jessé Teixeira, realmente os trabalhos anteriores europeus, todos eram na base do empirismo, ninguém tinha comprovado como funcionava. Foi um brasileiro, Jessé Teixeira, que comprovou como funcionava, em 1940. Mas daí por diante, com a comprovação científica de como age o tratamento, era para esse tratamento ter sido divulgado e estar sendo usado... (VÍDEO DEPOIMENTO, 2004).

A categoria empirismo, segundo seu uso por parte dos informantes, tenta passar a ideia de que o conhecimento sobre a AH, inicialmente, foi desenvolvido a partir de sua prática; ou seja, antes de se teorizar sobre a AH, observa-se uma ampla utilização da mesma, uma espécie de “experimentalismo”. Seguindo o que era exposto nas falas dos informantes, sabe-se que no passado a AH foi bastante utilizada no período da 1ª Guerra Mundial. Apesar de esta categoria ser observada entre opositores e defensores da AH, há um componente diferenciador; os primeiros alegam que o conhecimento baseado na prática, em oposição ao conhecimento ancorado em teoria, é de menor relevância. Mesmo não sendo explícita, esta ideia pode ser observada quando um documento trás as seguintes ideias:

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... 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 (“PROCESSO-CONSULTA CFM Nº 4.275/07 – PARECER CFM Nº12/07”).

Na análise do trecho anteriormente transcrito, observa-se que os relatos clínicos presentes no DVD, entre outros, não possuem relevância alguma em se tratando do sistema científico; são apenas vistos como “*relatos dramáticos*”. No entanto, como pode-se ver a partir da transcrição da opinião da médica do Hemocentro do Ceará, entrevistada em 2009 (contrária à AH), que essa visão em relação à concepção sobre a atividade científica tendenciosa a vertentes mais cartesiano-mecanicista é bastante ampla entre os contrários à AH.

Outro interlocutor, à época aluno de pós-graduação no curso de farmácia na Universidade Federal do Ceará, em dois momentos de diálogo, não deixou claro seu posicionamento, apontando para o fato de também aos profissionais de sua área ser interdito orientarem quaisquer sujeitos a se tratarem com a AH. Esse interlocutor, entrevistado também em 2009 e que disponibilizou o contato de uma médica que atuava no Hemocentro do Estado do Ceará, explicou em termos científicos o porquê de a AH, aparentemente, “não possuir lógica” no que

tange à explicação de seu funcionamento. Essa dimensão da pesquisa, não será trazida à tona nesse espaço, no entanto cabe ressaltar que, mais uma vez, o domínio científico é a arena onde são travados os embates em torno da veracidade da técnica aqui em questão.

Já os defensores da AH usam a ideia de *empirismo* para ressaltar que apesar de ter seu berço na prática, há um desenrolar teórico, e mencionam estudos de dois brasileiros (Jessé Teixeira, já citado anteriormente, e Ricardo Veronesi, médico defensor que, ao que parece possui textos científicos a respeito do tema, mas que não teve espaço para serem analisados no presente trabalho) como sendo precursores teóricos sobre a técnica aqui em questão.

O interlocutor (médico defensor da AH) entrevistado em 2009, como descrito à cima, e ainda o médico Dr. Luiz Moura em fala também transcrita anteriormente, já haviam exposto defenderem que apesar de “partir da prática”, o conhecimento relacionado à AH não deixa de ser científico, pois, pode ser testado (e, segundo eles, ao ser administrado em pacientes há vários anos, sem que tenham sido registrado ocorrências negativas, serve como indícios de plausibilidade) e pesquisado.

O fato de se utilizar como “princípio curativo” o sangue autólogo é um aspecto significativo do fenômeno, visto que dispensa qualquer modalidade de tecnologia médica de ponta, bastando apenas agulhas e seringas para sua administração, considerando-se que o sangue é retirado da pessoa e imediatamente aplicado no músculo, sem que este passe por qualquer procedimento tecnológico mais avançado. Trata-se de uma prática utilizada no paciente saudável (desse modo, a AH é usada como técnica preventiva), bem como em indivíduos doentes.

No caso da AH, apesar da “proibição”, ressalta-se a persistência de profissionais de saúde (enfermeiros e até alguns médicos) que a consideram uma terapia que permite a potencialização do Sistema Imunológico. Segundo seus defensores/praticantes – informantes/entrevistados, bem como figuras que de alguma forma tornaram públicos seus posicionamentos em relação à AH, como é o caso do médico Luiz Moura –, outras indicações de seu uso são:

alergias, potencialização do Sistema Imunológico e, principalmente, o tratamento de doenças autoimunes¹⁴ através do fortalecimento desse sistema.

Maior interesse despertou nesta pesquisa a percepção de que a AH tem sua utilização autorizada em determinados contextos da prática médica¹⁵. Por exemplo, na medicina desportiva, a despeito da autorização do uso de uma técnica conhecida como Plasma Rico em Plaquetas – PRP¹⁶; na anestesiologia, como também se constata na legalização do procedimento denominado Tampão Sanguíneo Peridural – TSP¹⁷.

Todas estas técnicas são variações¹⁸ da AH, pois se baseiam no mesmo princípio, a saber, a retirada de sangue autólogo e seu uso no próprio paciente em tratamento, diversificando-se apenas no fato deste sangue passar ou não por

¹⁴ Doença autoimune: “Autoimunidade é a falha em uma divisão funcional do sistema imunológico chamada de auto-tolerância, o que resulta em respostas imunes contra as células e tecidos do próprio organismo. Qualquer doença que resulte deste tipo de resposta é chamada de doença autoimune”, segundo o Núcleo de Estudos de Doenças Auto Imunes (NEDAI), da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, disponível em: http://www.nedai.org/rubrica.aspx?id_seccao=51&id_rubrica=107&ord=6. Acesso em 21/05/2012. Em entrevista cedida ao médico Dráuzio Varella, o médico Samuel Kopersztych diz que doenças autoimunes são “[...] fundamentalmente caracterizadas pela formação de auto-anticorpos que agem contra os próprios tecidos do organismo. Por isso, o nome auto-agressão, às vezes, é mais feliz. O paciente, geralmente do sexo feminino, fabrica substâncias nocivas para seu organismo. O anticorpo, que é um mecanismo de defesa, passa a ser um mecanismo de auto-agressão nessas pacientes. Portanto, o que caracteriza a doença auto-imune é a formação de anticorpos contra seus próprios constituintes”. Disponível em <http://www.drauziovarella.com.br/entrevistas/lupus1.asp>.

¹⁵ Daí o sentido atribuído à ideia de *controvérsia*, decorrente do fato de o CFM proibir a prática da AH clássica, ou propriamente dita, e permitir o uso da mesma técnica, a saber, a utilização de sangue autólogo como forma de tratamento, com a denominação de PRP (que neste caso, apesar de recorrer apenas a uma parcela do sangue, as plaquetas, não deixa de ser material do próprio indivíduo em tratamento).

¹⁶ No texto *Aplicação clínico-cirúrgica do plasma rico em plaquetas – estudo revisional* os autores afirmam o seguinte sobre o PRP: “Através dos dados revisionais, conclui-se que as propriedades associadas das plaquetas tornam o P.R.P um produto com grande potencial de melhorar a integração dos enxertos, sejam ósseos, cutâneos, cartilaginosos ou de gordura, bem como para estimular a cicatrização de feridas cirúrgicas. Deste modo, o plasma rico em plaquetas, obtido de forma autógena, é rico em fatores de crescimento, sendo sua utilização considerada uma boa alternativa em cirurgias odontológicas” (ALBUQUERQUE *et al* 2008, p, 121). É interessante, e controverso, perceber que este estudo, entre outros, serviu para que o CFM, através de um parecer, reconhecesse como válido o uso da técnica da AH em áreas específicas da saúde.

¹⁷ O médico José Oswaldo de Oliveira Júnior fala o seguinte sobre o T.P.S: “A auto-hemoterapia, sinônimo de terapia através de transfusão de sangue autólogo, tem sido erroneamente interpretada, na mídia leiga, como procedimento realizado pelo próprio doente ou por não-médicos. (...) O procedimento é reconhecido e mundialmente indicado e utilizado no tratamento da cefaleia secundária à redução da pressão do líquido cefalorraquidiano que se instala após uma punção subaracnóidea” (OLIVEIRA JÚNIOR, 2007, p. 163).

¹⁸ Esta classificação pode ser vista no parecer do CFM. Naquele documento, Munir Massud classifica 4 (quatro) variações de AH: “propriamente dita [ou clássica]; auto-hemoterapia ocular; Tampão Sanguíneo Peridural e Auto-hemoterapia com sangue submetido à ação de certos agentes” CFM Nº 4.275/07.

tratamento físico (centrifugado, no caso do PRP), ou sua utilização tal qual a AH, como é o caso do TSP. Recentemente a medicina estética importou a técnica conhecida como PRP para realizar tratamentos de beleza.

Conclusões

Conclui-se o presente texto expondo que se tentou, demonstrar a utilização dos conceitos de Latour e Bourdieu como ferramentas que auxiliaram uma abordagem inicial da problemática aqui exposta, para em seguida aprofundar a compreensão da mesma a partir das discussões subsidiadas pela sociologia da saúde.

Ao expor anteriormente as concepções dos interlocutores, intencionou-se demonstrar como o termo utilizado por eles denominado “normatização”, que seria o ato de ser tomada por uma especialidade médica que a estudaria a fim de conhecer os limites e as possibilidades do uso da mencionada técnica, pode ser analisada segundo a ótica sociológica. Essa ideia de “normatização”, igualmente presente nos discursos de defensores e contrários à AH ao apontarem os estudos científicos, ou a faltas destes, no fundo traz em seu bojo o princípio de racionalização desenvolvido pelo clássico Weber (1999), posteriormente usado e ampliado por pesquisadores que estudam a racionalidade médica (CAMARGO JR., 1990, 2005; LUZ, 2011).

Nesse sentido, a ideia de normatização exprime o que se pode entender como sendo um conjunto organizado de preceitos racionais. Já a ideia de *prática*, presente no termo “empirismo” apresentado tanto por defensores quando por opositores à AH, traduz uma dupla ideia; aquilo que “o médico faz”, seja nos consultórios, seja nos hospitais e aquilo que se faz nos laboratórios, ou seja, pesquisa. *Técnica* (em conformidade com a conceptualização teórica apresentada anteriormente) indica que certa *prática* – aqui com o sentido da atividade desempenhada por profissionais da Medicina em suas clínicas, consultórios e hospitais – de cura já foi amplamente estudada e compõe o “cabedal de práticas médicas” oficial, expressa a ideia de domínio da arte, do ofício, de um modo específico de cura.

Assim como defendem alguns teóricos nas Ciências Sociais, a exemplo de Bourdieu, Latour, dentre outros, não há como conceber a separação entre

teoria e prática. Com olhar atento, é possível ver que tanto defensores quanto opositores da AH veem a possibilidade de produção de conhecimento sobre a AH separado em dois momentos: um prático e outro teórico. Os defensores “admitem”, como foi visto nos discursos de alguns interlocutores anteriormente expostas, que inicialmente a prática (por ele denominada, empiria) foi o norteador dos conhecimentos sobre a técnica aqui em questão. Já os opositores, igualmente ao grupo anterior, concebem que os estudos teóricos precedem as observações e desenvolvimentos práticos, criticando o fato de AH não possuir, segundo eles, pesquisas conduzidas sob a égide dos modernos princípios da ciência contemporânea.

Tanto defensores quanto opositores advogam um ponto de partida para o desenvolvimento e produção de conhecimento ao referirem-se aos estudos na área da saúde, com pontos de vista, paradoxalmente, opostos e ao mesmo tempo unívocos. Opostos por preconizarem uns a prática e outros a teoria como marco da produção de conhecimento. E unívocos ao defenderem que este exercício de produção de conhecimento apenas é possível admitindo uma separação entre teoria e prática.

Cabe ressaltar, enfim, que a controvérsia acerca do reconhecimento ou refutação da AH enquanto saber legítimo materializa-se não somente no âmbito da questão teórico-metodológica. Remete, outrossim, à relação entre saber e poder, já discutida aqui. Ora, a primazia do modelo Biomédico no contexto das Ciências da Saúde configura estreito relacionamento com uma lógica de mercado, em que se priorizam estudos e pesquisas direcionados à produção de tecnologias que geram lucro, sustentada numa espécie de “indústria da saúde”, que se move pela dinâmica do capital. Assim, se a AH não parece apontar para essa lógica de mercado, explica-se, portanto, parte de sua dificuldade em tornar-se um saber legítimo para além do contexto de uma prática que tem defensores no campo da empiria, no sentido de também alcançar espaço no campo da normatização científica.

Referências

ANDERSON, Léon; SNOW, David A. L'industrie du plasma. In: **Actes de la recherche en sciences sociales**. Vol. 104, septembre. Le commerce des corps. pp. 25-33, 1994.

AUGÉ, Marc. L'Anthropologie de la maladie. In: **L'Homme**, tome 26 n°97-98. L'anthropologie : état des lieux. pp. 81-90, 1986.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro, RJ: Bertrand Brasil, 1989.

BOURDIEU, P. **Coisas ditas**. São Paulo: Brasiliense, 2004.

BOURDIEU, P. (Org. Renato Ortiz). **Sociologia**: Pierre Bourdieu. São Paulo: Editora Ática, 1983.

BRASIL. 2007. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. **NOTA TÉCNICA 001/2007/GESAC/GGSTO/ANVISA. Nota Técnica sobre Auto-Hemoterapia.** Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/divulga/informes/2007/130407.htm>>.

BRASIL. 2007. Conselho Federal de Medicina – CFM. **PROCESSO-CONSULTA CFM Nº 4.275/07 – PARECER CFM Nº12/07.** Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/pareceres/cfm/2007/12_2007.htm>.

BRASIL. 2001. **Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei Nº 10.205.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/10205.htm>.

BRÜSEKE, F. J. A técnica moderna e o retorno do sagrado. In: **Tempo Social**, v. 11, n. 1, p. 209-230, maio, 1999.

BRÜSEKE, F. J. A descoberta da contingência pela teoria social. In: **Sociedade e Estado**, v. 17, n. 2, p. 283-308, dez, 2002.

BRÜSEKE, F. J. A modernidade técnica. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 17, n. 49, p. 135-144, jun, 2002^b.

CAMARGO JR., K. R. de. **(IR)RACIONALIDADE MÉDICA**: os paradoxos da clínica. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro, 1990.

CAMARGO JR., K. R. de. A biomedicina. Physis: **Revista de Saúde Coletiva**, v. 15, p. 177-201, jan, 2005.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro Forense, 2000.

CINTRA, M. E. R.; FIGUEIREDO, R. Acupuntura e promoção de saúde: possibilidades no serviço público de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 14, n. 32, p. 139–154, 2010.

COSTA, Teógenes L. S. da. **Reflexões sobre a Academia, seus “ritos e mitos”**: uma visão a partir da auto-hemoterapia (Monografia). Departamento de Ciências Sociais, Universidade Federal do Ceará – UFC, 2009.

COSTA, Teógenes L. S. da. **Auto-Hemoterapia e a “Invenção da Biomedicina”**: um estudo Sociológico sobre controvérsias Médicas no Brasil (Dissertação). Departamento de Ciências Sociais, Universidade Federal da Paraíba – UFPB, 2013.

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.

FASSIN, Didier. Une anthropologie de la santé publique: l'ethnologue sorcier. In: **Cahiers d'études africaines**. Vol. 26 N°103. pp. 497-502, 1986.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

FOUCAULT, M. **Arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária. 2008^b.

GIDDENS, A. **As ideias de Durkheim**. São Paulo: Cultrix, 1981.

GUEDES, C. R.; NOGUEIRA, M. I.; CAMARGO JR., K. R. DE. A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. vol.11, n.4, pp. 1093-1103. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000400030>, v. 11, n. 4, p. 1093-1103, dez, 2006.

HEIDEGGER, M. A questão da técnica. **Revista Scientiae Studia**, São Paulo, v. 5, n. 3, p. 375-98, 2007.

LAPLANTINE, F.; RABEYRON, P.-L. **Medicinas paralelas**. São Paulo: Brasiliense, 1989.

LATOUR, B. **Jamais fomos modernos**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1994.

LEITE, D. F.; BARBOSA, P. F. T.; GARRAFA, V. Auto-hemoterapia, intervenção do estado e bioética. In: **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 54, n. 2, p. 183-188, abr, 2008.

LORENZETTI, J. et al. Tecnologia, inovação tecnológica e saúde: uma reflexão necessária. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 21, n. 2, pp. 432-439, jun, 2012.

LUZ, M. T. Complexidade do Campo da Saúde Coletiva. In: **Saúde e Sociedade**, v. 18, p. 304-311, 2009.

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.

ONOFRE, T. M. S. G. Tratamento da esclerodermia doença autoimune através da auto-hemoterapia: um estudo de caso clínico. Referência (Coimbra), v. 9, p. 51-59. 2009.

RABINOW, Paul. **Antropologia da razão**. Rio de Janeiro, Relume Dumará, 1999.

SHINN, T; RAGOUET, P. **Controvérsias sobre a ciência**: por uma sociologia transversalista da atividade científica. São Paulo: Editora 34, 2008.

SILVA, L. F. DA; ALVES, F. Compreender as racionalidades leigas sobre saúde e doença. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, v. 21, n. 4, p. 1207-1229, dez, 2011.

TEIXEIRA, Jesse. Complicações Pulmonares Pós- Operatórias Autohemotransfusão. In. **Revista BRASIL-CIRÚRGICO**. Hospital Geral da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, vol. II, Nº 3. pp. 213-230, 1940.

VERONESI, Ricardo. Imunoterapia: o impacto médico do século. **Revista Medicina de Hoje**. Março. pp.194-200, 1976.

VÍDEO-DEPOIMENTO. **Auto Hemoterapia**: Conversa com Dr Luiz Moura. Roteiro, produção e direção: Ana Martinez e Luiz Fernando Sarmiento; Produção Independente. Disponível em:
<<http://www.youtube.com/watch?v=BQmfGC85mcE>>,2004.

WEBER, Max. **Economia e sociedade**. Vol. 1. Brasília, DF: Editora da UnB, 1999.

ZASLAVSKY, Ida. Auto-Hemoterapia. (Petição Pública ao STF). Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/AutoHemoterapia.pdf>>,2009.