

TRANSITANDO ENTRE INCERTEZAS CIENTÍFICAS E PRÁTICAS EFICAZES: O YOGA E A MEDITAÇÃO COMO ALTERNATIVAS DE CUIDADO PARA DORES E REMÉDIOS

Miriam Vidal de Negreiros¹

RESUMO: O artigo é resultado de uma etnografia realizada em uma UBS na cidade de São Paulo sobre o uso das práticas integrativas e complementares, particularmente *yoga* e meditação, através da indicação das profissionais de saúde às pacientes da referida UBS. As narrativas apresentam o ponto de vista das profissionais de saúde sobre essas práticas no Sistema Público de Saúde quanto aquele das pacientes sobre os efeitos desse tratamento. Na prática cotidiana, as narrativas das profissionais apontam para a adesão dessas práticas em concomitância ao uso do tratamento alopático, ocasionando a redução de medicamentos, amenizando seus efeitos colaterais; ou, ainda, suspendendo-os e utilizando as práticas de *yoga* e de meditação para casos de ansiedade e depressão leve, ocupando a rede de atendimento como recursos terapêuticos cada vez mais utilizados, sem descartar as tensões implicadas nessa coexistência de saberes.

PALAVRAS-CHAVE: *Yoga*. Meditação. Legitimidade científica. Práticas de saúde.

MOVING BETWEEN SCIENTIFIC UNCERTAINTY AND EFFECTIVE PRACTICE: YOGA AND MEDITATION AS CARE ALTERNATIVE TO PAINS AND REMEDIES

¹ Mestra em Ciências Sociais pela Universidade Federal de São Paulo. Contato: miriamnegreiros@yahoo.com.br

ABSTRACT: The article is the result of an ethnography performed at a UBS in the city of São Paulo about the use of integrative and complementary practices, particularly *yoga* and meditation through the referral of health professionals to their patients of the UBS. The narratives present the point of view of health professionals about the practices in the public health system as well as the effects of the treatment on patients. In everyday practice, the professionals' narratives point to the adherence of these practices concomitantly with the use of allopathic treatment. One of the consequences is the leading to the reduction of medicines, mitigating their side effects; or suspending them and using *yoga* practices and meditation for anxiety and mild depression, occupying the care network as increasingly therapeutic resources without discarding the tensions involved in this coexistence of knowledge.

KEYWORDS: *Yoga*. Meditation. Scientific legitimacy. Health practices.

MOVIÉNDOSE ENTRE LA INCERTIDUMBRE CIENTÍFICA Y LA PRÁCTICA EFECTIVA: YOGA Y MEDITACIÓN COMO ALTERNATIVAS DE CUIDADO PARA EL DOLOR Y LOS REMEDIOS

RESUMEN: El artículo es el resultado de una etnografía realizada en una UBS em la ciudad de São Paulo sobre el uso de prácticas integradoras y complementarias, particularmente *yoga* y meditación, recomendadas por los profesionales de salud a los pacientes de la UBS. Las narrativas presentan el punto de vista de los profesionales sobre estas prácticas en el Sistema de Salud Pública como el de los pacientes sobre los efectos de este tratamiento. Las narrativas de los profesionales sobre la práctica diaria, apuntan a la adherencia de estas prácticas junto al uso del tratamiento alopático. Esto genera la reducción de medicamentos, mitigando sus efectos secundarios; o suspendiéndolos y usando prácticas de *yoga* y meditación para la ansiedad y la depresión ligera. cada vez más la red asistencial los emplea como recursos terapéuticos utilizados, sin descartar las tensiones implicadas entre la coexistencia de dos tratamientos y conocimientos.

PALABRAS CLAVE: *Yoga*. Meditación. Legitimidad científica. Prácticas de salud.

INTRODUÇÃO

Este artigo é parte integrante de uma pesquisa finalizada na Unidade Básica de Saúde Profa. Maria Cecília Ferro Donnangelo, no bairro entre Freguesia do Ó e Brasilândia, São Paulo. O trabalho procurou abordar o uso das práticas integrativas e complementares no Sistema Único de Saúde (SUS), particularmente as práticas de *yoga* e de meditação, através da indicação das profissionais de saúde às pacientes da referida UBS.

A construção de diários de campo, as entrevistas semiestruturadas baseadas nas histórias de vida, as conversas com as pacientes nos corredores e as narrativas dos profissionais de saúde em relação às práticas integrativas e complementares (PICS), colocaram à tona distintas vozes e perspectivas, propiciando um modelo dialógico e polifônico de etnografia (CLIFFORD, 2008). Desse modo, o artigo apresenta a perspectiva de profissionais de saúde e pacientes e fundamenta-se na etnografia para indicar os atravessamentos existentes entre as práticas “não-convencionais” quando pensadas em relação à biomedicina e a própria prática médica.

Para propiciar um diálogo de saberes entre a antropologia e as ciências biológicas, representadas pelo saber oficial do modelo biomédico (SARTI, 2010) é necessário eleger escolhas teóricas que aludem ao processo de consolidação da medicina moderna. Foucault (2008) apresenta uma contextualização histórica sobre a ascensão da medicina de Estado, a partir do século XVIII, em detrimento do atendimento médico em domicílio, da desqualificação dos cuidados recebidos pelo doente em seu lar, do risco de contágio como epidemia e da institucionalização médica sobre as estruturas sociais e as patologias das doenças. Ainda em Foucault (1987), a partir do século XVIII o espaço médico mesclou-se ao logístico e político e ocupou-se da administração e individualização dos corpos, do controle de epidemias, de doenças, do poder sobre vida e morte junto à imposição de processos disciplinares para a produção de corpos obedientes e úteis. Em Le Breton (2011) as experiências anatômicas de dissecação de cadáveres no século XV desempenharam um papel importante na formação da prática médica ocidental. Mais adiante, nos séculos XVII e XVIII, a insurgência do racionalismo cartesiano e a filosofia mecanicista

reforçaram a cisão entre mente e corpo, entre homem e universo, gerando especialismos fragmentadores e um modelo de corpo fracionado² que precisa ser medicado, ao passo que a legitimidade das práticas de cura compartilhadas nas sociedades tradicionais foi comprometida, sendo substituída de forma gradativa pelo saber médico, permanecendo apenas em âmbitos não oficiais. Duarte (1998) apresenta uma discussão neste mesmo sentido sobre as representações fisicalistas da biomedicina ou da “medicina cientificista ocidental moderna” em detrimento dos saberes holistas a partir do século XVII, causando uma “perda da totalidade da experiência do adoecer” (DUARTE, 1998, p. 16).

Ainda no que diz respeito às práticas integrativas e complementares (PICs), Barros, Otani e Lima (2010) descrevem distintos períodos históricos pelos quais essas práticas foram sendo introduzidas e reinterpretadas no debate público sobre saúde. Nos anos 60 e 70, eram consideradas medicinas alternativas, em razão do contexto da contracultura, nos anos 80 foram caracterizadas como medicinas complementares, sob a conjuntura da globalização, e a partir dos anos 2000, se estabeleceram como medicinas integrativas, colocando-se como premissa o atendimento ao programa estabelecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Desse modo, os profissionais de saúde reforçaram a importância do contato entre paciente e profissional de saúde e de uma prática biomédica pautada na pessoa a partir da perspectiva da integralidade. A própria OMS recomenda documentos estratégicos³ aos seus países membros para o uso dessas práticas no contexto de Atenção Primária à Saúde, como “mecanismo

² Uma dramatização para pensar possíveis reflexões acerca desse debate está expressa no filme “*Johnny Got His Gun*” (Johnny vai à Guerra) do diretor Dalton Trumbo (1971). O soldado de guerra está em estado vegetativo, sendo objeto de estudo e de discussão médica. A única razão para que os médicos o mantenham vivo é para fins de experimentos.

³ Estratégia da OMS sobre a Medicina Tradicional 2002-2005. Disponível em: http://www.paho.org/bra.../index.php?option=com_docman&view=document&slug=estrategia_omssobre-medicina-tradicional-2002-2005-6&layout=default&alias=796-estrategia-oms-sobre-medicinatradicional-2002-2005-6&category_slug=vigilancia-sanitaria-959&Itemid=965. Acesso em: 08 de janeiro de 2018 e Estratégia da OMS sobre a Medicina Tradicional 2014-2023: Disponível em: <http://apps.who.int/medicinedocs/es/m/abstract/Js21201es/>. Acesso em: 08 de janeiro de 2018.

aliado” ao modelo biomédico para dinamizar o atendimento, compor a rede de atendimento e reduzir custos, na medida em que apresentam melhoras na saúde de pacientes.

A inserção das PICs na Política Nacional de Saúde pôde contar com as relevantes contribuições de Madel Luz (2013). A pesquisadora realizou um estudo comparativo entre as medicinas complexas como a medicina ocidental (biomedicina), a medicina tradicional chinesa, a ayurveda e a homeopatia e desenvolveu o conceito de racionalidades médicas, a partir de um tipo ideal weberiano, o que possibilitou desconstruir a posição hegemônica da medicina ocidental, e colocá-las em mesmo grau de análise, a partir de cinco dimensões intrínsecas a esses sistemas médicos tais como a morfologia humana, dinâmica vital, sistema diagnóstico, um sistema terapêutico e doutrina médica, todas embasadas na sexta dimensão da cosmologia.

As PICs foram introduzidas no SUS através da Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), responsável por estabelecer a oferta de medicina tradicional chinesa/acupuntura, homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia além de instituir observatórios em saúde para o termalismo social/crenoterapia e a medicina antroposófica.

Após 11 anos da publicação da PNPIC, a Portaria nº 849, de 27 de março de 2017, estabeleceu formalmente as práticas de arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa e *yoga* como integrantes da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Embora essas práticas integrativas estivessem reconhecidas formalmente no âmbito do SUS apenas por meio desta portaria, as práticas de *yoga* e de meditação já eram ministradas pelas profissionais de saúde às usuárias da UBS há mais de dois anos e a meditação há mais de nove meses, conforme o relato da fonoaudióloga - uma das condutoras do grupo. Além dessas modalidades, a UBS oferece dança circular, *lian gong*, *reiki*, terapia comunitária, massagem *shantala* às mães e bebês, memória - atividade conduzida pelas duas fonoaudiólogas e auriculoterapia - prática dirigida pela auxiliar de enfermagem na área de

saúde mental (as duas últimas ainda não eram incorporadas ao SUS no momento da pesquisa).

No dia 12 de março de 2018, o Ministério da Saúde incluiu por meio da Portaria n° 702, de 21 de março de 2018, mais dez práticas complementares em sua Política Nacional de Práticas Integrativas Complementares em Saúde tais como a apiterapia, aromaterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, ozonioterapia e terapia de florais, sem descartar as tensões existentes entre profissionais de saúde quanto à implementação dessas práticas no Sistema Único de Saúde, como mostra a narrativa das profissionais de saúde.

SOBRE O CAMPO⁴

O trabalho de campo foi realizado durante sete meses, de dezembro de 2016 a julho de 2017, uma vez por semana durante as segundas-feiras e esporadicamente às quintas-feiras, devido às exigências de horário de meu trabalho remunerado. Nesse período pude aplicar as entrevistas e registrar algumas impressões nos diários de campo, tais como os relatos de participantes dos grupos abertos de *yoga* e de meditação e as narrativas dos profissionais de saúde em relação às práticas integrativas.

As entrevistas foram realizadas com 25 interlocutoras(es) sendo 10 mulheres e 2 homens profissionais de saúde da referida UBS: enfermeira e professora de *yoga*, terapeuta ocupacional, fonoaudióloga e psicóloga – responsáveis pelo grupo de meditação, fisioterapeuta, duas auxiliares de enfermagem sendo uma da área da saúde mental, a gerente da Unidade (dentista), as médicas ginecologista e psiquiatra, o psicólogo e o enfermeiro, além de 11 mulheres e 2 homens pacientes, que tiveram essas práticas recomendadas pela equipe multidisciplinar de saúde por motivos de depressão, síndrome do pânico, insônia, ansiedade, fobia social, dores na coluna e no braço, emagrecimento, gestação e sequelas de Acidente Vascular Cerebral (AVC).

⁴ Parecer aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo em 06 de junho de 2017 e Parecer aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo como instituição coparticipante em 14 de junho de 2017.

Foi por meio da enfermeira e professora de *yoga* da Unidade de Saúde que o campo de pesquisa foi consolidado. Realizamos um curso de formação para professores em *hatha yoga* e nesse período, ela já estava conduzindo um grupo de prática de *yoga* para pacientes da saúde mental. Interessei-me em conhecer seu trabalho e combinamos uma visita a esta unidade, após a conclusão do nosso curso. Retomei o contato com a profissional para conhecer seu trabalho na UBS, justamente para verificar como o *yoga* e a meditação eram oferecidas no âmbito do SUS.

METODOLOGIA

A pesquisa envolveu fundamentalmente uma metodologia qualitativa, que priorizou diversas técnicas de pesquisa. Além da “participação observante” (WACQUANT, 2002), pela qual permitiu entender esta prática na rotina diária de uma UBS, houve a realização de entrevistas semiestruturadas, com base no método da história de vida, para registrar as narrativas das/os interlocutoras/es sobre a prática do *yoga* em suas vidas e em seu cotidiano; e a realização de entrevistas com os profissionais de saúde, para entender a incorporação dessas práticas no SUS. Participei ainda do grupo de *whatsapp* “*yoga* profa. enfermeira”, administrado pela paciente Nicole⁵ e integrado pelas alunas da prática de *yoga*.

Colocar meu próprio corpo à prova, assim como colocar as pacientes como interlocutoras da pesquisa, para entender como esta prática era assimilada por elas e pelas profissionais de saúde, ou seja, empregar esta ação como pesquisadora teve implicações. Favoreceu uma coleta de dados mais apurada, pois havia maior confiança das praticantes em conversar comigo sobre suas histórias de vida. Também pude participar ativamente do grupo, orientar algumas aulas e sanar dúvidas relacionadas à técnica específica desta modalidade, o que aprimorou a coleta de dados. As idas a campo para compreender o dinamismo dessas práticas no contexto da Saúde Pública e as longas conversas compartilhadas com as/os interlocutoras/es pacientes e profissionais de saúde, proporcionaram uma

⁵ Utilizei nome fictício para preservar a identidade das interlocutoras, conforme termo de consentimento assinado durante a realização da pesquisa.

auspiciosa oportunidade de aprendizado na coleta de dados, especialmente na condução das entrevistas, pois muitas pacientes, ao me relatarem suas histórias pessoais, permitiram que eu pudesse conhecer e participar de suas vidas e que pudesse permanecer por longos períodos em processo de escuta.

ATRAVESSAMENTOS DE SABERES ENTRE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E A LEGITIMIDADE CIENTÍFICA MÉDICA

As práticas integrativas e complementares são oferecidas em um campo de legitimidade biomédica e as narrativas das interlocutoras mostram que as profissionais de saúde são, em sua maioria, as principais envolvidas e as responsáveis por indicar estas práticas às pacientes.

As pacientes integrantes destes grupos são indicadas pela equipe de profissionais de saúde da Unidade Básica de Saúde: a enfermeira, o psicólogo, a psicóloga, a psiquiatra aposentada, a nutricionista aposentada, a auxiliar de enfermagem, a fisioterapeuta, a fonoaudióloga, a terapeuta ocupacional, sendo as três últimas, integrantes do Núcleo Integrado de Reabilitação (NIR).

O fluxo de atendimento e de encaminhamento para as práticas integrativas seguem o expediente de um atendimento convencional através do acolhimento realizado pela auxiliar de enfermagem na área de saúde mental e pelas especialidades da psiquiatria, fonoaudiologia, fisioterapia, psicologia, terapia ocupacional e enfermagem. A partir desses atendimentos, as usuárias eram indicadas por essas profissionais para a realização das práticas integrativas de *yoga*, meditação e demais modalidades oferecidas nesta UBS. Na prática de *yoga*, todas as pacientes entrevistadas foram indicadas pelas profissionais dessa Unidade para participarem do grupo conduzido pela enfermeira. Qualquer pessoa poderia participar desde que passasse pela consulta com a equipe de profissionais e estar adscrita à região de atendimento. Na prática de meditação, embora fosse um grupo aberto, as pacientes também eram em sua maioria encaminhadas pelas profissionais da unidade, psiquiatra, psicólogo, psicóloga ou enfermeira.

A realidade local nos mostra que o atendimento convencional e as práticas integrativas operam em uma infraestrutura com suas fragilidades, especialmente em relação à falta de servidoras e à ausência de espaço adequado para a realização destas atividades; contudo, as profissionais de saúde se mobilizam no sentido de prosseguir-las, já que as melhorias relatadas refletem em sua própria prática profissional, na saúde de suas pacientes e no fluxo de atendimento desta Unidade Básica de Saúde.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Na primeira parte da aula de meditação, uma das condutoras do grupo, nos leu uma matéria sobre a prática de meditação publicada pela Revista Super Interessante. Após a leitura da reportagem, as condutoras abriram discussão para que o grupo opinasse sobre a matéria. A paciente Vanusa⁶ relatou “comecei a fazer *yoga* e meditação por indicação da psiquiatra, com o tempo tirei os medicamentos, quando parei de fazer, voltou tudo de novo” (VANUSA, 2017). O paciente Venâncio mencionou “estou melhor, quando saio da aula me sinto mais calmo e meus pensamentos mais organizados” (VENÂNCIO, 2017).

Na reunião do grupo de meditação, durante a primeira discussão aberta, a paciente Mariana relata “Cada dia é uma luta. Os remédios antidepressivos me fazem mal e parei de tomar. Não estou tomando remédio, quero conseguir superar isso sem tomar os remédios, mas só Deus sabe como estou aqui!” (MARIANA, 2017).

Sobre essa narrativa cabe pensar a limitação da eficácia do tratamento medicamentoso, cujos limites abrem um espaço de reflexão (DESCLAUX, 2006) para se pensar novas possibilidades de a paciente lidar com sua subjetividade.

No grupo de meditação, o processo de fala e de escuta abre um espaço para que cada paciente lide com sua dimensão subjetiva. A possibilidade de cada integrante se colocar de forma livre recai sobre o compartilhamento de dores vivenciadas pelo grupo. Também trata, em

⁶ Utilizo nome fictício para preservar a identidade das interlocutoras, conforme termo de consentimento assinado pelas pacientes e profissionais de saúde da Unidade Básica de Saúde.

vários momentos, sobre a troca de experiências relativas aos efeitos dos medicamentos prescritos às pacientes e sobre os efeitos da prática de meditação realizada em cada aula.

Durante nossa conversa Venâncio fala de sua tentativa de se adaptar ao uso contínuo de remédios:

Eu sempre falei para os médicos: essa fobia social está me acabando, aí comecei a tentar experimentar tudo quanto era tipo de remédio, não cheguei a tomar todos, eu não tomava, meu organismo é muito complicado pra remédio, qualquer comprimido, qualquer remédio que eu tomava me dava dor de barriga. Eu tentava algumas vezes, mas me dava dor de barriga, põe aí se você imagina bem uns dez antidepressivos que tinham me passado: fluoxetina, não sei que lá *tram...*, *zona* não sei o que...tentei a sertralina. Eu lembro na época em que eu tratei numa clínica do convênio perto do Parque da Água Branca, o sertralina começou a me fazer muito mal. Passou um bom tempo eu falei: quer saber, vou passar com a psicóloga junto com a psiquiatra, depois de muita conversa com a psicóloga, eu comecei a tomar citalopran, não tava alterando muito o meu organismo né, daí eu tomei ele por muito tempo, mas sabe, sem ter muita ideia de que ele estava mesmo sendo eficaz, muito complicado falar isso, o remédio não é tudo, não muda que nem eu pensava. Eu pensava assim: nossa, que bom! Eu sempre quis ser outras pessoas, olha a personalidade de um ser humano! Nossa, eu vou tomar o remédio agora e vou participar do natal, como não participo porque não consigo, mas cada pessoa é de um jeito. Agora eu parei de tomar, e já me falaram: nossa você tem uma força, você para com as coisas sozinho, não conversa com ninguém e isso e aquilo. Isso é uma força de vontade (VENÂNCIO, 2017).

Nos casos de Mariana e Venâncio, não houve uma recusa nem resistência em aceitar o tratamento alopático, pelo contrário, diversas tentativas foram realizadas para “acertar” a utilização de substâncias antidepressivas. A interrupção de tratamento, por conta própria, nos dois

casos foi ocasionada pelos efeitos colaterais manifestos especialmente nos desconfortos físicos que sentiam.

Venâncio apresenta uma narrativa em que passou por várias tentativas em ajustar a indicação de medicamentos que menos o afetassem, mesmo colocando em dúvida a eficácia que lhe foi atribuída, revelando uma experiência baseada nas tentativas de uso, trocas de substâncias e os efeitos indesejáveis, quando por iniciativa própria decide interromper seu uso. O desafio para este paciente foi “continuar o consumo de um medicamento para o qual não se vislumbra o propósito nem o efeito.” (FLEISCHER, 2012, p. 417).

Diversificar o tipo de medicamento por meio da prescrição médica para se adaptar ao mais “aceitável” ao seu corpo, assim como interromper a prescrição sem autorização médica, implica enfrentar uma dinâmica social mais ampla, seja com amigos, vizinhos e os de convivência próxima, porque necessariamente é uma decisão que passa pela esfera do convívio social, seja pela presença em festas e eventos comemorativos, para ser alguém aceitável no grupo, seja o inverso, se ausentando desses momentos porque “cada pessoa é de um jeito”.

Decidir interromper o uso sem “conversar com ninguém” faz parte de uma dinâmica social na qual se inclui a depressão como parte do repertório cultural das pessoas seja por meio das relações no trabalho, na família ou entre amigos (PIGNARRE, 2008); por isso, muitas vezes o paciente já ouviu falar da depressão, antes mesmo do profissional de saúde ter lhe dado o diagnóstico. Nesses casos, quando o paciente vai ao consultório médico, ele mesmo já traz e **já tem previamente assimilado esse diagnóstico** recebido por intermédio de pessoas de sua convivência.

A médica psiquiatra corrobora esta análise quanto à influência de pessoas de convívio próximo em convencer a pessoa a se consultar em sua especialidade profissional:

No caso do homem, só quando a coisa complica ele procura ajuda. O homem quando está deprimido, precisa ter coragem. Quando aparece um homem pra falar comigo eu falo: meus parabéns por ter conseguido vir até aqui e de

ter tido coragem, por ser um homem mais velho. Muitas vezes é a mulher que fica falando pra ele e depois elogia também a diferença, como ficou (PSIQUIATRA, 2017).

A paciente Vanusa relata os conflitos existentes nos tratamentos medicamentosos utilizados para tratamento de pressão alta, ansiedade e comprometimento da tireoide:

Uso Losartana, é um remédio pra pressão. Eu sou hipertensa e tomo o da tireoide, são esses que eu tomo. O cardiologista me passou um monte de remédio do coração, mas não me deu nenhum não. A psiquiatra também me passou um, mas eu fui parar no Pronto Socorro, pior do que eu tava (risos), mas aí eu voltei com ela e falei o que aconteceu e aí ela suspendeu a medicação, tomei um comprimido só. O outro era para ansiedade, sabe, acho que pânico essas coisas, mas eu tomei quatro gotinhas. Foi assim: ela me receitou ontem, daí eu comprei, tomei as quatro gotinhas, mas aí esse eu também já parei. Ela substituiu o remédio, mas aí eu também não tomei porque dava conflito com o da tireoide. Aí ela me deu alta e pediu para eu fazer as terapias (VANUSA, 2017).

Quando a farmacologia não se mostra eficaz para o tratamento médico, a utilização das práticas consideradas não-convencionais, indicadas pelas especialidades médicas se torna um recurso para minimizar a ansiedade. Há uma mudança de perspectiva na finalidade da prática médica na medida em que se admitem as limitações do tratamento alopático e o encaminhamento para as práticas integrativas de *yoga* e meditação, colocando como possibilidade um outro recurso, indicado pelo consultório médico, mas, que vai além dele e de sua relação medicamentosa, envolvendo uma transformação que acompanha o aprendizado dessas práticas.

Laura, umas das primeiras alunas da turma de *yoga*, realiza esta prática em concomitância ao tratamento alopático para conseguir dormir. Descreve o uso de remédios e essa prática:

Então eu faço *yoga*, se eu não vier na segunda-feira, eu sinto falta porque eu tenho que tomar remédio pra dormir. Eu passava com a psiquiatra né, que eu comecei, eu fiquei meio depressiva, e aí ela passou um remedinho pra mim, né. Aí quando faço *yoga* hoje, aí à noite eu tomo o remédio por tomar né, aí eu durmo, sabe, aí eu coloco o relógio para despertar, senão eu perco a hora (LAURA, 2017).

Perguntada sobre se houve diferença entre o uso de medicamentos antes de conhecer a prática de *yoga* e o tratamento medicamentoso aliado a essa prática, Verônica (*in memorian*⁷) relata:

Foi muita diferença. Com o AVC eu fiquei com sequelas do Parkinson, então eu tremia que nem vara verde. Então às vezes eu chegava lá na *yoga* pra fazer, e eu chegava tremendo, aí eu fazia e quando acabava, nossa, era uma beleza! Eu estava sem tremor nenhum, até o médico diminuiu a quantidade de Prolopa que é para o Parkinson. Ele até diminuiu de tanto que eu melhorei, e fora isso também, eu tava assim, como se diz, eu não tinha autoestima por mim né, e depois que eu comecei na *yoga* e comecei a fazer..., eu sou assim: quando começo a fazer alguma coisa, eu vou mesmo, sabe, eu procuro fazer mesmo, que nem as meninas mesmo falam: mas como pode, você com tanta dor, você consegue fazer? Eu falei: gente, se vocês soubessem como é maravilhoso fazer a *yoga* e se esforçar pra fazer, vocês não ficavam nessa moleza (VERÔNICA, 2017).

No caso de Verônica, a prática de *yoga* lhe foi indicada pelo profissional de saúde simultaneamente ao medicamento, o que reduziu a prescrição do tratamento alopático. A prática de *yoga* lhe possibilitou construir novas formas em lidar com sua dor e, conforme Carvalho e

⁷ Verônica faleceu em 24 de julho de 2017, em decorrência de metástase de câncer no pulmão. Dois meses antes, em maio de 2017, fui recebida gentilmente em sua casa, na região da Freguesia do Ó/Brasília para uma conversa, combinada por nós através do *whatsapp*. Durante nosso encontro, ela comentou sobre as dores em seu quadril direito; no entanto, isto não a impediu de me relatar sua história de vida.

Dimenstein (2004), oferece a possibilidade de expandir sua dimensão subjetiva, na medida em que permite estabelecer lugares diferenciados para a prática de *yoga* e para o remédio em sua vida. Sobre as sensações ocasionadas pela prática de *yoga*, a paciente descreve:

Eu tinha uma dor de cabeça que era horrível, eu nunca mais tomei um remédio pra dor de cabeça, há dois anos que eu faço *yoga*, nunca mais tomei remédio para dor de cabeça, nunca mais tive crise. Eu tinha crise de enxaqueca de me trancar dentro do quarto, nunca mais eu tive crise de enxaqueca, porque eu falava pra professora: ah, hoje eu tô com enxaqueca e daí ela falava: então a gente vai fazer a ginástica pra isso, então vamos tomar esse lado! E ela perguntava: vocês concordam? Daí elas falavam: concordo, porque eu também tenho, eu também eu tenho [várias alunas se manifestando]. Às vezes eu chegava lá tremendo dos pés à cabeça, chegava, as meninas viam e falavam: será que você vai conseguir?

Aí eu fazia a *yoga* e quando a gente deitava e acalmava e a professora falava: acabou! Nossa... eu saía de lá e não tinha tremor nenhum. Eu pegava meu carro e vinha dirigindo, eu tinha até parado, não dirigia mais. Depois de um ano que eu estava fazendo *yoga* eu comprei meu carro (VERÔNICA, 2017).

Verônica mostra possibilidades de ações que estão para além daquelas oferecidas pela biomedicina (AURELIANO, 2011); no entanto, no nosso caso, essas novas possibilidades são ofertadas pelo próprio contexto da biomedicina, pois é nele que esta paciente consegue acessar a prática de *yoga*.

Celina é meditante e praticante de *yoga* desde o início da formação da turma. Relata em nossa conversa sobre o uso contínuo de medicamento para insônia e crise de pânico e sobre os efeitos indesejados do tratamento alopático:

Faz mais de vinte anos que tenho insônia, então tem que ter paciência, né. Sempre me falam para ter paciência, porque é muito tempo tomando remédio. Os remédios também causam um monte de outras coisas. O efeito deste remédio ciclobenzapina é que eu sinto muita dormência, inclusive eu falei com ela [a psiquiatra], ela falou pra eu ficar tomando ele. Ele melhora a dor, mas causa outra coisa. Eu tô com estes dois agora: o amitriptilina e o zolpidem. Eu já tentei tomar melatonina pra também sono, bem-estar, sabe... Mas é também importado, agora que começaram a fazer a fórmula aqui. Importado é muito caro e não fez tanto efeito pra mim, cheguei a tomar um frasco, mas não fez tanto efeito assim (CELINA, 2017).

Minayo e Souza (1989) apresentam uma discussão sobre a relação estabelecida entre paciente e profissional de saúde e a ausência de entendimento sobre as subjetividades implicadas no processo de adoecimento das pessoas:

“Na verdade, no consultório médico, esses grupos sociais transferem para os profissionais de saúde seu grito fundamental: ‘Nossa dor é a dor de nossa vida’. E do outro lado da cadeira, num diálogo de surdos, o clínico lhes pergunta: ‘Onde está localizada, em que órgão de seu corpo posso ler essa mensagem?’ E muitas vezes, os calmantes, psicotrópicos, os analgésicos são as únicas respostas que ele aprendeu a dar às conhecidas ‘doenças inespecíficas’ (MINAYO; SOUZA, 1989, p. 92).

Contudo, na UBS pesquisada, as narrativas das profissionais de saúde mostram que as questões levadas por essas pacientes que implicam dores e angústias são interpretadas não somente pela resolução medicamentosa, pois os recursos terapêuticos indicados pela equipe multidisciplinar às pacientes, nesse caso, as práticas de *yoga* e de meditação, aparecem para amenizar as “doenças inespecíficas”.

A paciente Amélia possui distensão abdominal e relata que já fez tratamento médico para resolver este problema. Ela apresenta sua perspectiva sobre seu corpo, o tratamento médico e a prática de *yoga*:

Eu já fiz tratamento médico, mas eles fazem assim: Qual o pensamento nesta linha? A pessoa tem prisão de ventre e o alimento fica no estômago, e ele estraga e é ele que causa isso. Só que no meu caso é diferente: eu vou muito ao banheiro, vou muito, eu janto, eu almoço e já vou ao banheiro, é questão de vinte minutos eu já tô no banheiro, então eu não tenho prisão de ventre, mas tenho muitos gases, o que provoca estes gases é o x da questão. Então vamos tratar no alimento, evitar alimentos, e continuar fazendo *yoga*. Agora eu vou entrar com os chás, diuréticos, olha eu nossa... eu vim toda dolorida, eu saio daqui [depois da aula] parecendo uma pluma. Se eu fosse pensar e falar nossa, hoje estou com dores ali, mas eu venho e me sinto bem (AMÉLIA, 2017).

Neste caso, a prática de *yoga* aparece não só como um agente nas dores de fundo emocional, ela atua para amenizar os desconfortos abdominais da paciente, que não obteve os resultados esperados no tratamento médico convencional. Desse modo, a paciente lida com suas questões de saúde a partir de três referências diversas e concomitantes: a medicina alopática, a prática de *yoga* e os chás como recurso utilizado na medicina tradicional e popular.

Rosângela, praticante de *yoga*, durante uma das aulas do grupo de meditação revelou sentir uma forte ansiedade e dor no peito, afirmando: “Quando tenho estas dores, não vai adiantar eu ir ao Posto de Saúde para tomar remédio toda vez que sentir dor. Por isso eu controlo com a meditação e com a respiração, eu sei que não é físico, é emocional” (ROSANGELA, 2017)

Em uma de nossas conversas, essa paciente descreve seu tratamento para as dores no ombro e no braço esquerdo e apresenta a seguinte visão sobre remédios e *yoga*:

Quer me dar remédio, eu não vou tomar remédio. Eu tomava remédio, eu tomava injeção e era pior, eu ficava quinze dias sem a dor, mas depois voltava pior ainda e eu ficava travada, nem levantava (...). Depois eu comecei a fazer só o *lian gong*, que movimenta bastante o braço. Antes, quando eu não fazia esses exercícios, eu sentia muita dor, meu ombro travava, eu não levantava o braço, daí eu ia para o pronto socorro e tomava injeção. Quinze dias ficava sem sentir nenhuma dor, depois voltava tudo de novo sem contar o movimento do braço que você perde, a coluna ficou ruim e só tinha que ficar deitada. Com o *lian gong* meu braço começou a melhorar, mas a dor ainda não havia sumido de vez, não vou mentir, pois é uma dor crônica, mas também pra não ter que gastar e muito menos tomar remédio. Depois que eu comecei a fazer *yoga*, tem uma coisa que eu prestei atenção, a questão da imunidade porque todo ano, era de lei, eu pegava uma desgraça de uma gripe que eu parava no hospital, ficava uma semana fazendo inalação. Quando comecei a fazer *yoga*, o ano passado eu não fui, este ano também não fui e isso não me pertence mais. Antes parecia uma gripe alérgica que faltava respiração, eu não conseguia respirar. Em 2014 tive uma gripe muito forte e no comecinho de 2015 eu tive dengue, foi horrível, quase morri. Se tivesse fazendo *yoga* a dengue não tinha me pego desse jeito, na imunidade. Minhas plaquetas baixaram muito, chegou a quase eles me internarem pra eu ter que fazer transfusão. Eu ia dia sim, dia não, no posto pra tirar o sangue pra ver se aumentou as plaquetas e minha plaqueta só baixava, eu fazia exame no AMA das Palmeiras e meu braço continuava esfolado. Se eu tivesse fazendo *yoga* não teria sofrido tanto assim.

(...) Na questão também fisicamente, melhorou muito, nossa, a dor disso daqui. Sou totalmente contra tomar remédio porque quando eu comecei a sentir essa dor na minha coluna e principalmente no meu ombro, vivia no pronto socorro tomando injeção, você fica bem uma semana, passou o efeito volta a dor de novo. Aí tu fala: não vou tomar mais isso, porque remédio faz bem pra uma coisa e prejudica outra. Eu falei: têm outras alternativas? Eu vou

atrás, (...) porque o resultado pra mim é excelente, só em você não ter que tomar remédio e você sentir bem assim, faz todo o sentido, só tem feito bem assim pra mim.

(...) Uma coisa que me ajudou muito foi a meditação, quando eu tô em casa, porque eu moro sozinha me veio uma dor horrível, eu falei nossa: misericórdia, uma dor assim no peito assim. Você pensa que você vai morrer, é muito estranho, mesmo o médico falando que seu coração tá bom, mas é uma dor tão desconhecida que você não acredita que é teu emocional, você acha que é uma dor física, como que pode isso? Você não acredita, mas você sente, como que eu faço pra tirar isso daqui sabe, se é tudo emocional? Aí ele falou: não, a gente vai trabalhando, você vai conseguir. Você não tem remédio para o físico, pede um comprimido aqui e toma Rosângela, não tem. É um trabalho meio que de formiguinha, mas eu já tô contente de não estar sentindo essas dores que eu sentia nas costas (ROSANGELA, 2017).

Em sua narrativa, embora Rosângela afirme que “não vai tomar remédio”, sua argumentação aponta no sentido de que não se trata de uma recusa ao tratamento alopático; pelo contrário, ela recorria a esse tratamento, uma vez que quando sentia essa dor “desconhecida” para o modelo biomédico, tomava injeção como recurso paliativo para diminuir suas dores. A autonomia demonstrada pela paciente ao decidir fazer uso ou não da opção medicamentosa vai ao encontro do conhecimento do seu corpo a partir da observação dos efeitos dos remédios para sua dor no braço, evidenciando que a via alopática possui um alcance limitado ao atuar apenas temporariamente nas dores físicas. A possibilidade de realizar a prática de *yoga* para melhorar sua imunidade e a prática de meditação para superar sua dor mostra a compreensão da paciente sobre os efeitos diversos dessas práticas no seu corpo.

Já a paciente Neusa procurou as especialidades da psiquiatria e psicologia para verificar o que estava acontecendo com ela, pois se sentia ansiosa, com muitos pensamentos e insônia. Os profissionais de saúde indicaram diretamente as práticas de *yoga* e de meditação sem prescrição de medicamento. A paciente define as sensações dessas práticas:

Eu gosto de fazer *yoga*, pra mim traz uma paz quando estou fazendo, me ajuda a dormir, ajuda a me conhecer mais, a meditação ajuda a diminuir minha ansiedade, eu também gosto do *yoga* porque ele me traz tranquilidade, relaxamento, o *yoga* eu até indico para algumas amigas porque eu acho que é uma técnica bem agradável (NEUSA, 2017).

Neste caso, a possibilidade de utilizar estas práticas ao invés da opção medicamentosa nos sugere pensar em mecanismos que podem atenuar, em algum grau, a predominância da vertente farmacêutica nas práticas de saúde, constituída por “objetos cuja materialidade é terrivelmente eficaz, já que centenas de milhões de pessoas devem sua (sobre)vida apenas à sua consumação.” (DESCLAUX, 2006, p. 114)

Se o tratamento alopático ocupa um local central nas práticas de saúde da medicina ocidental atual, a possibilidade de oferta das práticas integrativas, especificamente *yoga* e meditação, colocam as pacientes em contato com novas práticas terapêuticas de maneira a identificarem melhoras em sua saúde. No que se refere à posição das profissionais de saúde quanto ao uso das práticas integrativas, a psiquiatra relata como a prática de *yoga* pode ser uma ferramenta “para lidar com ansiedade e depressão leve”, além de tornar-se um recurso aliado ao tratamento alopático:

As [pacientes] que eu indico são aquelas que eu falo, quadro ansiosos de muitos anos, que eu falava: gente, manera! Vocês não dão conta disso, então eu realmente indicava a questão da psicoterapia e de uma atividade corporal também, no caso, a que estava centrando mais era a *yoga*. [...] A ansiedade vicia, você não consegue viver a própria vida, você se acostuma a viver na correria. Você se sente estranha, fica estranha no seu próprio meio. Você tem que dizer: olha, esse quadro pode trazer repercussões clínicas de hipertensão, diabetes, a coisa vai piorando, indo ladeira abaixo, você vai ter que fazer alguma coisa a mais aí, que é desconstruir a ideia de que o remédio basta, de que o remédio resolve e não resolve, seja pelos efeitos colaterais, seja pela Se a vida continua

dando aqueles estímulos à pessoa, não tem jeito, não tem como. Você vai ter que aprender a lidar com a vida de um jeito diferente: se situar naquele conflito, saber qual é a capacidade de resolver, que ferramentas você tem.

Eu acho que muitas delas continuavam com os remédios, mas o principal é forma como eu penso o tratamento. A pessoa ter consciência do corpo, ter consciência da respiração e do manejo da respiração melhora, é o antídoto pra ansiedade, sabe. A pessoa fica apneica, sabe... a ansiedade provoca e acelera o coração, acelera a respiração e é uma coisa crescente. Vicia, viver sob o efeito da ansiedade, vicia. E a *yoga* prega algo novo: para, para, olha pro teu corpo, faz um movimento de entrar, a pessoa não fica dominada pela tensão. Ela faz um movimento de se internalizar. Isso faz com que ela esteja lidando com os mesmos conflitos, mas de um jeito totalmente diferente. Às vezes as situações são as mesmas: o marido continua bebendo, o filho continua preso, mas ela não tá perdida. Ela tá centrada no corpo dela, na respiração. Ela está mais forte pra poder enfrentar (PSIQUIATRA, 2017).

Sobre a oferta das práticas de *yoga* e meditação, indicação às pacientes e sobre sua opinião acerca dessas práticas, a ginecologista apresenta sua perspectiva:

Não conheço. Venho aqui, cumpro o atendimento e tenho em torno de 40 pacientes para atender, saio e vou embora. Sei que tem a enfermeira que dá aula de *yoga* e recebi um cartão de uma moça [a auxiliar de enfermagem na área de saúde mental] que faz massagem pós-parto [*sbantala*, massagem para mães e bebês], mas não conheço essas atividades.

Não saberia para quais pacientes indicar este exercício. Seria para quais pacientes? Seria para a parte física ou emocional? Eu não sei. Tenho uma paciente que fala que faz aula de *yoga*.”

Não tenho conhecimento de base científica sobre estas práticas para falar de seus efeitos físicos e emocionais (GINECOLOGISTA, 2017).

Se a médica psiquiatra indica as práticas de *yoga* e meditação em concomitância ao tratamento convencional para redução no quadro de ansiedade de suas pacientes, para a médica ginecologista, as práticas integrativas não fazem parte de seu repertório de indicação médica por colocar em xeque os processos relacionados à legitimidade científica, o que mostra um contexto marcado por tensões, sobre o entendimento, o significado e a importância destas atividades no âmbito do SUS.

A auxiliar de enfermagem na área de saúde mental possui formação em massoterapia, terapia reikiana, auriculoterapia e relata sobre como avalia os pacientes de *yoga*, meditação e demais práticas integrativas:

Eu acho que eles melhoram bastante, eles entram em contato com eles mesmos, às vezes eles chegam aqui bem angustiados e acabam fazendo, depois que eles começam a fazer as práticas, eles conseguem dar uma estabilizada. Tem uns que conseguem não entrar com medicação que é o que a gente pretende de não ficar, de não usar a medicação como primeiro recurso, a gente entende que a medicação seria o outro recurso, o recurso pra frente... , o último recurso, se caso as outras práticas não funcionarem, daí entra com a medicação, mas não é o nosso primeiro recurso, por isso que a gente encaminha pra grupo de espaço de escuta, psicoterapia, para as práticas integrativas antes que necessariamente entrar com alguma medicação. Têm pacientes que precisam, não tem como, mas os pacientes têm melhorado bastante com as práticas, tem se acalmado, tem entrado neles mesmos, tem melhorado bastante o nível de ansiedade, melhora muito as crises de ansiedade, então a gente vê bastante resultado nestas técnicas (AUXILIAR DE ENFERMAGEM, 2017).

Neste relato também aparece a possibilidade de se utilizar as práticas integrativas como primeiro recurso para que não haja a necessidade de tratamento alopático. A opção medicamentosa não é rejeitada, mas utilizada com cautela, somente após os recursos alternativos para a melhora na saúde das pacientes terem se esgotado, de modo que os grupos

de espaço de escuta, psicoterapia e práticas integrativas, embora sejam mecanismos terapêuticos muito diferentes entre si, na visão apresentada pela profissional de saúde, eles ocupam uma mesma escala de importância no tratamento, num contexto em que o medicamento não é prioritário.

A enfermeira, professora de *yoga*, descreve o perfil de suas pacientes e observa a possibilidade da *yoga* como uma ferramenta de melhor resolutividade em relação ao tratamento clínico convencional:

Hoje o perfil de pacientes não é só da psiquiatria, eu tenho pacientes da fisioterapia, a fisioterapeuta chegou pra mim e falou: olha, eu preciso reduzir a minha fila de espera, posso mandar alguns alunos pra você? E assim eu falei: pode mandar e assim foi bem interessante. São diversas idades, a gente tem diversas patologias - osteoartrose, hérnia de disco, pacientes que há anos tem essa doença, é crônica a doença deles, e eles vem encaminhados pela fisioterapia. Às vezes a fisioterapeuta fala: olha, não sei o que eu vou praticar tanto com eles na fisio. Acho que a *yoga* vai dar uma resolutividade melhor. A gente fica super feliz, porque a gente vê o reconhecimento da *yoga*, e a gente sabe, a gente que conhece a teoria, sabe realmente que a *yoga* faz a diferença (ENFERMEIRA, 2017).

O relato apresentado pela profissional de saúde mostra o encaminhamento de pacientes com dores crônicas pela fisioterapeuta, de modo a otimizar o fluxo de atendimento, mas não apenas isso. Ela, que “conhece a teoria”, coloca a prática de *yoga* como um mecanismo terapêutico capaz de alcançar e amenizar as condições desfavoráveis de saúde, de modo a compor a rede e a dinâmica de atendimento médico. Trata-se de mais um caso em que se observa a evidência das práticas integrativas, neste caso a prática de *yoga* para o tratamento de dores crônicas, conforme a narrativa da enfermeira, e que está em processo de legitimação pela perspectiva biomédica. Uma prática que atua em concomitância à fisioterapia.

A gerente da UBS apresenta a seguinte perspectiva quanto ao uso das práticas integrativas de *yoga*, meditação e tratamento medicamentoso:

Eu acho que vai muito de acordo com a gravidade da situação, né, por exemplo, um paciente que nem, a gente foca no caso de dores crônicas, né, uma artrose que é aquela coisa que tudo tem, dói tudo, eu acho que às vezes só uma prática de *yoga* ou de *lian gong* já resolve, mas aí pega um caso de vai lombalgia, tá com dor na coluna, ah isso é dor crônica, realmente pro programa até é uma dor crônica, mas ele não consegue fazer uma série de movimentos, então ele já precisaria de uma fisioterapia. Às vezes ele precisa de tratamento medicamentoso pra conseguir o controle da dor e pra conseguir fazer os movimentos, mas, às vezes, ele precisa de outros especialistas, então vai muito de acordo com a gravidade. Pacientes da saúde mental, eu não sei como são os tratamentos exatamente nos CAPs, mas parece que eles também têm vários grupos de terapia, relaxamento e tudo, isso tudo às vezes tem que ser feito concomitantemente com tratamento medicamentoso, porque é um caso de depressão leve, acho que meditação ajuda muito, mas às vezes ela não resolve, eu acho que, pelo que eu vejo, a maior parte precisa do tratamento medicamentoso de especialista e também as práticas, acho que as práticas seriam para os casos mais leves, isso acho que ajuda bastante, tira bastante gente da questão das consultas médicas e tal, mas eu acho que só as práticas tem que ser casos muito leves, o que normalmente nessa unidade a gente não vê, são casos já mais complicados (GERENTE DA UBS, 2017).

A possibilidade de essas práticas serem utilizadas para amenizar sintomas de determinados quadros clínicos e contribui para o dinamismo no SUS na medida em que, conforme a recorrente narrativa, desta vez da gerente da Unidade Básica de Saúde, diminui a fila de espera para as consultas médicas.

A psicóloga revela quais pacientes são indicados para essas práticas e descreve a importância do protagonismo da pessoa em sua saúde:

Para encaminhar essas pacientes para essas práticas, depende muito da disposição interna, tem pessoas que já se

permitem e tem pessoas que vem aqui e tem uma visão mais restrita do tratamento: tem a visão do médico, do psicólogo, tem aquela visão restrita. Muitas vezes ela não imagina que a Unidade Básica de Saúde tem essas práticas integrativas para oferecer. [...]

De uns tempos pra cá a gente tá vendo que na área da saúde tem essa preocupação que não é só a medicação que vai ajudar. A pessoa tem que fazer, por exemplo, uma atividade física [...] ou essas práticas corporais[...] que são tão importantes quanto uma medicação. Essa é mudança de comportamento pra melhorar a qualidade de vida da pessoa. Os profissionais da saúde estão tendo essa consciência, e o que eu acho importante é também a pessoa se tornar mais protagonista da saúde. Então no meu trabalho eu procuro entender o que a pessoa tem e dar elementos pra ela ter consciência do que ela tem, mas a própria pessoa é que vai tomar a decisão: vou fazer ou não quero (PSICÓLOGA, 2017).

O psicólogo apresenta a possibilidade de indicar outras ferramentas para que as pacientes lidem com questões subjetivas, para além do uso de medicação:

Eu acho que quanto mais a gente conseguir promover outros tipos de tratamentos, menos o paciente vai precisar de medicação. A medicação é uma soma, tem gente que é contra a medicação, eu não sou, eu acho que a medicação tem papel fundamental, mas ela tem que ser usada com muita precisão. Quando a gente não tem outras formas de tratamento, eu acho que, até o médico acaba pesando mais a mão na medicação porque não tem outras formas de lidar com os problemas que o paciente traz. Quanto mais a gente puder ofertar para o paciente, outros modos de lidar com as questões internas que ele tem né, acho que menos ele vai precisar da medicação, cada vez menos (PSICÓLOGO, 2017).

Nas narrativas dos profissionais de saúde psicólogos, as práticas integrativas têm o mesmo estatuto dado ao tratamento medicamentoso.

“Pesar mais a mão na medicação por não ter outras formas de lidar com os problemas que o paciente traz” implica adentrar a temática sobre o uso de medicamentos na prática médica e, neste caso, na área da saúde mental. Russo e Venâncio (2006) analisam a classificação de doenças pela vertente biológica com a publicação da 3ª Versão do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM-III) a partir da década de 1980, trazendo dissonâncias para o campo psiquiátrico hegemônico composto pelas teorias psicanalíticas e pelos movimentos da psiquiatria democrática em defesa do fechamento de manicômios. Estes paradigmas foram sendo gradativamente substituídos pela concepção fisicalista de classificação dos transtornos mentais em concomitância à crescente produção dos medicamentos antipsicóticos, de modo que os grandes laboratórios passaram a realizar um investimento maciço em pesquisas experimentais que pudessem justificar os transtornos mentais pelo viés biológico. A quinta e mais recente versão do DSM publicada em 2013 alude ao processo de medicalização da vida (RESENDE *et al*, 2015). Do mesmo modo, a pesquisadora Caponi (2014) verifica que o DSM V apresenta a criação de novos grupos de transtornos para favorecer a produção de novos medicamentos, desconsiderando a relação existente entre os processos de dor e sofrimento e a história de vida da pessoa.

Vale retomar que a narrativa apresentada pelo psicólogo indica a medicação como mecanismo importante, contudo, ele sugere utilizar outras formas de tratamentos como, no nosso caso, as práticas de *yoga* e meditação. Esta “soma” implica a concomitância de ambos os tratamentos e que, adiante, poderá levar o paciente a “precisar menos de medicação”, sugerindo a não dependência do tratamento alopático, colocando-o num estatuto temporário de uso.

Portanto, nessa prática biomédica, podem ser observadas diferentes ações para o tratamento alopático, revelando as tensões existentes no paradigma médico e, especificamente no sistema de saúde pesquisado: se um por um lado, há profissionais de saúde direcionados para o uso

exclusivo de medicamentos, por outro, há profissionais que apresentam ressalvas quanto à exclusividade dessa forma de tratamento.

Assim como o psicólogo, a auxiliar de enfermagem na área de saúde mental apresenta seu ponto de vista quanto ao tratamento medicamentoso e seu olhar em relação às pacientes que fazem as práticas de *yoga*, de meditação e demais modalidades na UBS:

Tem alguns pacientes que são em comum [dos grupos] que fazem *yoga* e mais uma prática aqui na UBS, a gente acaba tendo contato. Eu acho que eles melhoram bastante, eles entram em contato com eles mesmos, eles chegam aqui bem angustiados e depois que começam a fazer as práticas conseguem dar uma estabilizada. Tem uns que conseguem não entrar com medicação que é o que a gente pretende de não ficar..., de não usar a medicação como primeiro recurso. A gente entende que a medicação seria o outro recurso pra frente, o último recurso, se caso as outras práticas não funcionarem, daí entra com a medicação, mas não é nosso primeiro recurso, por isso que a gente encaminha para grupos de espaço de escuta, pra psicoterapia, pras essas práticas integrativas, antes de entrar necessariamente com alguma medicação. Tem pacientes que precisam, não tem como, mas é, muito pacientes tem melhorado bastante com as práticas, tem se acalmado, tem entrado em contato com eles mesmos, melhorado bastante o nível de ansiedade, melhora muito as crises de ansiedade, elas diminuem bastante, então a gente vê bastante resultado nessas técnicas (AUXILIAR DE ENFERMAGEM, 2017).

Conforme a fisioterapeuta, a fibromialgia é uma dor, é um sintoma de origem não visível no corpo pela instrumentação médica:

[...] É, sobre a doença de base, depende de qual doença, porque assim, por exemplo, uma artrose, ela não vai ser curada com os exercícios, mas uma fibromialgia que é uma dor que não tem nenhuma base... assim..., não tem nenhuma alteração estrutural, digamos assim, não tem uma alteração

de cartilagem, alteração de osso, de nada disso, e ninguém sabe exatamente qual a causa, né, de que uma das hipóteses levantadas é de que a causa seja emocional, de que tem uma correlação muito forte com as doenças emocionais, então assim, se a doença é emocional e se você revê a sua relação com seu corpo, a forma como você pensa a sua vida, a forma que você tem, isso começa a te trazer melhoras. Sei lá..., isso seria cura, não sei... Uma pessoa que tem fibromialgia e não tem mais nenhum sintoma, que de fato ela não tem nenhuma doença de base, seria a cura... não sei... é difícil dizer o que é cura e o que não é... isso traz a cura, traz o alívio pra dores, o alívio pros sintomas, alívio dos desconfortos, eu acho que é muito aquilo que a fisioterapia, que a gente busca na fisioterapia, a gente não busca a cura, esse nome é até bem estranho de dizer ... né, a gente busca um alívio dos sintomas para que a pessoa consiga tocar a vida dela, que ela quiser, do jeito que faz sentido pra ela, sem que ela tenha certos incômodos, entende? Sem que ela tenha alguns limitantes, pra isso, então... Eu acho que assim a doença de base em si pensando que há algum problema estrutural, problema ósseo..., não sei. Eu acho que tem bastante efeito dos sintomas que as pessoas se referem, mas depende, depende do que a pessoa tem (FISIOTERAPEUTA, 2017).

A fibromialgia envolve uma dor crônica, e não é possível localizá-la para tratá-la, é uma dor inscrita no registro médico por meio da narrativa de quem a sente, porque não é visível pelo olhar biomédico. Não identificar a origem da dor implica utilizar recursos para alívio dos desconfortos, porque se não há doença, não há sintomas e não há algo a ser curado, conforme a narrativa da profissional de saúde. Recorro a Mol (2004) para analisar que, neste caso, o *enacted* do fazer biomédico entra em atuação quando localiza a origem da dor presente no corpo de sua paciente e que neste caso, também reconhece e aponta para a importância do *enacted* da prática de *yoga* onde a prioridade não passa pela exigência em localizar a dor por meio de instrumentos, mas de produzir novas dimensões sobre o corpo para lidar com dores não identificadas pela instrumentação biomédica.

A fonoaudióloga apresenta as seguintes considerações sobre o *yoga*, meditação e medicamentos: “Acho que a *yoga* e a meditação também podem em certa medida auxiliar na retirada de medicação, mas eu acho que, em algum momento, elas podem ser paralelas sim” (FONOAUDIÓLOGA, 2017).

A terapeuta ocupacional apresenta sua visão sobre a prática de meditação aliada ao tratamento medicamentoso:

Nas minhas leituras eu vou entendendo que isso é totalmente possível. Dá para se conciliar, mas que muitas vezes esse bem-estar físico, o ritmo do corpo vai trabalhando de uma maneira com mais qualidade com a meditação, e aí pode ser para hipertensão, pra pessoas que tem dor o tempo todo, a meditação pode ir trazendo um conforto e que essas medicações possam até ser diminuídas. Tem que ser feito tudo com muito cuidado, principalmente em casos de hipertensão e de fato, quando a pessoa tem aquela prática diária, uma coisa bem constante, eu acredito que isso dar pra ir trazendo benefícios para o paciente que potencializem a medicação ou que isso vá até diminuindo (TERAPEUTA OCUPACIONAL, 2017).

Sobre a adesão ao atendimento psiquiátrico e a prática de *yoga*, a enfermeira ressalta:

Quando a psiquiatra falava: nossa, suas aulas melhoraram muito meus pacientes na questão da depressão. Hoje a gente lê que a depressão sem a terapia, ela não é resolutive, só medicamentosa, você não vai resolver, você só tá dopando a pessoa e eu sou muito contra isso, porque a gente que pratica *yoga* pensa também na saúde do corpo, então eu ficava muito feliz quando ela falava: nossa, tá diminuindo as medicações, eles estão conseguindo superar os problemas de saúde mental com a prática de *yoga*. Eu ficava assim, assustada, quer dizer tá sendo efetivo, a gente tá conseguindo transformar mesmo e aí muda alimentação junto, muda o humor, como a pessoa encara a vida. A *yoga* tem essa transformação, quem

faz *yoga* sabe disso, a gente sabe o quanto que transforma a vida da pessoa. Se transforma a nossa, transforma a do outro (ENFERMEIRA, 2017).

Conforme a narrativa da enfermeira, a argumentação pelo bem-estar implica relacionar-se com o seu corpo, mudar a alimentação, o humor e pensar em outros mecanismos no serviço público de saúde que priorizem opções de tratamento que não sejam pela perspectiva medicamentosa. O recurso alopático, quando utilizado com exclusividade, não contribui necessariamente, nem é determinante para a saúde do corpo, e por isso, o tratamento medicamentoso concomitante às práticas podem reduzir as medicações e seus efeitos.

Dados divulgados pela Organização Mundial da Saúde (OMS)⁸ em fevereiro de 2017 apontam o Brasil como um dos países onde a depressão atinge 5,8% da população brasileira, cerca de 11,5 milhões de pessoas. Já os distúrbios relacionados à ansiedade afetam 9,3% da população, cerca de 18,6 milhões de pessoas. Neste mesmo relatório, a depressão aparece como uma doença que afeta mais de 300 milhões de pessoas em todo o mundo, o que equivale a 4,4% da população mundial, e é mais comum em mulheres do que em homens. Houve também um aumento de 18,4% no número de pessoas que vivem com depressão entre 2005 e 2015.

Pignarre (2008) apresenta uma análise sobre o crescimento no número de diagnósticos de depressão nos últimos cinquenta anos. Sem negar sua existência e muito menos a experiência de quem já passou por ela, o autor questiona como os médicos passaram a detectá-la e a diagnosticá-la, em contraposição a períodos em que o problema não lhes chamava a atenção. Apoiando-se em “O nascimento da clínica” de Foucault, o autor assinala que a relação entre visível e invisível passou a compor o olhar e a linguagem do saber médico. A identificação de sintomas da depressão, passíveis de serem enxergados por meio de um aprendizado, impulsionou a tentativa de médicos de definir e classificar esses sintomas. Se, a princípio, estes sintomas eram indefinidos, eles passaram a ter nome e localização,

⁸ Relatório disponível em <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?ua=1>. (tradução nossa). Acesso em 08 de janeiro de 2018.

favorecendo a primeira produção de medicamentos antidepressivos, ao mesmo tempo em que o surgimento de antidepressivos favoreceu sua prescrição pelos médicos; ou seja, o desenvolvimento de medicamentos e classificação das doenças andaram juntos. (PIGNARRE, 2008; RUSSO; VENÂNCIO, 2006).

A INCERTEZA CIENTÍFICA A PARTIR DA LÓGICA BIOMÉDICA

As práticas integrativas - neste caso as práticas de *yoga* e de meditação - são inseridas no SUS sem o veredito científico e, assim, o Sistema de Saúde encarrega-se de buscar indícios e evidências que as legitimem dentro de sua própria lógica biomédica. Mesmo sem a prova conclusiva que garanta sua comprovação, elas são realizadas num cenário ambíguo, de afirmações e tensões porque não há unanimidade quanto à utilização ou comprovação destas práticas.

É nesse campo de incertezas quanto à legitimidade dessas práticas que profissionais de saúde se esforçam em comprová-las cientificamente, embora na prática cotidiana elas ocupem a rede de atendimento como recursos terapêuticos cada vez mais utilizados, com todas as tensões implicadas nessa coexistência de saberes.

Deste modo, parte-se do modelo de paradigma biomédico oficial alicerçado numa matriz científica (KUHN, 1998) para pensar suas modulações internas, num processo em que estas práticas não científicas em processo de legitimação evidenciam ambiguidades, divergências, afirmações e tensões dentro da própria comunidade científica biomédica. Cabe destacar que essas práticas terapêuticas não científicas são objeto detestes a partir da instrumentação médica, apresentando indícios que garantem sua eficácia; no entanto, não gozam do estatuto de científicas.

A coexistência de práticas não científicas de base holística com as práticas biomédicas é reconhecida como uma possibilidade de ampliação da perspectiva clínica na saúde pública, sem, contudo, descartar as tensões inerentes a essa coexistência que envolve disputas, que acontecem no cotidiano e se refletem também no plano formal da política de incorporação dessas práticas.

Para corroborar essa perspectiva, vale citar trechos de um artigo publicado pelo médico sanitarista (TELESI JUNIOR, 2016) e coordenador da Área Técnica das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

Enquanto o pensamento ocidental foi a base da chamada medicina científica moderna, a essência da filosofia oriental foi o alicerce das chamadas medicinas tradicionais orientais, em especial a chinesa. No entanto, recentemente, vimos observando que a tendência da medicina ocidental é incluir em seu “arsenal terapêutico” procedimentos oriundos das medicinas tradicionais, especialmente aquelas praticadas no Oriente, como a acupuntura, o moxabustão⁹, a prática da meditação, o tai-chi, as artes marciais, a fitoterapia, a dietoterapia, entre outras modalidades terapêuticas (Portaria 971 - PNPIC). A esse respeito, é preciso reconhecer o enorme esforço de pesquisadores do país em comprovar cientificamente os conhecimentos milenares, no sentido de legitimá-los e inscrevê-los no campo das especialidades médicas ocidentais (TELESI JUNIOR, 2016, p. 4).

Em outro trecho, o médico sanitarista coloca a seguinte questão quanto ao uso das práticas integrativas pelas profissionais de saúde:

O uso dessas “práticas integrativas e complementares” no Sistema Único de Saúde merece reflexão, especialmente quando se investiga o sentido de sua adoção na política nacional de um país como o Brasil, uma sociedade complexa que tem incorporado recursos tecnológicos cada vez mais sofisticados e dispendiosos. Nesse contexto, o que justifica a luta pela implementação e expansão das práticas integrativas? Talvez a melhor resposta venha dos

⁹ A terapêutica consiste no aquecimento dos pontos de acupuntura por meio da queima de *moxa*. A *moxa* é um artefato produzido com uma porção da erva *Artemisia Sinensis* macerada, podendo apresentar-se sob forma de bastão, cones de tamanhos diversos, ou pequenos cilindros, que serão utilizados no procedimento da moxabustão. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/npnic_medicina_tradicional_chinesa.pdf. Acesso em 21 de março de 2018.

trabalhadores de saúde engajados na prática das PICS. Tentar perceber o sentido dessas práticas no dia a dia de trabalho, vivendo-as e utilizando-as, sem dúvida é a melhor forma de avaliar sua importância para a saúde coletiva. Pois aqueles que as praticam o fazem não simplesmente porque aprenderam outra técnica de saúde e desejam aplicá-la, mas movidos pela vontade de afirmar uma identidade de cuidado oposta ao modelo dominante. Trata-se de mostrar que existem práticas alternativas capazes de fazer a diferença e se tornar parte de um processo renovado de implementação de modos alternativos de promover saúde, não lucrativos, menos onerosos e mais aptos a cuidar do ser humano em sua totalidade (TELESI JUNIOR, 2016, p. 2).

Em contraposição à defesa das práticas integrativas no âmbito do SUS apresentada pelas profissionais da equipe multidisciplinar de saúde e pelo médico sanitário, em 13 de março de 2018, o Conselho Federal de Medicina publicou uma nota questionando a alocação de recursos para a manutenção das práticas integrativas e colocou em discussão a não comprovação científica de seus resultados e eficácia.¹⁰

No dia seguinte, em 14 de março de 2018, o Conselho Federal de Medicina publicou mais nota¹¹ sobre o posicionamento de médicos

¹⁰ Incorporação de práticas integrativas no SUS ignora prioridades na alocação de recursos, diz CFM em nota. *CFM*, 13 de março de 2018. As chamadas práticas integrativas e complementares – que receberam o incremento de mais dez modalidades pelo Ministério da Saúde nessa semana – **“não apresentam resultados e eficácia comprovados cientificamente”**. A avaliação é do Conselho Federal de Medicina (CFM), expressa por meio de nota divulgada à imprensa e à sociedade nesta terça-feira (13). **Além da falta de comprovação científica (que torna a prescrição e o uso desses procedimentos proibidos aos médicos)**, a autarquia considera que a decisão de incorporação dessas práticas na rede pública ignora prioridades na alocação de recursos no SUS e cobra dos gestores medidas que otimizem a competência administrativa do sistema (CFM, 2018b). Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=27485:2018-03-13-20-08-31&catid=3 (grifo nosso). Acesso em 21 de março de 2018.

¹¹ Vice-presidente do CFM rebate “práticas integrativas” na Globo News e Record News, *CFM*, 14 de março de 2018. O Governo está certo em oferecer terapias alternativas no SUS? Esta foi a pergunta que norteou o debate realizado no Programa Entre Aspas com Mônica Waldvogel, exibido ao vivo na noite desta terça-feira (13), pela Globonews. Durante uma

quanto ao uso dessas práticas, em debates promovidos pelos programas Globo News¹² e Record News.¹³

Ao mesmo tempo em que profissionais de saúde buscam comprová-las cientificamente e inscrevê-las na rotina clínica de atendimento, outros profissionais, nesse caso, os médicos, salvo exceções, recusam-nas por não comprovarem evidência científica, recaindo sobre elas a possibilidade de riscos à saúde, tornando-se perigosas, ineficazes e onerosas ao serviço público de saúde. Para algumas profissionais de saúde, o campo das incertezas se torna impossibilidade, pois transita por aquilo que não se inscreve na cientificidade, ao passo que para outras agentes, o campo da incerteza se coloca como possibilidade de uso dessas práticas. Elas também pleiteiam a certeza e a legitimidade científica dessas práticas,

conversa de quase 30 minutos, o 1º vice-presidente do Conselho Federal de Medicina (CFM), Mauro Ribeiro, apresentou argumentos, números e casos que confrontam a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, anunciada nesta semana pelo Ministério da Saúde. **Além da falta de comprovação científica (que torna a prescrição e o uso da maioria desses procedimentos proibidos aos médicos)**, o representante do CFM enfatizou no debate com o consultor técnico do Departamento de Atenção Básica do Ministério, Daniel Miele, que a decisão de incorporar essas práticas na rede pública ignora também prioridades na alocação de recursos no Sistema Único de Saúde.[...] [...]Durante o programa, ele chamou a atenção ainda para o risco de se fazer com que a população acredite **“que essas práticas podem suplantam a medicina tradicional”**. Recordnews – No mesmo dia, Mauro Ribeiro também apresentou a posição institucional do CFM ao âncora do Jornal da Record News, Heródoto Barbeiro. Em uma conversa ao vivo no telejornal das 21h, ele destacou que, **das 29 práticas integrativas incorporadas no SUS pelo Ministério da Saúde, 27 não possuem qualquer comprovação de uso na medicina** e somente a homeopatia e a acupuntura são reconhecidas pelo CFM. [...]. **Posicionamento** – De acordo com o Conselho Federal de Medicina, as chamadas práticas integrativas e complementares **“não apresentam resultados e eficácia comprovados cientificamente”**. Em nota divulgada à imprensa e à sociedade, a autarquia destacou que “a prescrição e o uso de procedimentos e terapêuticas alternativos, sem reconhecimento científico, são proibidos aos médicos brasileiros, conforme previsto no Código de Ética Médica” (Vice-presidente Mauro Ribeiro, 2018, grifo nosso). Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=27489:2018-03-14-17-19-33&catid=3.

¹² Mauro Ribeiro. [Entrevista concedida a], *Programa Entre Aspas, Globo News*, 2018. Entrevista disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=XFN5fx2JmSI>. Acesso em 21 de março de 2018.

¹³ Mauro Ribeiro. [Entrevista concedida a], *Record News*, 2018. Entrevista disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=-HZwKOli_c. Acesso em 21 de março de 2018.

por serem profissionais de saúde formadas pelo modelo biomédico e habituadas às suas convenções e parâmetros; contudo, a melhora na saúde destas pacientes é observada e considerada, conforme a narrativa das interlocutoras, o que traz o dinamismo para o SUS, reduz a fila de espera e passa a compor a rede de atendimento, além de nos conduzir ao ponto principal: é nesse contexto de incertezas e de tentativa de comprovação científica que a realização dessas práticas se torna questão central para amenizar os efeitos colaterais dos remédios, reduzir prescrição ou em substituição ao tratamento alopático em alguns casos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O que se colocou como um dos eixos centrais desse trabalho, conforme os relatos das interlocutoras é a perspectiva presente na UBS pesquisada, de se pensar novas formas de lidar com as dores que não sejam somente pela via medicamentosa. Cabe mencionar que essa discussão também nos conduz a adentrar as ambiguidades do saber médico ocidental e, no nosso caso, do sistema de saúde brasileiro, onde existe uma lógica de tratamento fundamentada no uso do tratamento alopático e, nesse mesmo contexto, a adesão às práticas integrativas como possibilidade de melhora na saúde das pacientes, ocasionando a redução ou amenizando os efeitos dos medicamentos alopáticos. A possibilidade de utilizar as práticas integrativas, a exemplo do *yoga* e meditação, atravessa também o modo como os medicamentos são colocados para além da prescrição; eles podem ser reelaborados em seu uso, seja por meio de redução, negociações e interrupções (AZIZE, 2012). Mesmo constatando a “heterogeneidade muito grande nas práticas de atendimento [...] onde não se pode negar o peso que a distribuição generalizada de medicamentos como benzodiazepínicos e antidepressivos tem hoje no atendimento público”, (MALUF, 2010, p. 34), as narrativas das interlocutoras profissionais de saúde e pacientes apontam uma abertura para se pensar novas políticas de saúde que estejam pautadas para além do tratamento medicamentoso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AURELIANO, Waleska. *Espiritualidade, saúde e as artes de cura no contemporâneo: indefinição de margens e busca de fronteiras em um centro terapêutico espírita no sul do Brasil*. Tese (Doutorado em Antropologia Social) - Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.
- AZIZE, Rogério Lopes. Antropologia e medicamentos: Uma aproximação necessária. *Revista de Antropologia Social dos Alunos do PPGAS-UFSCar*, v.4, n.1, jan.-jun., p. 134-139, 2012. Disponível em: http://www.rau.ufscar.br/wp-content/uploads/2015/05/vol4no1_07.AZIZE_.pdf. Acesso em: 08 jan. 2018.
- BARROS, Nelson; OTANI, Márcia; LIMA, Paulo. Medicina alternativa, complementar e integrativa: problema, dilema e desafio para o campo da saúde. *Einstein*. Educação continuada em saúde, v. 8, p. 148-150, 2010.
- CALAZANS, Roberto; PONTES, Samira; RESENDE, Marina. O DSM-5 e suas implicações no processo de medicalização da existência. *Psicologia Revista*, Belo Horizonte, v. 21, n.3, 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682015000300008. Acesso em: 13 jan. 2020.
- CAPONI, Sandra. O DSM-V como dispositivo de segurança. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.24, n. 3, 2014. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312014000300741. Acesso em: 13 jan. 2020.
- CLIFFORD, James. Sobre a autoridade etnográfica. In: CLIFFORD, James. *A Experiência Etnográfica*. Rio de Janeiro, Editora UFRJ, 2008.
- DESCLAUX, Alice. O Medicamento, Um Objeto de Futuro na Antropologia da Saúde. *Revista Mediações*, Londrina, v. 11, n. 2, p. 113-130, jul.-dez. 2006.

- DUARTE, Luis Fernando; LEAL, Ondina (Orgs). *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/yw42p>. Acesso em: 24 nov. 2016.
- FLEISCHER, Soraya. Uso e Circulação de Medicamentos em um Bairro Popular Urbano na Ceilândia, DF. *Revista Saúde Sociedade*, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 410-423, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000200014&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso 24 out. 2017.
- FOUCAULT, Michel. Os corpos dóceis. In: FOUCAULT, Michel. *Vigiar e Punir: nascimento da prisão*. Tradução de Raquel Ramallete. Petrópolis: Vozes, 1987.
- FOUCAULT, Michel. *O nascimento da clínica*. Tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 2008.
- KUHN, Thomas. *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva, 1998.
- LE BRETON, David. *Antropologia do Corpo e Modernidade*. Tradução de Fábio dos Santos Creder Lopes. Petrópolis: Editora Vozes. 2011.
- LUZ, Madel Therezinha; NASCIMENTO, Marilene Cabral; BARROS, Nelson Filice; NOGUEIRA, Maria Inês. A categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em saúde. *Ciência Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 12, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001200016. Acesso em: 20 jan. 2020.
- MALUF, Sonia Weider. Gênero, Saúde e Aflição: Políticas Públicas, Ativismo e Experiências Sociais. In: MALUF, Sônia Weider; TORNQUIST, Carmen Susana (Orgs). *Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas*. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010.

- MINAYO, Maria Cecília de Souza, SOUZA, Helena de Oliveira. Na dor do corpo, o grito da vida. In: RAMOS, Célia Leitão; MINAYO, Maria Cecília de Souza; STOTZ, Eduardo Navarro. (Orgs.). *Demandas populares, políticas públicas e saúde*. Coleção saúde e realidade brasileira. Petrópolis: Vozes, 1989.
- MOL, Annemarie; LAW, John. Embodied Action, Enacted Bodies. The Example of Hypoglycaemia. *Body & Society*, v. 10, n. 2-3, p. 43-62, 2004. Disponível em: <http://www.heterogeneities.net/publications/MolLaw2004EmbodiedAction.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2016.
- NEGREIROS, Miriam Vidal de. *Uma antropologia de incertezas entre a biomedicina e a eficácia das práticas de yoga e meditação no SUS*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais (PPGCS-EFLCH), Universidade Federal de São Paulo, Guarulhos, 2018. Disponível em: <http://www.repositorio.unifesp.br/handle/11600/52106>. Acesso em: 16 mar. 2020.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Depression and other common mental disorders: global health estimates*. No. WHO/MSD/MER/2017, 2017. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 08 de jan. 2018.
- PIGNARRE, Philippe. ¿Los antidepresivos nos fabrican un nuevo psiquismo?. In: MANCINI, Silvia. *La fabricación del psiquismo: prácticas rituales em el cruce de las ciencias humanas y las ciencias de la vida*. Tradução de Hernán Diaz. Buenos Aires: Libros de la Araucaria, 2008.
- PIGNARRE, Philippe. A Revolução dos antidepressivos e da medida. *Revista de Antropologia Social dos Alunos do PPGAS-UFSCar*, v.4, n.1, jan.-jun., p.140-145, 2012. Disponível em: http://www.rau.ufscar.br/wp-content/uploads/2015/05/vol4no1_08.PIGNARRE.pdf. Acesso em: 05 fev. 2018.

SARTI, Cynthia Andersen. Corpo e Doença no trânsito de Saberes. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. v. 25, n. 74, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v25n74/a05v2574.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2016.

TELESI JUNIOR, Emilio. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 30, n. 86, jan.-abr. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142016000100099. Acesso em: 09 jan. 2018.

WACQUANT, Loic. *Corpo e alma*. Notas etnográficas de um aprendiz de boxe. Rio de Janeiro: Editora Relume Dumará. 2002.

DOCUMENTOS OFICIAIS

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 849, de 27 de março de 2017. Inclui a arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa e yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. *Diário Oficial da União*, 2017.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, v. 84, 2006.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 702, de 21 de março de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares-PNPIC. *Diário Oficial da União*, 2018.

MATÉRIAS DE JORNAL, REVISTA E BLOG

Estratégia da OMS sobre a Medicina Tradicional 2002-2005. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=document&slug=estrategia-oms-sobre-medicina-tradicional-2002-2005-6&layout=default&alias=796-estrategia-oms-sobre-medicina-tradicional-2002-2005-6&category_slug=vigilancia-sanitaria-959&Itemid=965. Acesso em: 08 jul. 2020.

Estratégia da OMS sobre a Medicina Tradicional 2014-2023: Disponível em: https://www.who.int/medicines/publications/traditional/trm_strategy14_23/en/. Acesso em: 08 jul. 2020.

Vice-presidente do CFM rebate “práticas integrativas” na Globo News e Record News. *Conselho Federal de Medicina. Disponível (CFM)*, 14 de março de 2018. em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=27489:2018-03-14-17-19-33&catid=3. Acesso em: 21 mar. 2018.

Incorporação de práticas integrativas no SUS ignora prioridades na alocação de recursos, diz CFM em nota. *Conselho Federal de Medicina. Disponível (CFM)*, 13 de março de 2018. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=27485:2018-03-13-20-08-31&catid=3. Acesso em: 21 mar. 2018.

MATERIAL AUDIOVISUAL:

Mauro Ribeiro. [Entrevista concedida a] Record News, 2018. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=-HZwKoOli_c. Acesso em: 21 mar. 2018.

Mauro Ribero. [Entrevista concedida a] Programa Entre Aspas, 2018. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=-HZwKoOli_c. Acesso em: 21 de mar. 2018.

TRUMBO, Dalton; DOCTOROW, Edgar Laurence. Johnny got his gun. Citadel Press, 2007.

Texto recebido em 29/08/2019 e aprovado em 20/12/2019