



SEÇÃO TEMÁTICA

Cortina de fumaça: terapias alternativas/
complementares além da Nova Era
*Smokescreen: alternative / complementary therapies beyond
the New Age*

Rodrigo Toniol*

Resumo: O movimento da Nova Era, que teve início nos anos 1960, causou um profundo impacto na cultura e na espiritualidade contemporâneas, influenciando tanto a formação de valores e conceitos quanto as práticas cotidianas. Essa visão de mundo difundiu-se na sociedade criando uma forma de espiritualidade que permeia até mesmo as instituições religiosas tradicionais. Este artigo procura levantar os componentes constitutivos da Nova Era, tanto no conjunto das crenças e valores quanto no campo das práticas. O levantamento foi feito a partir de estudos realizados por autores brasileiros e estrangeiros, procurando sistematizar um quadro dos componentes constitutivos do *ethos* Nova Era. Esses componentes foram distribuídos em três categorias: *quadro metaempírico de significados; sistemas de práticas; e formas de organização e adesão.*

Palavras-Chave: Nova Era; *Ethos* Nova Era; Esoterismo Secular; Novas Espiritualidades; Contracultura.

Abstract: The New Age movement, which began in the 1960s, caused a profound impact on contemporary culture and spirituality, affecting both the formation of values and concepts and the everyday practices. This worldview has spread over society, creating a form of spirituality that pervades even the traditional religious institutions. This paper seeks to raise the constituent components of the New Age movement, both the set of beliefs and values, as the field of practices. The survey was conducted based on studies by Brazilian and foreign authors, trying to systematize a framework of the constituent components of the New Age ethos. These components were divided into three categories: *meta-empirical framework of meanings; systems of practice; and forms of organization and membership.*

Keywords: New Age; New Age Ethos; Secular Esotericism; New Spiritualities; Counterculture.

* Doutor em Antropologia Social. Pesquisador de Pós-doutorado da Unicamp, com financiamento Fapesp. Contato: rodrigo.toniol@gmail.com

Introdução

A crítica antropológica parece ter nos habituado a identificar vínculos substanciais entre as chamadas terapias alternativas e a nova era. Dois conjuntos de argumentos paralelos — porém conectados —, reforçam esse entendimento. Primeiro, a afirmação de que há uma relação histórica entre o surgimento e popularização de algumas dessas terapias com a nova era. Afinal, teria sido no âmbito dos movimentos da contracultura que práticas terapêuticas como: meditação, yoga e modalidades orientais de atenção à saúde teriam se expandido no Ocidente¹. Segundo, além de uma vinculação histórica, haveria uma compatibilidade ontológica entre os princípios da nova era e o modo de entendimento da relação saúde-doença que fundamenta as terapias alternativas. Já me detive pormenorizadamente no delineamento dessas características noutros textos², aqui, limito-me a assinalar que as terapias alternativas constituem, para parte significativa da literatura, o modo de cuidado com a saúde privilegiado pelos sujeitos e grupos identificados com a nova era. E, mais do que isso, a associação que articula nova era, saúde e terapias alternativas, forma uma espécie de vínculo tautológico, em que as próprias terapias passam a servir para instituir os marcos do que seja a nova era e, ao mesmo tempo, a nova era serve para explicar o fenômeno das terapias alternativas. É nesse sentido, por exemplo, que Sonia Maluf sintetiza a ideia de *culturas da Nova Era* como um fenômeno inextrincavelmente articulado com o campo das terapias alternativas:

Grande parte das definições do fenômeno que estou chamando genericamente aqui de *culturas da Nova Era* se refere à emergência de um vasto campo de experiências e discursos voltados para a articulação entre o terapêutico e o espiritual, e a confluência de diferentes práticas e higiênes corporais e saberes (espirituais e terapêuticos): meditação, uso da astrologia, [...], florais de Bach, terapia de vidas passadas, método Fischer-Hoffman, etc.³

Ainda na literatura antropológica brasileira, definições mais sistemáticas da categoria Nova Era também consideram as terapias alternativas um elemento estruturante do conceito. Como sugere Leila Amaral:

com esse termo focalizo um campo de discurso variado, mas em cruzamento, por onde passam a) os herdeiros da contracultura com suas propostas de comunidades alternativas; b) o discurso do autodesenvolvimento na base das propostas terapêuticas atraídas por experiências místicas e filosofias holistas, fazendo-as corresponder às modernas teses de divulgação científica; c) os curiosos dos oculto, informados pelos movimentos esotéricos

¹ Cf. D. KEMP; J. LEWIS, *Handbook of new age*.

² R. TONIOL, *New Age and Health*

³ S. MALUF, *Da mente ao corpo? A centralidade do corpo nas culturas da Nova Era*, pp. 147-161.

do século XIX e pelo encontro com as religiões orientais, populares e indígenas; d) o discurso ecológico de sacralização da natureza e do encontro cósmico do sujeito com sua essência e perfeição interior e e) reinterpretação yuppie dessa espiritualidade centrada na perfeição interior através dos serviços new age oferecidos para o treinamento de Recursos Humanos, nas empresas capitalistas.⁴

É certo que a atenção que os cientistas sociais da religião empenharam para delinear o fenômeno da Nova Era beneficiou as pesquisas sobre terapias alternativas, uma vez que as alçou a condição de objetos pertinentes para a análise antropológica. Não é à toa que o período de emergência das investigações dedicadas às terapias coincide com o principal momento de interesse sobre a Nova Era, ocorrido, sobretudo, durante a década de 1990 e início dos anos 2000. Ao mesmo tempo, a presunção — ou o insistente privilégio analítico — do vínculo entre *terapias alternativas* e o esoterismo da Nova Era dificultou que os antropólogos atentassem para processos que progressivamente vêm ocorrendo no país e que, em alguma medida, contrapõem-se às perspectivas que concebem tais práticas como desinstitucionalizadas, não-modernas, contra-hegemônicas, etc. Refiro-me a processos que se realizam pelo menos desde meados dos anos de 1990 como, por exemplo, a emergência de sindicatos de terapeutas holísticos, o surgimento de uma agenda política no Congresso Nacional dedicada à regulamentação da profissão, o ensino das *terapias alternativas* em cursos de saúde de universidades públicas e, finalmente, o apoio à promoção e oferta dessas práticas no SUS.⁵

O que está em jogo aqui não é negar a relevância histórica da associação entre Nova Era e terapias alternativas. Trata-se, ao invés disso, de não presumir essa relação fazendo dela um *a priori* analítico. Com isso, portanto, insisto na necessidade de desconfiar do entendimento que estende o suposto vínculo com a Nova Era para qualquer modalidade do uso e da oferta de terapias alternativas. Apesar da aparente trivialidade do argumento, sua enunciação explícita é incontornável, uma vez que na literatura das ciências sociais da religião são raras as contribuições que identificam modos de existência das terapias alternativas fora do escopo empírico e da linguagem analítico-conceitual da Nova Era.

O argumento que apresento neste texto pode ser sintetizado na seguinte ideia: o emprego discriminado desse enfoque analítico antes de iluminar, invisibilizou importantes processos e transformações no campo das terapias alternativas. Em alguma medida, essa crítica pode ser estendida aos fenômenos associados à Nova Era de modo

⁴ L. AMARAL, *Carnaval da alma. (grifo meu)*

⁵ A tese de Fátima Tavares, *Alquimistas da cura*, é uma das exceções nesse campo. Apresentado originalmente em 1998, esse texto realiza uma análise seminal sobre o início do processo de formação de sindicatos de terapeutas holísticos no Rio de Janeiro e em São Paulo.

ainda mais amplo, caracterizando aquilo que denominei noutra texto de *saída da Nova Era*⁶. Nesse caso, valendo-me de um conceito frequente do campo, o que está em jogo é reconhecer que a Nova Era, enquanto categoria de análise, além de ser uma nebulosa místico-esotérica, como sugeriu Françoise Champion na tentativa de afirmar a porosidade e plasticidade do fenômeno⁷, também pode ter se tornado, para os cientistas sociais da religião, uma verdadeira cortina de fumaça.

Precisamente, nas seções que seguem procurarei dar visibilidade a outras configurações e modos de existência das chamadas terapias alternativas. Privilegiarei as terapias alternativas na condição de oficializadas, legitimadas no campo político-científico e instituídas por meio de legislações. A partir desses casos, pretendo manter a indicação de configurações do uso e da oferta de terapias alternativas que deslocam, em pelo menos três dimensões, a retórica analítica da Nova Era: a) nessas configurações, a oferta das terapias alternativas não está dirigida nem ao perfil de usuário *classe média, urbano, escolarizado* e nem concentrado nos bairros centrais das grades cidades. Pelo contrário, os *new agers* aqui, ao menos no caso brasileiro, são usuários do SUS e frequentadores das Unidades Básicas de Saúde; b) para a legitimação pública dessas práticas terapêuticas, seus experts mobilizam, principalmente, textos de resoluções, de leis e de políticas públicas promulgados pelas agências de gestão em saúde (secretarias e a própria Organização Mundial de Saúde), e raramente fazem referência ao contato com algum mestre ou guru, como descrito pelos trabalhos Fátima Tavares⁸ e José Guilherme Magnani⁹; c) a legitimação político-científica das terapias alternativas passa pela necessária recusa da proximidade com a Nova Era e, em contrapartida, pelo acercamento de processos institucionais de longa duração, a partir dos quais a OMS reconheceu, por exemplo, as chamadas Medicina Tradicionais.

Insisto que o que está em jogo aqui não é negar os vínculos históricos entre terapias alternativas e o fenômeno da Nova Era, mas sim ponderar os usos desses vínculos como justificativa para o emprego de uma linguagem analítico-conceitual da Nova Era para tratar de qualquer modalidade de realização das terapias alternativas. Num plano mais imediato, portanto, as seções que seguem servem para diferenciar um conjunto de termos como *terapias alternativas/complementares, medicina tradicional, práticas integrativas e complementares e medicina alternativa e complementar*, indicando a existência de configurações distintas para a realidade de cada uma delas. Mas isso não é tudo. Conforme sugiro, há um argumento que permanecerá latente ao longo deste texto, a saber: a variedade dos fenômenos descritos como característicos da Nova Era,

⁶ R. TONIOL, *Leaving the New Age*.

⁷ F. CHAMPION, *Nouvel-Age et nébuleuse mystique-ésotérique*, pp.167-177.

⁸ F. TAVARES, Fátima. *Alquimistas da Cura*.

⁹ J. MAGNANI, *Mystica urbe*.

aliada a insistente tendência dos cientistas sociais da religião em imputar a categoria em suas etnografias, permite desconfiar que estejamos diante de uma situação em que o emprego sistemático de certa linguagem analítica tenha aprisionado a multiplicidade das realidades observadas na ficção criada para descrevê-las.

A seções que seguem sintetizam parte do percurso oficial de legitimação e regulação da oferta e uso das terapias alternativas no Brasil, que tem sido meu objeto de análise ao longo dos últimos cinco anos. Os dados apresentados neste texto resultam desse período de pesquisa e são oriundos, principalmente de observação participantes em comissões da secretaria de saúde do Rio Grande do Sul para a implementação da oferta de terapias alternativas no SUS, de entrevistas realizadas com gestores públicos e terapeutas, bem como de documentos oficiais. A seguir, explico principalmente os termos mobilizados pelas Políticas de Práticas Integrativas e Complementares, que foram capazes de legitimar a oferta de terapias alternativas no SUS. Na sequência associo o processo brasileiro aos encaminhamentos que já vinham sendo realizados no âmbito da Organização Mundial de Saúde para reconhecer a Medicina Tradicional e a Medicina Complementar e Alternativa como práticas de saúde. Como ficará explícito na apresentação dessas trajetórias de legitimação das terapias alternativas, as referências à Nova Era são escassas. E assim mantereí a narrativa justamente na tentativa de sublinhar outras configurações possíveis das terapias alternativas, para além da Nova Era. Retomarei o tema na conclusão do texto.

A conversão de terapias alternativas/complementares em PICs

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

Assim como o Rio Grande do Sul, outros estados também aprovaram suas próprias Políticas de PICs e, com isso, acrescentaram novas práticas àquelas já previstas no texto da nacional. É o caso de Minas Gerais, Santa Catarina, Rio Grande do Norte e Espírito

Santo, para citar apenas alguns exemplos. Na esteira da PNPIC, ainda ocorreu o lançamento de uma série de leis e de portarias municipais dedicadas a essas práticas terapêuticas. A prefeitura de Santo Ângelo, cidade do interior do Rio Grande do Sul, por exemplo, instituiu, por meio de decreto de lei, o Programa Municipal de Terapias Naturais. Tal programa tem como principal objetivo implementar, nas unidades de saúde da cidade, atendimentos baseados em práticas como: a bioterapia, a bioenergética, a iridologia, a hipnose, a alfaterapia, a oligoterapia, a radiestesia, entre outras.¹⁰

A publicação da PNPIC, em 2006, ensejou estados e municípios a produzirem suas próprias políticas e diretrizes relativas à oferta e ao uso das PICs no SUS. Por ora, o que me interessa não é discutir a efetividade de cada uma dessas políticas ou avaliar se elas tiveram ou não repercussões concretas na rotina das unidades de atenção à saúde do país.¹¹ Aqui, meus objetivos estão referidos aos próprios termos que essas políticas de promoção de PICs acionam e recorrem para legitimar e, ao mesmo tempo, para regular, o que denominam de *práticas integrativas e complementares*. Trata-se de assumir como ponto de partida o entendimento de que, no mesmo passo em que as políticas públicas dedicadas às PICs legitimam essas terapias como parte do serviço oficial de saúde, elas também inscrevem-nas num regime de classificação e de regulação específico. Assim, tomando como referência sobretudo a PNPIC, problematizarei, no que segue, *os termos da Política*, isto é, as categorias mobilizadas para justificar e enquadrar a oferta dessas práticas no SUS.

Enquanto instrumento de regulação, a PNPIC produz uma série de demarcações. A mais evidente é a própria categoria englobante *práticas integrativas e complementares*. O termo foi criado pelos membros da comissão encarregada de elaborar aquela Política e compete com uma extensa lista de outros, tais como terapias *alternativas, complementares, naturais, paralelas*, e ainda medicinas *românticas, complementar e alternativas, não-hegemônicas ou não formais*. Se, por um lado, todas essas categorias convergem em alguns aspectos sobre as práticas que designam, por outro, sua multiplicidade não levanta apenas um problema de ordem nominalista. Elas também indicam relações específicas com o Estado e com suas modalidades de regulação que definem como e quem está autorizado a tratar, a diagnosticar e a curar. Como afirmou Waleska Aureliano¹², a dificuldade em construir classificações englobantes para essas *outras medicinas* está relacionada não apenas com a pluralidade de práticas a que se referem, mas, sobretudo, ao fato de que elas implicam modos distintos de relação com

¹⁰ Refiro-me a lei nº 3.597, de 23 de março de 2012 (mimeo).

¹¹ Assim como o Rio Grande do Sul, outros estados também aprovaram suas próprias Políticas de PICs e, com isso, acrescentaram novas práticas àquelas já previstas no texto da nacional. É o caso de Minas Gerais, Santa Catarina, Rio Grande do Norte e Espírito Santo, para citar apenas alguns exemplos.

¹² W. AURELIANO, *Espiritualidade, Saúde e as Artes de Cura no Contemporâneo*.

os espaços oficiais de saúde. Esses, por sua vez, baseados nos modos diferenciados com que construíram e negociaram historicamente sua legitimidade diante do Estado. Sendo assim, considero necessário refletir sobre como denominar as chamadas *terapias alternativas*. O modo de designar essas práticas terapêuticas tem importância por dois motivos principais: em primeiro lugar porque o emprego de certas categorias englobantes inscrevem prontamente as práticas analisadas em determinadas perspectivas teóricas — esse é o caso ao designá-las como *racionalidades médicas*¹³, por exemplo —; em segundo lugar, porque alguns desses termos são sumariamente rejeitados por parte de *seus praticantes* — por exemplo, entre acupunturistas que recusam a categoria *terapia alternativa* porque ela instauraria uma relação de divergência com a *terapia principal*. Por isso, opto aqui por uma saída terminológica que procura não invisibilizar essa tensão nominal permanente, fazendo uso do termo composto *terapias alternativas/complementares*. A solução é apenas parcial, mas serve para indicar o caráter instável e controverso da designação dessas práticas. Além disso, ao referir-me à categoria nessa forma, *terapias alternativas/complementares*, benefico-me da possibilidade de assinalar sua diferença em relação ao termo oficial, recentemente instituído, Práticas Integrativas e Complementares (PICs). Mais do que diferenciá-los, como demonstrei noutros textos (2015c) é preciso assinalar que há muito trabalho e burocracia (leis, portarias, agentes estatais e regulações) empenhados na difícil tarefa de transformar uma *terapia alternativa/complementar* em *prática integrativa e complementar*.¹⁴ Em alguma medida, essa passagem, de *terapias alternativa/complementar* para PIC, sintetiza o processo de oficialização de tais práticas no SUS. Como e a partir de quais termos esse processo se deu é o tema que abordarei a seguir.

Práticas, integrativas e complementares

Em setembro de 2003, durante a gestão de Humberto Costa, primeiro ministro da saúde do governo Lula, uma comissão de técnicos, médicos e especialistas em terapias

¹³ O termo remete aos debates sobre o tópico abordados no campo da saúde coletiva (ver M. LUZ, *Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas*).

¹⁴ Reitero que essa é uma solução precária e esclareço que não emprego *terapias alternativas/complementares* para fixar as práticas terapêuticas não reguladas pelo Estado nesse par de oposição específico ou nos regimes de configuração que cada um dos termos (alternativo e complementar) admite. Aqui, *alternativo/complementar* foi a forma encontrada justamente para assinalar o caráter multiverso das configurações que essas terapias assumem. Também é preciso mencionar que há casos em que políticas estaduais e municipais reconhecem como PIC algumas terapias alternativas/complementares não identificadas como tal pela portaria 971 do Ministério da Saúde. Por isso também poderei alternar na consideração de uma mesma prática como PIC ou como terapia alternativa/complementar.

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

Até aí o nome era Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares. Quando chegou no Conselho [CNS], o nome *medicina* não passou. Isso pelas mesmas questões que caem sobre a medicina chinesa. Enfim, não passou. Eles disseram: ‘Ah! Vocês querem passar a política?’ Sim, nós queríamos. ‘Então tem que trocar o nome!’ Nós falamos, ‘tudo bem, a gente troca’. Pois bem, aí entramos numa salinha, 5 pessoas, e começamos a pensar no nome. Lá pelas tantas um [uma pessoa] entrou na sala e falou, ‘Mas tá muito demorado esse negócio. Por que vocês não colocam Práticas Integrativas?’ E foi assim que aconteceu. Foi Divaldo Dias quem deu o nome para a Política, quando entrou naquela salinha. E foi um nome muito bom! (Carmem De Simone, entrevista concedida em maio de 2013).

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

O caso (quase) anedótico da escolha do nome da PNPIC é indicativo das decisões contingenciais e nem sempre pautadas por princípios técnicos e de racionalização burocrática do Estado que acompanham os processos de elaboração de políticas públicas. Menciono-o aqui sobretudo para sublinhar que o título da Política, ou os termos nele empregados, foram condição para que o documento fosse aprovado. E uma vez promulgada, a PNPIC instituiu, a partir desses mesmos termos, um regime de regulação das terapias que descreve. A seguir tratarei de cada uma das palavras que intitulam a Política. Para tanto, usarei como recurso analítico alguns jogos de oposição

entre os termos utilizados na PNPIC e outros que são empregados noutros regimes de regulação das terapias alternativas/ complementares.¹⁵

Práticas e Medicina; Complementar e Alternativo

Em meados de 2009 o Sindicato Médico do Rio Grande do Sul (SIMERS) impetrou uma ação civil pública contra a Escola Superior de Ciências Tradicionais e Ambientais (Escam), que funciona como centro de formação em medicinas naturais em Porto Alegre. Nos autos do processo, consta que as alegações do Sindicato Médico contra a Escola dizem pouco respeito ao conteúdo dos cursos lá oferecidos e estão mais associadas ao uso do termo Medicina nos materiais de divulgação dos serviços prestados, mesmo que sempre acompanhado das palavras Tradicional ou Natural. O termo médico, como descrito no relatório do desembargador que julgou o caso em questão, é apenas para quem possui formação e inscrição junto ao conselho profissional competente¹⁶. Ainda argumentando nesse sentido, numa das decisões judiciais, o voto do mesmo desembargador advogou pela abstenção da Escola de utilizar em suas propagandas a expressão 'médico' ou 'medicina'.¹⁷

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

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

1. A Medicina é única. Para exercê-la no país, é necessário atender à legislação educacional e ter registro no Conselho Regional de Medicina. 2. Qualquer outro exercício da Medicina é ilegal, delito punido com pena de prisão, conforme o art. 282 do Código Penal. [...] A Verdade faz bem à Saúde.¹⁸

O monopólio do termo medicina no Brasil tem uma larga trajetória, que se confunde com o próprio estabelecimento dos médicos enquanto categoria profissional no país. Como já mostraram outros autores, no último século, o exercício da medicina e o título de médico já foram defendidos de charlatães, de médiuns, de religiosos, de curandeiros e de muitos outros que tentaram se apropriar deles¹⁹. O caso descrito

¹⁵ Na tentativa de marcar a tensão permanente entre diversos atores sociais pela definição do estatuto dessas terapêuticas, utilizarei, como estratégia narrativa, o termo *terapias alternativas/complementares*.

¹⁶ Apelação cível nº 0033780-12.2006.404.7100/RS

¹⁷ Ação civil pública nº 2006.71.00.033780-3/RS

¹⁸ Fonte: <http://goo.gl/qCjmhM> (Consultado em 22/06/2014).

¹⁹ Ver: E. GIUMBELLI, *O cuidado dos mortos*; Y. MAGGIE, *Medo do feitiço*; B. WEBER, *Médicos e charlatanismo*, pp.95-128.

também é apenas um exemplo de uma extensa série de outros possíveis, em que o uso dos termos foi negado a terapeutas holísticos. A ele poderíamos associar o imbróglgio, mencionado por Carmem De Simone, sobre a denominação Medicina Tradicional Chinesa para designar o exercício de técnicas e de procedimentos não reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina no Brasil, por exemplo.

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

A noção de complementariedade, por sua vez, é constantemente acionada como um termo englobante capaz de designar o amplo conjunto de práticas terapêuticas compreendidas pelas Políticas de PICs. Situar as terapias apoiadas e oferecidas no SUS como práticas complementares significa estabelecer as PICs a partir de um modo de relação específico com aquilo que ela complementa, mais precisamente, com a biomedicina. Nesse caso, a complementariedade não descreve algo que seja da ordem do conteúdo substancial das terapias, mas trata-se de uma categoria que explicita como essas terapias devem se relacionar com outras modalidades de atenção à saúde. Há, portanto, uma relação hierárquica implícita no termo e que, em certo sentido, contrapõe-se aquilo que aponta a designação terapias alternativas. As práticas reguladas pela PNPIC são complementares e não alternativas porque devem estar aliadas ao tratamento biomédico e com ele compatibilizadas, e não serem alternativas a ele.

Se, por um lado, a categoria complementar submete as terapias/ práticas/medicinas que descreve às modalidades de atenção à saúde que são por elas complementadas, por outro, pesquisadores que se detiveram na análise da categoria têm sublinhado a incongruência ou mesmo inoperância do ideal da complementariedade em algumas situações²⁰. Isso porque, nem todas as associações de práticas terapêuticas complementares com a biomedicina permitem que o princípio da complementariedade, enquanto uma espécie de política de coexistência harmoniosa entre diferentes modos de tratamento, seja mantido. É o que sugere Ruth Barcan²¹ ao descrever a impossibilidade de articulação, por exemplo, entre terapias para aumento da fertilidade

²⁰ E. WILLIS; K. WHITE, *Evidence-based medicine and CAM*.

²¹ R. BARCAN, *Complementary and alternative medicine*.

baseadas em dietas de desintoxicação de produtos industrializados e os tratamentos biomédicos para o mesmo fim, que estão atrelados ao consumo de medicamentos alopáticos.

Na PNPIC a complementariedade não é uma qualidade que varia situacionalmente, isto é, conforme a capacidade de associação dos modelos terapêuticos empregados numa situação específica. Antes disso, trata-se de uma política da complementariedade que, por decreto, deverá sempre prevalecer, independentemente das formas ou dos princípios das terapias em questão. Quando inscritas no regime da política da complementariedade, as terapias abrem mão, ao menos no plano formal, da possibilidade de tornarem-se alternativas (à biomedicina, principalmente). Além dessa diferenciação mencionada entre os dois termos - complementar e alternativo -, é preciso sublinhar que a opção pelo primeiro no lugar do segundo na política nacional de PICs também está relacionada com a densa carga histórica que a ideia de terapias alternativas tem no país. Isso porque ela está associada, sobretudo, a práticas esotéricas, com pouca comprovação científica e com baixa aceitação entre os profissionais da saúde. Aqui quero apenas sublinhar que evitar a categoria alternativo também significou a possibilidade de, ao menos em um primeiro momento, deslocar as PICs do universo de referências esotéricas new age, operando assim uma nova possibilidade de alinhamento dessas práticas, que passaram a ser aproximadas do campo da medicina legítima e oficial.

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

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

Integralidade, SUS e holismo

O Sistema Único de Saúde foi instituído em 1990 por meio do decreto de lei 8080 que dispõe sobre os objetivos, as atribuições, as diretrizes, a organização e a gestão dos serviços de saúde no Brasil. Esse documento ainda estabelece, em seu capítulo II, que são três os princípios fundamentais do SUS: universalidade, equidade e integralidade. O primeiro refere-se a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis

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

Um modelo integral, portanto, é aquele que dispõe de estabelecimentos, unidades de prestação de serviços, pessoal capacitado e recursos necessários à produção de ações de saúde que vão desde as ações inespecíficas de promoção da saúde em grupos populacionais definidos, às ações específicas de vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica dirigidas ao controle de riscos e danos, até ações de assistência e recuperação de indivíduos enfermos, sejam ações para a detecção precoce de doenças, sejam ações de diagnóstico, tratamento e reabilitação.²²

Fora dos marcos estritamente formais do princípio da integralidade no Sistema Único de Saúde, estabelecidos pela lei 8080, essa categoria possui uma longa trajetória política na luta pela oferta de saúde pública no Brasil, e também acadêmica, tendo sido o principal eixo analítico para um significativo número de projetos de pesquisas.

As origens do debate sobre o tema no país remontam à própria história do Movimento de Reforma Sanitária, que, durante as décadas de 1970 e 1980, abarcou diferentes movimentos de luta por melhores condições de vida, de trabalho na saúde e pela formulação de políticas específicas de atenção aos usuários²³. Quando compreendida a partir desses movimentos, integralidade diz respeito a uma espécie de noção-amálgama, como sugeriu Ruben Mattos²⁴, diante da qual não se deve "buscar definir de uma vez por todas, posto que desse modo poderíamos abortar alguns dos sentidos do termo e, com eles, silenciar algumas das indignações de atores sociais que conosco lutam por uma sociedade mais justa". Para Kenneth Camargo²⁵ a inexistência de uma definição de fato sobre o que seria a "integralidade" é, ao mesmo tempo, uma fragilidade e uma potencialidade da categoria. Essa (in)definição parece estar bem

²² C. TEIXEIRA, *Os princípios do sistema único de saúde*.

²³ R. PINHEIRO e R.A. de MATTOS, *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*.

²⁴ R. MATTOS, *Os sentidos da integralidade*.

²⁵ K. CAMARGO, *Um ensaio sobre a (in) definição de integralidade*.

acomodada na sentença de outro pesquisador do tema, José Ricardo Ayres²⁶: o princípio da universalidade nos impulsiona a construir o acesso para todos, o da equidade nos exige pactuar com todos o que cada um necessita, mas a integralidade nos desafia a saber e fazer o ‘quê’ e ‘como’ pode ser realizado em saúde para responder universalmente às necessidades de cada um.

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

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

de substituir o termo ‘Política de Medicina Natural’ por ‘Política de Medicina Integrativa’, que consiste na medicina que utiliza o conhecimento científico convencional agregado ao conhecimento tradicional (milênar ou centenário), também científico, excluindo práticas alternativas baseadas em credences, mitos e magias e está associada a modelos terapêuticos complementares, tais como acupuntura, homeopatia e fitoterapia, acrescida de modelos propedêuticos tais como a medicina antroposófica.²⁷

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

Essa ideia do integrativo é ambivalente. Primeiro é o princípio da integralidade do SUS, que é a visão de uma Política que tenta compreender a inserção social, econômica e cultural da criatura na sociedade. Mas junto e simultaneamente, integrativo também é a visão holística que essas terapias têm sobre o indivíduo. Isso tá lá na Política.²⁸

²⁶ J. AYRES, Prefácio.

²⁷ Fonte: 160ª reunião do CNS. Disponível em: <http://goo.gl/Bo3geB> (consultado em 14/01/2014).

²⁸ Carmem De Simone, entrevista concedida em maio de 2013.

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

No cumprimento de suas atribuições de coordenação do Sistema Único de Saúde e de estabelecimento de políticas para garantir a integralidade na atenção à saúde, o Ministério da Saúde apresenta a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS, cuja implementação envolve justificativas de natureza política, técnica, econômica, social e cultural²⁹.

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

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

Ao atuar nos campos da prevenção de agravos e da promoção, manutenção e recuperação da saúde baseada em modelo de atenção humanizada e centrada *na integralidade do indivíduo*, a PNPIC contribui para o fortalecimento dos princípios fundamentais do SUS.³⁰

Considerando o *indivíduo na sua dimensão global* [...], a PNPIC corrobora para a *integralidade da atenção à saúde*.³¹

Práticas Integrativas e Complementares são práticas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, que pressupõe o usuário/paciente na sua *integralidade física, mental, emocional, social, ambiental e espiritual*.³²

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

²⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde*, p.4.

³⁰ Ibid., p.7 (grifos meus).

³¹ Ibid., p.5 (grifos meus).

³² Rio Grande do Sul. *Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares*, p.15 (grifos meus)

terapeuticamente³³, o uso do termo indica a oposição às terapias e perspectivas médicas que concebem a possibilidade de tratamento dos sujeitos de forma fragmentada por especialistas numa única parte do corpo.

O que está em jogo, portanto é observar como categoria integrativo, utilizada na PNPIC opera em, pelo menos, três níveis. Primeiro, está relacionado com as avaliações que o Conselho Nacional de Saúde fez acerca da Política. Originalmente, conforme a sugestão inicial dos conselheiros do CNS, o caráter integrativo da PNPIC faria referência a qualidade integradora dessas práticas terapêuticas que poderiam aliar conhecimento tradicional e científico. No texto da Política, no entanto, integrativo associa-se com o princípio da integralidade do SUS, de modo que a PNPIC encontraria, nos próprios termos que instituem a oferta de saúde pública no Brasil, respaldo e legitimidade. A esses dois sentidos sobrepõe-se ainda um terceiro, que relaciona as categorias integrativo e integralidade ao holismo. Opto por visibilizar esses três sentidos sobrepostos sem sugerir que um ou outro tenha adquirido contornos definitivos, privilegiando, assim, justamente o que há de indefinido nessas categorias.

A versão do termo integrativo/integralidade enquanto holismo ainda serve aqui para explicitar como, partindo dos próprios termos da Política, um princípio central para as terapias alternativas/complementares segundo a literatura da Nova Era é elaborado sem recorrer à história dos movimentos contraculturais, mas, pelo contrário, apelando aos aspectos mais formais da saúde pública brasileira. Na próxima seção abordo outra configuração das terapias alternativas/complementares em sua face oficial, dessa vez a partir dos termos instituídos pela Organização Mundial de Saúde.

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

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

³³ D. KEMP; K. LEWIS, *Handbook of new age*.

Um dos primeiros registros do termo medicina tradicional³⁴ nos documentos da OMS ocorreu em setembro de 1978, por ocasião da primeira conferência sobre atenção primária, realizada na cidade de Alma Ata, então território da União Soviética. Embora contenha diretrizes de caráter diversos, o relatório final dessa Conferência está significativamente marcado pelo contexto da Guerra Fria e pela sistematização de dados que explicitam a oferta desigual de tecnologias em saúde, profissionais e instituições hospitalares nos diferentes países do mundo. Foi justamente a partir do reconhecimento da indisponibilidade desses recursos para dois terços das nações do globo que a OMS identificou a medicina tradicional como uma ação em saúde e recomendou a formulação de políticas e regulamentações nacionais referentes à utilização de remédios tradicionais de eficácia comprovada e exploração das possibilidades de se incorporar os detentores de conhecimento tradicional às atividades de atenção primária em saúde, fornecendo-lhes treinamento correspondente.³⁵

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

Conforme a OMS, medicina tradicional é a soma total de conhecimentos, habilidades e práticas baseadas em teorias, crenças e experiências nativas de diferentes culturas, explicáveis ou não, usadas na manutenção da saúde, bem como na prevenção, nos diagnósticos e no tratamento de adoecimentos físicos e mentais.³⁶ Pelas características de sua definição e por aquilo que descrevi anteriormente observa-se que, nessa configuração, o exercício da medicina tradicional, de acordo com a OMS, ocorre principalmente fora do Ocidente e longe do norte global, ou seja, está concentrado nas partes mais pauperizadas do mundo. Além do recorte geográfico, que associa medicina

³⁴ O termo medicina tradicional é sempre utilizado no singular nos documentos da OMS. Aqui, em algumas ocasiões, ele será utilizado no plural.

³⁵ Fonte: OMS, Conferência Internacional. 6-12 setembro 1978 – Cuidados primários de saúde: declaração de Alma-Ata. Lisboa: Gabinete de Estudos e Planeamento, 1978.

³⁶ Há uma outra definição de MT também presente nos documentos da OMS, cito: *La OMS define la medicina tradicional como prácticas, enfoques, conocimientos y creencias sanitarias diversas que incorporan medicinas basadas en plantas, animales y/o minerales, terapias espirituales, técnicas manuales y ejercicios aplicados de forma individual o en combinación para mantener el bienestar, además de tratar, diagnosticar y prevenir las enfermedades.* Fonte: <http://goo.gl/kbFefW> (Consultado em 02/07/2015).

tradicional aos países pobres ou em desenvolvimento, depreende-se do conceito e dos documentos relativos ao tema elaborados pela OMS, duas outras características: primeiro, medicina tradicional é parte de um sistema cultural e, segundo, essas práticas são tradições milenares, anteriores ao desenvolvimento da medicina moderna ocidental.

Fundada na cultura, situada historicamente num passado distante e geograficamente afastada do Ocidente, o exercício da medicina tradicional parece bem sintetizado no trecho a seguir, extraído do documento Estratégia da OMS sobre MT 2002-2005:

Ao longo da história, os asiáticos, africanos, árabes, as populações nativas americanas, da Oceania, centro-americanas, sul-americanas, e de outras culturas, têm desenvolvido uma grande variedade de sistemas tradicionais nativos. [...] A medicina tradicional pode se codificar, regular, ser ensinada e praticada aberta e sistematicamente, além de se beneficiar de milhares de anos de experiência.³⁷

Considerações como essa fazem crer, com afirmou Waleska Aureliano³⁸, que essas práticas são estáticas ou que não sofreram mudanças significativas ao longo de sua história, o que termina por caracterizar as medicinas tradicionais a partir de noções estereotipadas que as reificam enquanto práticas milenares ou ancestrais que sobrevivem aos avanços da ciência.

Como já apontei anteriormente, medicina tradicional não é a única categoria forjada pela OMS para lidar com práticas terapêuticas não alinhadas com a biomedicina ocidental. Durante a década de 1990 e, sobretudo nos anos 2000, a ela passou a ser associado o termo medicina alternativa e complementar (MAC). Embora articuladas em alguns documentos como se fossem sinônimos, essa segunda categoria diz respeito às práticas de cuidados com a saúde que, realizadas em países desenvolvidos, não compartilham dos mesmos princípios epistemológicos e terapêuticos que a biomedicina.³⁹ O vínculo geográfico da MAC com os países desenvolvidos, bem como o contraste genealógico da categoria com a de Medicina Tradicional na OMS, aparece de modo explícito num documento da agência global dirigido ao uso das terapias não-hegemônicas no mundo:

³⁷ OMS. *Estratégia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005*.

³⁸ W. AURELIANO, *Espiritualidade, Saúde e as Artes de Cura no Contemporâneo*.

³⁹ Nos documentos da OMS a definição de MAC é *não fazem parte da tradição do próprio país e não estão integradas no sistema dominante de saúde*. Contudo, essa própria definição é contradita nos documentos da agência uma vez que, mesmo quando integradas aos sistemas de saúde nacionais a OMS permanece considerando tais terapias como MAC.

O uso de Medicina Tradicional segue sendo muito extenso em países em desenvolvimento – Índia (70%), Ruanda (70%) e Etiópia (90%). E em países desenvolvidos – como Estados Unidos, Austrália, Canadá e Reino Unido -, o uso de Medicina Alternativa e Complementar têm aumentado muito rapidamente.⁴⁰

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

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

Além da possibilidade de serem utilizadas como sinônimos, afirmada pela OMS, essas duas categorias também convergem no estabelecimento da biomedicina como seu principal elemento de referência e na consideração de que, sobre os fundamentos e o exercício da biomedicina não há ou não importam a cultura, o tempo e o espaço. Se, na elaboração original dessas categorias (MT e MAC), há algum esforço de simetriação entre os diferentes saberes médicos (o que inclui a biomedicina), esse empenho passa pela tentativa de afirmar que medicinas tradicionais são formas culturalmente

⁴⁰ OMS. *Estratégia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005*.

localizadas de práticas terapêuticas médicas, sem, contudo, submeter a biomedicina à localização cultural de suas tradições.

Uma vez reconhecidas e associadas, MT e MAC tornaram-se objeto de atenção de um departamento especial da OMS que, desde 2002, publica regularmente documentos com metas e programas relativos a essas práticas terapêuticas. Numa das publicações mais recentes sobre o tema, *Estratégia para medicina tradicional 2014-2023*, a OMS estabeleceu quatro objetivos como centrais:⁴¹

- Políticas. Integrar a MT nos sistemas nacionais de saúde, onde possível, por meio do desenvolvimento e da implementação de políticas e programas nacionais de MT.
- Segurança, eficácia e qualidade. Promover segurança, eficácia e qualidade da MT pela expansão do conhecimento de base e pela promoção de marcos regulatórios e de qualidade específicos da MT.
- Acesso. Aumentar a possibilidade de acesso à MT, com ênfase para o acesso das populações mais pobres.
- Uso racional. Promover apropriadamente o uso terapêutico da MT para profissionais e usuários.⁴²

No mesmo documento, a PNPIC brasileira é citada como uma das experiências exemplares de integração da MT/MAC no sistema de saúde nacional.⁴³ Igualmente exemplares, segundo a OMS, são as políticas adotadas em países como Bélgica, Canadá, Camboja e Austrália. Apesar da lista com descrições detalhadas sobre as experiências de uso de MT/MAC ser restrita no documento citado⁴⁴, os dados mais panorâmicos fornecidos por ele dimensionam a quantidade de países que têm adotado políticas específicas para regular e introduzir essas terapias em seus sistemas de saúde. No ano de 2012, 119 países tinham regulações sobre alguma MT/MAC, enquanto 69 possuíam políticas públicas específicas para orientar e promover a incorporação dessas práticas em suas redes de atendimento. Tais números são parte de uma série histórica que, desde

⁴¹ Ao longo do documento citado, utiliza-se apenas o termo medicina tradicional. Em seu parágrafo inicial, no entanto, a OMS esclarece que assume a equivalência entre o termo e medicina alternativa e complementar.

⁴² OMS. *Estratégia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023*

⁴³ A projeção pretendida pelo Ministério da Saúde com a PNPIC não deve ser subestimada. O documento foi traduzido, impresso e disponibilizado na versão eletrônica em português, inglês, espanhol e mandarim. Além disso, em 2008, foi promovido o I Seminário Internacional de PICs, que teve a participação de representantes de países como Cuba, México, China, Itália, além de técnicos e membros de organismos como a OMS e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

⁴⁴ Para um extenso balanço da OMS sobre a situação as políticas de MT/MAC entre seus países membros, ver OMS. *Legal Status of Traditional Medicine and Complementary/Alternative Medicine: A Worldwide Review*.

1999, indica o aumento progressivo na quantidade de países que legitimam e regulam o uso de terapias alternativas/complementares no mundo.

Embora os dados presentes nesses relatórios possam ser analisados a partir de diferentes perspectivas, capazes de apresentar distintos modos de agrupar os países que produziram políticas nacionais acerca das terapias alternativas/complementares, recupero a presença da variável cultura, citada na análise do conceito de medicina tradicional, para explicitar um dos cortes diferenciadores dessas políticas. Minha sugestão é a de que é possível distinguir as variadas políticas dirigidas à MT/MAC a partir do público que pode acessá-las. Isso porque, em países da América Latina, por exemplo, a maior parte dessas políticas compõem um amplo quadro de ações fundadas no princípio da interculturalidade. Em nome do reconhecimento da diversidade cultural e do direito ao atendimento médico conforme crenças individuais, a interculturalidade como princípio assegura, por exemplo, que populações indígenas possam demandar, em hospitais, clínicas e ambulatórios que seu atendimento seja associado a rituais e procedimentos próprios de sua cosmologia. Esses atendimentos, contudo, não estão disponíveis para toda população, mas são restritos aos sujeitos culturalmente identificados com aquelas práticas. Ao contrário dessas políticas restritas a grupos culturais específicos estão aquelas que, como a PNPIC, têm como principal característica a universalidade da oferta e do acesso às terapias alternativas/complementares⁴⁵.

A política pública brasileira citada no relatório sobre medicina tradicional da OMS como modelo exemplar de integração de práticas terapêuticas não-hegemônicas em sistemas nacionais de saúde não legitima ou regula, por exemplo, ações em saúde voltadas para populações tradicionais, assim como não delibera sobre a atuação de parteiras nos serviços do SUS. A opção por esse modelo para as Políticas de PICs certamente cria tensões. No Rio Grande do Sul, quando acompanhava o processo de elaboração da Política Estadual de PICs⁴⁶, técnicos da própria Secretaria de Saúde, ligados ao setor da saúde da população negra⁴⁷ pediram uma audiência com a comissão responsável pela PEPIC. A solicitação foi indeferida pela comissão sob a justificativa de que a política de PICs estava sendo elaborada para toda a rede estadual do SUS e não para grupos populacionais específicos.

⁴⁵ OMS. *Legal Status of Traditional Medicine and Complementary/Alternative Medicine*.

⁴⁶ R. TONIOL, *Do espírito na saúde*.

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

De volta a Nova Era: à guisa de uma conclusão

Este texto compõe um dossiê dedicado ao tema da Nova Era. Embora noutros trabalhos⁴⁸ eu tenha mobilizado as referências histórica desse fenômeno e também manipulado sua dimensão analítica, aqui, optei por tratar do tema em sua qualidade reversa. Isso é, trouxe à tona um tópico sistematicamente associado a Nova Era para apontar alguns dos limites dessa perspectiva. Em suma, meu argumento foi o de que a possível associação de algumas terapias alternativas/complementares com os movimentos contraculturais não justificam o emprego deliberado da linguagem analítica da Nova Era para enquadrar e descrever tais práticas. Nesse sentido, o que fiz neste texto foi explicitar um conjunto de outras configurações da oferta e do uso das terapias alternativas/complementares que passam ao largo do campo usualmente descrito como new age. Assim procedo, com a expectativa de que textos como esse ajudem a instaurar um princípio de precaução, o que, desde um ponto de vista metodológico, significa conclamar que as análises sobre terapias alternativas/complementares invistam na descrição das configurações históricas e conjunturais que tornam essas práticas possíveis, sem presumir a Nova Era um a priori absoluto.

A recomendação é necessária, já que a literatura dedica ao tema parece ter nos acostumado a identificar qualquer menção às terapias alternativas/complementares como a expressão de um traço herdado das sensibilidades religiosas, morais e estéticas dos sujeitos e dos grupos comprometidos com os princípios esotéricos da Era de Aquários e com os ideais da contracultura. Fazer tal ressalva não implica abdicar do diálogo com as pesquisas sobre Nova Era. Significa, antes, assinalar meu esforço em não estabilizar as associações aqui descritas numa categoria que parece engajar mais os cientistas sociais da religião do que os próprios sujeitos observados. Assim, o que passa a estar em jogo não é assimilar os variados casos de oferta e uso das terapias alternativas/complementares a alguma chave analítica específica e unívoca, que estabeleça seus contornos e suas características tornando-a parte de um princípio ontológico que a transcende as situações observadas. Alternativamente, trata-se de reforçar a necessidade de pesquisas sobre o tópico que privilegiem suas variações, tornando a tarefa de descrever como?, em que termos?, e em quais configurações? um princípio analítico constante.

⁴⁸ R. TONIOL, *New Age and Health*; R. TONIOL, *Do espírito na saúde*.

Referências

AMARAL, Leila. *Carnaval da alma: comunidade, essência e sincretismo na nova era*. Petrópolis: Vozes, 2000.

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 de doutorado apresentada no PPGAS/UFSC, 2011.

AYRES, José Ricardo. Prefácio à 8ª edição. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. UERJ, 2006.

BARCAN, Ruth. *Complementary and alternative medicine: bodies, therapies, senses*. Berg, 2011.

CAMARGO, Kenneth Rochel de. Um ensaio sobre a (in) definição de integralidade. In: Roseni Pinheiro; Ruben Araújo de Mattos. (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO, 2003.

CHAMPION, Françoise. Nouvel-Age et nébuleuse mystique-ésotérique. In: Cahiers Rationalistes. n. 475, p.167-177, 1993.

GIUMBELLI, Emerson. *O cuidado dos mortos: uma história da condenação e legitimação do espiritismo*. Vol. 8. Ministério da Justiça, Arquivo Nacional, 1997

KEMP, Daren; LEWIS, James (org.). *Handbook of new age*. Brill, 2007.

MAGGIE, Yvonne. *Medo do feitiço: relações entre magia e poder no Brasil*. Imprensa Nacional, 1992.

MAGNANI, José Guilherme Cantor. O xamanismo urbano e a religiosidade contemporânea. *Religião e Sociedade* 20.2, 1999, pp. 113-140.

_____. *Mystica urbe*. Studio Nobel, 1999b.

MALUF, Sônia. Da mente ao corpo? A centralidade do corpo nas culturas da Nova Era. *Ilha Revista de Antropologia* 7.1, 2, 2005, pp. 147-161.

MARTINS, Paulo Henrique. As terapias alternativas e a libertação dos corpos. In: Carozzi, María Julia. (Org.). *A Nova Era no Mercosul*. Petrópolis: Vozes, 1999, pp. 80-105.

MATTOS, Ruben de Araújo. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. UERJ, 2006.

PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. UERJ, 2006.

RUSSO, Jane. *O corpo contra a palavra: as terapias corporais no campo psicológico dos anos 80*. Editora UFRJ, 1993.

TAVARES, Fátima. *Alquimistas da Cura: a rede terapêutica alternativa em contextos urbanos*. Salvador: UFBA, 2012.

TEIXEIRA, Carmen. *Os princípios do sistema único de saúde*. Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, Bahia, 2011.

TONIOL, Rodrigo. New Age and Health. In: *Encyclopedia of Latin American Religions*. Springer International Publishing, 2015.

_____. Leaving the New Age. In: *Encyclopedia of Latin American Religions*. Springer International Publishing, 2015b

_____. *Do espírito na saúde*. Oferta e uso de terapias alternativas/complementares nos serviços de saúde pública no Brasil. Tese (Doutorado) - PPGAS/UFRGS. 2015c.

WEBER, Beatriz Teixeira. *Médicos e charlatanismo: uma história de profissionalização no Sul do Brasil*. *História, medicina e sociedade no Brasil*. Edunisc, 2003. 95-128.

WILLIS, Evan; WHITE, Kevin. Evidence-based medicine and CAM. In: Tovey, Philip; Easthope, Gary; Adams, Jon (org.). *The mainstreaming of complementary and alternative medicine: studies in social context*, Routledge, 2004.

Documentos Consultados

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

BRASIL. *Diário Oficial da União*. Lei nº 8080/90. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e das outras providências. Brasília DF, 19 de setembro de 1990.

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

OMS. *Legal Status of Traditional Medicine and Complementary/Alternative Medicine: A Worldwide Review*. 2001.

OMS. *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023*. (2013).

OMS. *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005*, 2002.

Rio Grande do Sul. *Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares*. Secretaria Estadual de Saúde, 2014.

Recebido: 01/06/2016

Aprovado: 14/07/2016