

Inventando as PICs. Quando terapias alternativas tornam-se Práticas Integrativas e Complementares

Rodrigo Toniol¹ⁱ

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.

O que interesse neste texto 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.ⁱⁱ 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 *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

¹ Doutor em Antropologia Social. Pesquisador de Pós-doutorado da Unicamp, com financiamento Fapesp. Contato: rodrigo.toniol@gmail.com

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 Aureliano (2011:168), 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 os espaços oficiais de saúde. Esses, por sua vez, baseados nos modos diferenciados com que construíram e negociaram historicamente sua legitimidade diante do Estado.

1. 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 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.ⁱⁱⁱ

1.1 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 competente"^{iv}. 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'".^v

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.^{vi}

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 deles (ver: Giumbelli, 1997; Weber, 2003; Maggie, 1992). O caso descrito 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 imbróglio, 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 nomeação — 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 situações (Willis; White, 2014). 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 Barcan (2011) ao descrever a impossibilidade de articulação, por exemplo, entre terapias para aumento da fertilidade 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, 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 à 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.

1.2 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 (Teixeira, 2011:7-8).

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 usuários" (Pinheiro, 2006: 255). Quando compreendida a partir desses movimentos, integralidade diz respeito a uma espécie de noção-amálgama, como sugeriu Ruben Mattos (2006: 46), 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 Camargo (2003) 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 acomodada na sentença de outro pesquisador do tema, José Ricardo Ayres (2006: 11): “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*” (grifos meus).

Diante do reconhecimento dessa indefinição do termo, a saída analítica proposta por autores como Ruben Matos (2006) 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 credices, 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”.^{vii}

Integrativo, nesse caso, refere-se à qualidade de uma prática que *integra* conhecimentos científicos e tradicionais, mantendo-os, no entanto, a salvo de credices. 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 (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 cultural (Brasil, 2006: 4).

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. (Brasil, 2006: 7, grifos meus).

Considerando o *indivíduo na sua dimensão global* (...), a PNPIC corrobora para a *integralidade da atenção à saúde* (...). (Brasil, 2006: 3-4, grifos meus).

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*. (Rio Grande do Sul, 2014: 15, grifos meus).^{viii}

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 terapêuticamente (Kemp; Lewis, 2007: 119), 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.

Na próxima seção seguirei tratando da Política Nacional de PICs, mas farei isso tomando como ponto de partida os próprios eventos históricos e as referências que estão nela citadas. Assim, assumirei a cronologia oficial que culmina com a PNPIC como objeto de reflexão.

2. Práticas Integrativas e Complementares além da PNPIC

Retomar a trajetória da regulação/legitimação da oferta de terapias alternativas/complementares nos serviços de saúde no Brasil pode ser uma tarefa tão extensa quanto reconstituir o próprio estabelecimento da medicina no país. Afinal, perspectivadas num plano de longa duração, essas práticas terapêuticas podem ser associadas, por exemplo, com o secular preparo e uso popular de emplastros e de chás, com as disputas entre práticos e médicos no início do século XX, bem como com os debates envolvendo o ensino da homeopatia nas faculdades de medicina no período em que essas instituições estavam se estabelecendo. Não pretendo empreender um movimento de análise histórica com essa amplitude, meu foco neste artigo está circunscrito aos eventos que, no próprio texto da PNPIC, estão destacados como essenciais e até mesmo condicionantes para a produção da Política. Tais eventos constituem uma espécie de cronologia oficial dos processos de legitimação e de regulação das terapias alternativas/complementares no Brasil.^{ix} Com isso, o objetivo não é reificar essa cronologia que culmina com a PNPIC, mas sim explorar as diferenças nos modos pelos quais alguns dos “pontos” dessa linha histórica trataram as terapias alternativas/complementares. Trata-se de dar visibilidade às diferenças entre aquilo que é apresentado como se fosse parte de um único processo. Para isso dividirei os eventos descritos pela PNPIC em dois grupos. O primeiro concentra os movimentos de demanda pela incorporação das terapias alternativas/complementares no SUS. Já o segundo diz respeito aos processos de regulação que incidiram sobre o uso e a oferta dessas terapias nos serviços públicos de saúde. Aos movimentos de demanda e de regulação quero ainda acrescentar um terceiro eixo que forneceu, conforme a narrativa oficial da PNPIC, as condições e os subsídios para que a Política fosse produzida nos termos de sua publicação, o conceito de racionalidades médicas.

2.1 As demandas pelas terapias alternativas/complementares

O cenário da abertura democrática no Brasil durante a década de 1980 aliado à expectativa do início do processo constituinte, que seria concluído com a promulgação da nova

Constituição em 1988, marcaram o momento histórico da realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986. O evento, seguindo o modelo dos anteriores, foi precedido pelas conferências preparatórias estaduais e municipais, e reuniu mais de 4000 pessoas em Brasília, dentre as quais 1000 delegados representantes de entidades civis e militantes da chamada reforma sanitária. A singularidade daquela Conferência Nacional de Saúde começa pelo ineditismo de um espaço de debates sobre saúde promovido pelo governo, cujos convidados não se limitavam a ocupantes de cargos legislativos e às autoridades do setor. A pluralidade dos debates e a relevância do relatório final da Conferência para a saúde pública brasileira já foi descrita noutros trabalhos (Cortes, 2002). Além de sua importância para o estabelecimento da saúde pública como política prioritária do Estado brasileiro, a 8ª Conferência Nacional de Saúde também foi um evento seminal para políticas mais específicas, tal como a PNPIC.

Na cronologia oficial da Política Nacional de PICs, a Conferência de 1986 é um dos primeiros eventos registrados. Aquela foi uma das ocasiões inaugurais, na história recente, em que as terapias alternativas/complementares foram oficialmente demandadas ao Estado. Tal demanda está expressa em dois trechos do relatório final da Conferência. No primeiro deles, a referência é feita na seção que descreve os sete princípios que deveriam orientar o “novo Sistema Nacional de Saúde”, cito o trecho específico referente às terapias: "introduzir práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o direito democrático de escolher a terapêutica preferida"^x. Sublinho que, nos termos do documento da Conferência Nacional, a oferta de terapias alternativas/complementares está justificada pelo "direito democrático" do usuário de poder escolher "a terapêutica preferida" para ser tratado e não por aspectos relativos ao modo de funcionamento dessas práticas ou por sua legitimidade no campo médico-científico. Igualmente relevante é o fato de que o documento enuncia "práticas alternativas" de modo genérico, sem especificar uma ou outra. A segunda menção às terapias no documento da Conferência demanda a "inclusão, no currículo de ensino em saúde, do conhecimento das práticas alternativas". O pleito, vale destacar, não é pelo apoio do Estado na formação direta de terapeutas, mas sim pela divulgação das terapias e pela sensibilização de outros profissionais da saúde acerca dessas práticas. A diferença é importante porque demandas sobre o ensino das “práticas alternativas” implicam, indiretamente, em definições sobre quais profissionais estão habilitados a procedê-las e esse é um tópico controverso em torno do qual se desenvolveram intensas disputas (ver Toniol, 2015).

Nas Conferências seguintes, as demandas relativas às terapias alternativas/complementares já tiveram outras características. Antes genéricas, a partir de 1986 tornaram-se muito mais precisas, passaram a dirigir-se a terapias específicas e até mesmo

estabeleceram em quais níveis de atendimento essas práticas deveriam ser instituídas no sistema de saúde brasileiro. Esse é o caso da 10ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1998, quando a demanda pelas terapias foi feita nos seguintes termos: “incorporar no SUS, em todo o país, práticas de saúde como a fitoterapia, acupuntura e homeopatia, contemplando as terapias alternativas e práticas populares”.^{xi} Embora enunciadas como exemplos de terapias alternativas, a menção específica à fitoterapia, à acupuntura e à homeopatia não deve ser ignorada. Essas três práticas terapêuticas vinham passando por um extenso processo de regulação durante as décadas de 1980 e de 1990, que resultou, por exemplo, no reconhecimento da homeopatia e da acupuntura como especialidades médicas pelo Conselho Federal de Medicina, e na regulamentação do cultivo e do uso de plantas para fins medicinais por parte da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).^{xii} Foi somente em 2006, com a publicação da PNPIC e, posteriormente, com a elaboração de legislações estaduais e municipais, que o escopo de terapias mencionadas em documentos oficiais foi ampliado. A menção às “práticas populares”, no relatório da 10ª Conferência Nacional de Saúde, por sua vez, é uma tentativa de legitimar o uso e o conhecimento popular sobre chás e plantas independente dos processos farmacológicos de validação desses insumos.

Antes da publicação da PNPIC, a 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2002, também explicitou a demanda pela incorporação de terapias alternativas/complementares no SUS. Logo nas páginas iniciais do relatório do evento, numa seção de avaliação do SUS, as terapias alternativas/complementares são mencionadas como práticas que já deveriam estar incorporadas nas rotinas dos serviços de saúde do país. No texto em que as debilidades do SUS são citadas lê-se: “(...) não são estimuladas alternativas assistenciais menos caras e complexas, de reconhecida eficácia, como os tratamentos e internações domiciliares ou *práticas terapêuticas não hegemônicas, como a acupuntura, fitoterapia e homeopatia*” (grifos meus).^{xiii} Nesse caso, a afirmação das terapias é feita pelo reconhecimento de sua ausência nos serviços de saúde. Tal como na Conferência anterior, a acupuntura, a fitoterapia e a homeopatia são mencionadas como exemplos de práticas terapêuticas “não hegemônicas”. No entanto, ao longo do restante do relatório, a ênfase é quase exclusiva na fitoterapia. Apesar de extensas, vale citar as duas passagens em que essas demandas pela fitoterapia, bastante precisas e pautadas por ações governamentais já existentes, são enunciadas:

Priorizar a implantação de farmácias populares públicas e a utilização de medicamentos genéricos, para racionalizar o gasto com esses insumos, além de investir em práticas terapêuticas alternativas e medicamentos naturais e alternativos.

Os participantes da 11ª CNS recomendam, com ênfase, a implementação de Programa de Fitoterapia na rede pública com regularização do uso de plantas medicinais, garantindo parcerias com universidades para pesquisas e controle de qualidade, e sob fiscalização da Vigilância Sanitária. Recomendam criar legislação que facilite a produção e comercialização de produtos fitoterápicos e plantas medicinais, e implementar programas de incentivo ao desenvolvimento de projetos de fitoterapia e outros tratamentos alternativos, assim como o fomento à implantação de laboratórios fitoterápicos inseridos dentro da Política de Assistência Farmacêutica do Estado. Consideram fundamental o incentivo às terapias naturais, em ações de Promoção da Saúde, integrando saberes populares e científicos, no sentido de desenvolver o acesso dos usuários dos serviços a essas práticas. Propõem a implantação de Programas de Fitoterapia descentralizada para unidades de saúde, escolas e demais instituições nos municípios, por meio de mecanismos (consórcios), sob fiscalização da Vigilância Sanitária Estadual e em conjunto com Assistência Farmacêutica; e o apoio dos gestores do SUS à formação de hortas medicinais nos municípios. Propõem, também, que seja viabilizada a distribuição e garantido o acesso a medicamentos homeopáticos na rede de saúde.^{xiv}

A comparação entre as demandas por terapias alternativas/complementares nessas três conferências interessa não somente pelo modo como foram formuladas, mas, sobretudo, pelas justificativas empenhadas para legitimá-las. Enquanto na primeira conferência citada o direito democrático de escolha da terapêutica pelo usuário é evocado, nas duas seguintes a demanda passa a estar em diálogo, mais ou menos explicitamente, com políticas públicas, órgãos e instituições de apoio e de regulação já instituídos nos serviços de saúde no país. Em certo sentido, ao menos nas justificativas das demandas, a estratégia deixa de estar balizada pelo direito do usuário e torna-se autorreferente ao próprio Sistema de Saúde que, uma vez que as incorporasse, poderia, por exemplo, racionalizar custos e diminuir gastos.^{xv}

Conforme havia sugerido anteriormente, paralelo às demandas pelas terapias alternativas/complementares no SUS, expressas nos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde, ocorreu uma série de processos de controle e de regulamentação dessas terapias no Brasil. A próxima seção será dedicada a esse tópico.

2.2 Modos de regulação e terapias alternativas/complementares

Três anos após a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, a Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (Ciplan) fixou, por meios das resoluções 4, 5, 6, 7 e 8/88, as normas e diretrizes para o atendimento em homeopatia, acupuntura, termalismo, técnicas alternativas de saúde mental e fitoterapia. Todas essas resoluções recomendam, logo em seus parágrafos iniciais, “a implementação da prática nos serviços de saúde”.^{xvi} Em que pese essa convergência, cada uma dessas resoluções trata de uma terapia específica e estabelece normas distintas para elas. As diferenças entre tais normas não são somente de ordem técnica,

mas, sobretudo, estão fundadas em razões políticas. Enquanto o atendimento com homeopatia, por exemplo, é definido como dependente da escolha do usuário, todas as outras terapias são recomendadas como especialidades, ou seja, têm o acesso restrito aos pacientes que, por determinação médica, são a elas encaminhados.

Não cabe aqui recuperar a minúcia das diferenças nas regulações das terapias, mas quero sugerir que normatizar práticas terapêuticas individualmente e não com diretrizes extensíveis a todas elas corresponde a um modelo de regulação das terapias alternativas/complementares específico, que denomino de *diferencialista*. Nesse modelo, as normatizações incidem sobre uma única terapia, atribuindo singularidade a ela e, com efeito, distinguindo-a de outras práticas terapêuticas. Já no modelo de regulação que reconheço como *inclusivista*, as normatizações estão dirigidas, indistintamente, a um amplo conjunto de terapias.^{xvii} A PNPIC, enquanto política não somente de legitimação, mas também de normatização das terapias alternativas/complementares, pode ser considerada, diante desse quadro, como exemplar do modelo de regulação inclusivista. Assim, embora seja possível traçar uma linearidade histórica entre os documentos oficiais dirigidos às terapias, conectando as resoluções do Ciplan, publicadas em 1988, e a PNPIC, lançada em 2006, há significativas diferenças nos modos pelos quais eles legitimam e regulam tais práticas. Minha sugestão é que uma das principais rupturas que a PNPIC estabeleceu com relação às regulações de terapias alternativas/complementares feitas anteriormente no país diz respeito justamente a seu caráter inclusivista. Como mostrarei a seguir, até 2006, quando a política Nacional de PICs foi publicada, o modelo de regulação majoritário era diferencialista. Após a PNPIC as políticas e resoluções dirigidas às terapias passaram a tratá-las como conjunto e não individualmente. Para estabelecer um *continuum* entre as terapias que regula foi fundamental que a PNPIC instituisse o termo englobante *práticas integrativas e complementares*, tratado nas seções anteriores. Sob esse ângulo, a principal característica do termo é sua capacidade de transcender as diferenças técnicas entre as práticas por ele compreendidas, inscrevendo-as num único marco de regulação.

Reconheço desde já que a diferenciação entre esses dois modelos de regulação é provisória e instável. Mesmo nos modelos inclusivistas, como a PNPIC, por exemplo, a diferenciação entre as terapias ocorre na enunciação dos objetivos específicos da Política, que traçam estratégias distintas para cada uma das terapias por ela contemplada. Poderíamos sugerir ainda que todos os modelos inclusivistas são também diferencialistas, na medida que agregam um conjunto específico de terapias e excluem, invariavelmente, um conjunto ainda maior de outras possíveis. Feitas essas ressalvas, insisto que é preciso considerar que há diferenças entre

os processos de regulação/legitimação de uma única terapia alternativa/complementar e processos que as agrupam em conjuntos mais ou menos amplos.

As regulações relativas a oferta de terapias alternativas/complementares nos serviços públicos de saúde, posteriores àquelas da Ciplan, estão sumariamente dirigidas à homeopatia, à acupuntura e à fitoterapia. O fato acompanha o que já havia identificado na análise das demandas pelas terapias feitas a partir das Conferências Nacionais de Saúde. As regulações dessas terapias, contudo, não são um efeito direto das demandas expressas nas Conferências, mas a presença dessas três mesmas terapias nessas duas instâncias é significativamente tributária da capacidade de mobilização que homeopatas e acupunturistas adquiriram após serem reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina. Tal presença também reflete, no caso da fitoterapia, o interesse governamental e da indústria farmacêutica em organizar a produção e a comercialização de plantas medicinais como medicamento e como insumo para pesquisa. A prática de acupuntura, de homeopatia e de fitoterapia também contrastava com as outras terapias alternativas/complementares na medida em que as primeiras conseguiam articular em torno de si associações profissionais e sindicatos, enquanto as outras práticas contavam, até os anos 2000, apenas com frágeis e ainda recentes instituições de representação de seus especialistas. Dito de outra forma, enquanto os homeopatas contavam, ao menos parcialmente, com o lobby dos sindicatos médicos em seu favor, os cromoterapeutas e os reikianos sequer possuíam associações profissionais consolidadas.

Com relação à acupuntura e à homeopatia, a principal ação reguladora após as resoluções da Ciplan foi a inclusão dessas duas práticas na tabela de procedimentos realizados pelo SUS, em 1999.^{xviii} A inclusão seguramente foi um dos mais importantes eventos para as terapias alternativas/complementares na saúde pública brasileira, mas também implicou o início de uma extensa controvérsia acerca de quais profissionais estariam habilitados a proceder tais terapêuticas. O exercício da homeopatia, que já havia sido reconhecida como especialidade pelo CFM em 1980, estava razoavelmente estabelecido como restrito aos profissionais com diploma de medicina e especialização na área. O caso da acupuntura, no entanto, era problemático na medida em que as consultas no SUS, segundo a portaria que normatizou a prática, também estava restrita a médicos especializados e, com isso, excluía profissionais como fisioterapeutas^{xix} e mesmo médicos diplomados na China, cujo título não podia ser validado por instituições brasileiras. O imbróglio acentuou-se com a publicação da PNPIC que afirmou o caráter multiprofissional dessas terapias. Tal afirmação na Política seguiu o caráter generalista do modelo de regulação inclusivista das Políticas de PICs e estava dirigida a todas

as práticas integrativas e complementares, não fazendo referência específica a acupuntura, mas indiretamente habilitando outros profissionais (não-médicos) a procedê-la no SUS. A controvérsia, em seu último (mas sempre provisório) desfecho, teve a sentença do Supremo Tribunal Federal que afirmou a legalidade da prática por diversos profissionais da saúde, desde que tenham especialização na área. ^{xx}

As regulações relativas à fitoterapia, por sua vez, estiveram pouco relacionadas com os profissionais que poderiam operá-la no âmbito dos serviços de saúde do SUS. Três eventos mencionados na cronologia oficial que culmina com a PNPIC dimensionam os termos a partir dos quais a fitoterapia vinha sendo tratada pelas regulações diferencialistas anteriores à portaria que instituiu Política Nacional de PICs.

Na I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária, realizada em 2001, o trecho citado a seguir é descrito como uma meta da Anvisa para os anos subseqüentes:

Revisar a Resolução n ° 17/00, da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, de modo a facilitar o registro de produtos fitoterápicos de origem nacional, e estimular pesquisas com plantas nacionais, a fim de disponibilizar ao consumo produtos com comprovada segurança e eficácia terapêutica, e que esses estudos sejam aceitos na ANVISA, para o registro de medicamentos fitoterápicos. (Brasil, 2001: 62)

Dois anos depois, em 2003, a I Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica, estabelece como meta a ampliação e o estímulo a pesquisa para o desenvolvimento de medicamentos fitoterápicos:

Fortalecer, incentivar, estimular intercâmbio e, se necessário, criar instituições oficiais de pesquisa para o desenvolvimento de insumos farmacêuticos, avaliação das potencialidades da biodiversidade nacional, desenvolvimento de fitoterápicos e outros produtos naturais, validando seu uso. (Brasil, 2003: 70)

Por fim, em 2004, durante a 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, o tópico a seguir é descrito na agenda de prioridades para o atendimento de doenças não-transmissíveis:

Desenvolvimento de novos medicamentos, compostos e formulações, incluindo homeopáticos e fitoterápicos, visando à melhoria do tratamento, redução do alto custo e da dependência [da produção farmacológica] externa. (Brasil, 2004: 94)

Como é possível depreender desses três trechos, as constantes menções à fitoterapia nos documentos de regulação e de legitimação das terapias alternativas/complementares anteriores à PNPIC estão relacionadas menos com seu caráter terapêutico e mais com o potencial farmacológico da flora nacional. Até a publicação da PNPIC, a ênfase majoritária não era no uso clínico dos fitoterápicos, mas nas etapas de pesquisa e de produção desses medicamentos.

Na cronologia da Política Nacional de PICs esses são os últimos atos de regulação que precedem a publicação da portaria que a instituiu.

Ao acompanhar essa breve série histórica das regulações das terapias alternativas/complementares no Brasil, visibilizando a diferença entre os modelos diferencialistas e inclusivistas que as determinaram, é possível dimensionar que a PNPIC não somente abriu a possibilidade para que novas práticas terapêuticas fossem incluídas no SUS, mas também estabeleceu um novo regime de regulação para aquelas que vinham sendo debatidas em instâncias oficiais desde a década de 1980.

Ainda sobre os documentos relativos à fitoterapia, suas características também servem para introduzir a relevância que as pesquisas sobre terapias alternativas/complementares tiveram para a validação do uso dessas práticas no SUS. O tema é uma dimensão central para compreender a própria PNPIC e o modo de uso das PICs em alguns dos ambulatórios, clínicas e hospitais, como descrevi noutro trabalho (XXXXX). Neste texto, opto por manter a atenção nos termos da Política e, por isso, privilegiarei a seguir a importância que alguns pesquisadores e certos conceitos tiveram para a elaboração da PNPIC. E, nesse caso, a ciência em questão não é a medicina ou as *hard sciences*, mas sim a sociologia na sua interface com a saúde coletiva.

2.3 Práticas Integrativas e Complementares e o conceito de racionalidades médicas

Em entrevista com Carmem De Simoni, primeira coordenadora nacional da PNPIC e uma das autoras do texto da Política, pergunto: - *Qual foi o papel dos acadêmicos para a PNPIC? Por exemplo, da Madel Luz?* Com os olhos mareados e a voz embargada Carmem diz:

- ... desculpa [enxugando lágrimas], mas sempre me emociono quando falo disso. Madel é a base conceitual da Política, sem o conceito de racionalidade médica nós não teríamos conseguido nada. Porque eles [agentes do Ministério da Saúde e do CNS] exigiam e nos questionavam ‘qual é a base teórica que vocês estão usando?’ E a gente respondia é Madel Luz, com o *conceito de racionalidades médicas*. Sem Madel a gente não teria dado nenhum passo (Carmem De Simone, entrevista concedida em maio de 2013).

Em que pese a necessidade de apresentar estudos clínicos capazes de comprovar a eficácia das PICs para que as terapias fossem introduzidas no SUS, a principal base de referências acadêmica envolvida na formulação da Política não é oriunda das ciências médicas, mas sim da sociologia. Especificamente o conceito de “racionalidades médicas”, formulado pela socióloga Madel Luz, operou como um termo chave no processo de elaboração e de justificação da PNPIC, servindo para afirmar que as PICs são verdadeiros sistemas médicos complexos e não simplesmente técnicas ou procedimentos. Com efeito, quando enunciadas como racionalidades médicas, a biomedicina, a homeopatia, a medicina tradicional chinesa e a

medicina ayurveda são simetrizadas e suas diferenças são estabelecidas como expressões de seu modelo de racionalidade e não de um hipotético maior ou menor grau de cientificidade.

Embora as produções de autoria de Madel Luz sejam extensivamente citadas na bibliografia de referência da PNPIC, no texto da Política o termo “racionalidades médicas” não é definido em nenhum momento. Quando mencionado na Portaria, o termo funciona quase como sinônimo de práticas integrativas e complementares, como por exemplo na passagem a seguir:

O Ministério da Saúde, atendendo à necessidade de se conhecer experiências que já vêm sendo desenvolvidas na rede pública de muitos municípios e estados, adotou como estratégia a realização de um Diagnóstico Nacional que envolvesse as *racionalidades [médicas]* já contempladas no Sistema Único de Saúde (...) (Brasil, 2006: 13; grifos meus).

Não pretendo aqui realizar uma profunda revisão desse conceito^{xxi}, minha intenção é apresentá-lo como um (outro) *termo da política*. Nesse caso, trata-se, por enquanto, de tomá-lo como objeto de reflexão e não enquanto categoria analítica. Conforme explicitarei a seguir, a importância de fazê-lo justifica-se pelo fato de que, embora o conceito de racionalidades médicas tenha sido central para a PNPIC, descrevê-lo unicamente a partir dos textos de seus teóricos não nos permite compreender os usos dessa categoria nas Políticas de PICs.

Desde 1982 Madel Luz vêm se dedicando à realização de pesquisas sobre os processos de institucionalização e de legitimação da homeopatia no Brasil. Foi somente em 1991, contudo, que suas investigações sobre “sistemas de saúde não hegemônicos” passaram a empregar o conceito de racionalidades médicas e ampliaram seus objetos de análise, contemplando outras práticas terapêuticas além da homeopatia. A seguir, cito um excerto em que Madel Luz articula de modo sintético o desenvolvimento do conceito de racionalidades médicas com sua própria trajetória de pesquisas:

Ao longo de nosso trabalho de pesquisa sócio-histórica, tendo por objeto o que poderíamos designar *cultura médica*, pudemos perceber que esta é profundamente naturalizada, e que a biomedicina, forma de saber erudito que constrói desde o século XVII a medicina ocidental contemporânea, é assumida como única portadora de racionalidade, na medida em que *racionalidade*, nesta cultura, é assimilada à cultura científica. Entretanto, durante o desenvolvimento de nossos estudos sobre a medicina homeopática na década de 80, cremos ter demonstrado que havia ali uma lógica terapêutica e diagnóstica distinta, porém coerente, além de concepções de fisiologia e fisiopatologia estruturadas em plano teórico e empírico, embora diferentes e discordantes das da biomedicina. Em suma, havia ali outra *racionalidade médica*. O fim dos estudos sobre a homeopatia marcou o nascimento da categoria racionalidade médica (...) Nos anos 90, a partir de 1992, iniciamos um estudo teórico sócio-histórico de quatro sistemas médicos complexos: a medicina ocidental contemporânea, a homeopatia, a medicina tradicional chinesa e a ayurveda (medicina indiana). Em 1993, o conceito de *tipo ideal* de

racionalidade médica foi assim definido: ‘é racionalidade médica todo sistema médico complexo construído racional e empiricamente em cinco dimensões: uma morfologia humana [definida na medicina ocidental como anatomia], uma dinâmica vital [definida pela medicina ocidental como fisiologia], uma doutrina médica (definidora do que é estar doente ou sadio, do que é tratável ou curável, de como tratar, etc.), um sistema diagnóstico e um sistema terapêutico. Posteriormente, no início da segunda fase do projeto, tornou-se evidente que uma sexta dimensão, a cosmologia, embasava todas as dimensões das diferentes racionalidades médicas, inclusive a medicina ocidental contemporânea (Luz, 2007:18-19; grifos originais).

O efeito simetrizante do conceito de racionalidades médicas foi capaz de justificar e legitimar a validade da homeopatia, da acupuntura, da medicina tradicional chinesa e da medicina ayurveda no SUS, mesmo que essas práticas não compartilhem das mesmas características morfológicas, vitais, doutrinárias, diagnósticas, terapêuticas e cosmológicas que a biomedicina. Tal qualidade do conceito já foi explicitada e explorada por outros autores (Barros, 2000). Em contrapartida, poucos textos mencionam que, no mesmo passo que racionalidade médica é uma categoria capaz de simetrizar distintas práticas terapêuticas, ela também opera hierarquizações, distinguindo as medicinas que verdadeiramente possuem uma racionalidade daquelas que são apenas terapias ou métodos diagnósticos isolados ou fragmentados. Para Luz, os florais de Bach e a iridologia^{xxii} são exemplares dessas práticas que, “embora possam ser elementos de uma dimensão específica de uma racionalidade médica, são frequentemente utilizadas de forma isolada, deslocadas de um contexto de significados para outro, em ‘colagens’ ou *bricolagens* teórico-práticas, obedecendo mais a uma *lógica empírica de eficácia* que a uma coerência teórica (ou racionalidade) dos sistemas” (Luz, 2007: 147; grifos originais).

A precisão teórica que distingue o que é e o que não é racionalidade médica, explicitando a ambiguidade do conceito que simetriza e, ao mesmo tempo, hierarquiza as terapias que descreve, parece não ter sido observada nas Políticas de PICs, as quais fizeram do conceito uma das principais referências para legitimar a oferta de práticas que, na teoria, não são racionalidades médicas.^{xxiii} Além da fitoterapia e do termalismo, previstos pela PNPIC, mas não enquadrados no conceito de racionalidades médicas, é possível citar muitas outras terapias alternativas/complementares previstas pelas Políticas estaduais e municipais que mesmo não sendo racionalidades médicas são descritas e legitimadas enquanto tais nesses documentos.^{xxiv} Com isso não quero denunciar possíveis inconsistências dessas Políticas. Antes, o que desejo ao apresentar essas diferenças entre o conceito de racionalidades médicas e o seus usos nas resoluções oficiais, é reconhecer a relevância do conceito de racionalidades médicas para a legitimação das PICs sem, contudo, deixar de sublinhar que os *termos da Política* precisam ser

observados *na* Política e não desassociados dela, como se fossem alheios aos contextos em que estão implicados.

Na PNPIC, o conceito de racionalidades médicas operou como seu fundamento teórico, servindo como justificativa acadêmica àquela formulação política. O sentido originalmente atribuído a ele por seus teóricos, no entanto, é subvertido no contexto da Política Nacional de PICs, bem como o escopo do que sejam racionalidades médicas é alargado a ponto de tornar-se sinônimo de práticas integrativas e complementares. As duas categorias, então, assumem equivalência e a intercambialidade entre elas empresta ao termo “práticas integrativas e complementares” a legitimidade do conceito de “racionalidades médicas”. Na política estadual de Santa Catarina, por exemplo, logo no primeiro parágrafo, a inclusão de PICs na rede estadual do SUS é justificada pela necessidade de ampliação das racionalidades médicas disponíveis aos usuários. Por mais sutis que sejam, deslocamentos terminológicos dessa natureza ajudam a compreender o modo pelo qual a semântica da categoria práticas integrativas e complementares vem sendo elaborada e estabelecida desde sua criação, em 2006, com o lançamento da PNPIC.

Na terceira e última parte deste texto prossigo no movimento de ampliação das referências para a descrição dos termos da PNPIC. Depois de ter analisado o emprego das categorias *prática*, *integrativo* e *complementar*, e após ter apresentado os movimentos de demanda, de regulação e de definição teórica das terapias previstas nessa Política, irei, finalmente, analisar o posicionamento da OMS sobre as terapias alternativas/complementares. Com isso, não pretendo reconstituir a trajetória dos posicionamentos e das regulações da Organização Mundial de Saúde sobre terapias alternativas/complementares, mas sim destacar o modo pelo qual as resoluções dessa agência estimularam a oferta das referidas práticas nos serviços de saúde pública dos países associados à agência, bem como salientar as diferenças entre as formas de regulamentação utilizadas por alguns deles.

3. 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.

Um dos primeiros registros do termo medicina tradicional^{xxv} 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.*^{xxvi}

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.*^{xxvii} 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 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. (OMS, 2002:7)

Considerações como essa fazem crer, com afirmou Waleska Aureliano (2011:175), 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.^{xxviii} 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:

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. (OMS, 2002: 5).

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 alternativos 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 (OMS, 2002:2), 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 simetrização entre os diferentes saberes médicos (o que inclui a biomedicina), esse empenho passa pela tentativa de afirmar que medicinas tradicionais são formas culturalmente 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:^{xxix}

- 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 (OMS, 2013:11).

No mesmo documento, a PNPIC brasileira é citada como uma das experiências exemplares de integração da MT/MAC no sistema de saúde nacional.^{xxx} 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 citado^{xxxii}, 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 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/complementares (ver OMS, 2001).

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 PICs (ver XXXX), técnicos da própria Secretaria de Saúde, ligados ao setor da saúde da população negra^{xxxii} 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.

4. À guisa de uma conclusão ou a invenção dos PICs

Um dos eixos articuladores deste artigo é a tentativa de delinear o processo de invenção das Prática Integrativas e Complementares no Brasil a partir da publicação da PNPIC. A ideia de invenção, ainda que latente ao longo do texto, assume aqui um papel central. A partir dela procuro assinalar a emergência dessa categoria englobante como resultado de um extenso processo burocrático, mediado por leis, regulações e políticas, que criou um regime particular para o enquadramento de algumas terapias alternativas/complementares. Ao mesmo tempo, afirmar que as PICs são inventadas é sublinhar que a categoria não simplesmente descreve terapêuticas que já estão aí, mas cria propriamente o que há para ser descrito. Inventar as PICs, portanto, refere-se tanto à produção de um registro burocrático estatal específico para essas práticas, como ao trabalho envolvido em fazer com que terapias alternativas/complementares possam existir como PICs.

Neste texto, concentrei-me nos termos da política, isso é, privilegiei o conjunto de normatizações que cercam as Políticas de PICs buscando explicitar como algumas categorias operam nesses textos oficiais. Ocupei-me dos próprios termos que compõem a categoria englobante em questão, refletindo sobre o uso da ideia de práticas, e das noções de integrativo e de complementariedade. A partir dessa depuração analítica, que privilegia a própria PNPIC como objeto de reflexão, associei a Política às regulações de terapias alternativas/complementares que ocorrem noutros países. O argumento mais geral foi o de que legitimar as Práticas Integrativas e Complementares também é um ato de regulação. Trata-se, portanto, de pensar sobre como os termos da Política trabalham para inventar as PICs.

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) - 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.

CORTES, Soraya Maria Vargas. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. Sociologias 7, 2002, pp.18-48.

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

_____. Espiritismo e medicina: introjeção, subversão, complementaridade.. In: Artur César Isaia. (Org.). Orixás e Espíritos: o debate interdisciplinar na pesquisa contemporânea. Uberlândia: EDUFU, 2006, v. , p. 283-304.

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

LUZ, Madel. Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007.

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

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.

NASCIMENTO, Marilene Cabral do; BARROS, Nelson Filice de; NOGUEIRA, Maria Inês; LUZ, Madel Therezinha. A categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em saúde. Ciências e saúde coletiva, vol.18, n.12, 2013 , pp. 3595-3604.

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

ROCHA, Sabrina Pereira, et al. A trajetória da introdução e regulamentação da acupuntura no Brasil: memórias de desafios e lutas. Revista Ciência & Saúde Coletiva 20.1, 2015.

SANTOS, Francisco Assis da Silva, et al. Acupuntura no Sistema Único de Saúde e a inserção de profissionais não-médicos. Revista Brasileira Fisioterapia 13.4, 2009, pp. 330- 340.

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

TESSER, Charles Dalcanale; LUZ, Madel Therezinha. Racionalidades médicas e integralidade. Ciências. saúde coletiva. 2008, vol.13, n.1, pp. 195-206.

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

Documentos Consultados

BRASIL. Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação - CIPLAN. Resolução nº 4, 5, 6, 7, 8 de 08 de março de 1988. Diário Oficial da União, Brasília- DF, 11 de março de 1988.

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 . Secretaria de Assistência a Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS, 2001

BRASIL. I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília : Ministério da Saúde 2001.

BRASIL. I Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília : Ministério da Saúde 2003.

BRASIL. 2º Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde. Brasília : Ministério da Saúde 2004.

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

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

OMS. "Estratégia 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.

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

ⁱⁱ Assim como o Rio Grande do Sul, outros estados também aprovaram suas próprias Política 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.

ⁱⁱⁱ 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*.

^{iv} Apelação cível nº 0033780-12.2006.404.7100/RS

^v Ação civil pública nº 2006.71.00.033780-3/RS

^{vi} Fonte: <http://goo.gl/qCjmhM> (Consultado em 22/06/2014).

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

^{viii} Esse último trecho foi extraído da PEPIC/RS e explicita o caráter não restrito à Política Nacional que a associação entre “integralidade” e o modo holístico de tratamento do sujeito tem nas Políticas de PICs.

^{ix} Essa referida cronologia foi originalmente apresentada pela PNPIC. Desde então ela é reproduzida em diversas legislações estaduais de PICs e noutros documentos oficiais do ministério da saúde.

^x Fonte Relatório final da VIII Conferencia Nacional de Saúde. Disponível em: <http://goo.gl/F6DqZ5> (Consultada em 01/02/2014).

^{xi} Fonte: Relatório final da X Conferência nacional de saúde. Disponível em: <http://goo.gl/PgyKcm> (Consultado em 12/02/2014).

^{xii} A homeopatia e a acupuntura fora reconhecidas como especialidades médicas pelo Conselho Federal de Medicina a por meio das resoluções 1000, de 04 de junho de 1980 e 1.455, de 11 de agosto de 1995, respectivamente.

^{xiii} Fonte: Relatório final da XI Conferência nacional de saúde. Disponível em: <http://goo.gl/IKqHbh> (Consultado em 12/02/2014).

^{xiv} Fonte: Ibidem.

^{xv} A variação nas categorias englobantes utilizadas nas Conferências para fazer referência aquilo que, a partir de 2006, seria enquadrado sob o termo “Práticas Integrativas e Complementares” também é emblemática do período em que as terapias

alternativas/complementares ainda careciam de ampla regulação. Na primeira Conferência mencionada, ocorrida em 1986, o termo utilizado é “práticas alternativas”, na seguinte, em 1998, o termo passa a ser “terapias alternativas”. E, em 2002, a referência é às “práticas terapêuticas não hegemônicas”.

^{xvi} Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação - CIPLAN. Resolução nº 4, 5, 6, 7, 8 de 08 de março de 1988. Diário Oficial da União, Brasília-DF, 11 de março de 1988.

^{xvii} Giumbelli (2006) opera em termos semelhantes para analisar o caso da relação entre medicina e espiritismo.

^{xviii} A inclusão desses dois procedimentos na tabela do SUS foi justificada pelas resoluções do Ciplan anteriormente descritas. Fonte: Portaria GM Nº 1230 de outubro de 1999 (Consultada em 02/03/2014).

^{xix} A fisioterapia foi a primeira categoria profissional reconhecida pelo ministério da saúde a legitimar o uso de acupuntura. Sobre o tema, ver Santos, et. al, 2009.

^{xx} Para uma análise dessa controvérsia ver Rocha, et. al., 2015.

^{xxi} Para tal revisão, ver Nascimento; Barros; Nogueira; Luz, 2013.

^{xxii} Ver Tesser; Luz, 2008.

^{xxiii} Além da Política Nacional de PICs, regulações estaduais e municipais também o fazem, como é o caso, por exemplo, do Rio Grande do Sul, de Santa Catarina, de Minas Gerais e da cidade do Rio de Janeiro.

^{xxiv} Madel Luz chama as práticas que não possuem as seis dimensões citadas anteriormente de *racionalidades terapêuticas*, ver Luz, 2007.

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

^{xxvi} Fonte: OMS, Conferência Internacional. 6-12 Setembro 1978 – Cuidados primários de saúde: declaração de Alma-Ata. Lisboa: Gabinete de Estudos e Planeamento, 1978.

^{xxvii} 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).

^{xxviii} 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.

^{xxix} 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.

^{xxx} 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).

^{xxxi} Para um extenso balanço da OMS sobre a situação as políticas de MT/MAC entre seus países membros, ver OMS, 2001.

^{xxxii} 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.