

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA

**HOMEOPATIA NO SUS: UMA ANÁLISE DA CONTROVÉRSIA
CIENTÍFICA A PARTIR DA POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS
INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES.**

Tiago de Almeida Garcia Lorenzo

Brasília

2017

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA

**HOMEOPATIA NO SUS: UMA ANÁLISE DA CONTROVÉRSIA
CIENTÍFICA A PARTIR DA POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS
INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES.**

Tiago de Almeida Garcia Lorenzo

Orientação: Prof. Dr. Michelangelo Giotto Santoro Trigueiro

Dissertação apresentada ao Departamento de
Sociologia da Universidade de Brasília/UnB
como parte dos requisitos para a obtenção do
título de Mestre.

Brasília

2017

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**HOMEOPATIA NO SUS: UMA ANÁLISE DA CONTROVÉRSIA
CIENTÍFICA A PARTIR DA POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS
INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES.**

Tiago de Almeida Garcia Lorenzo

Orientação: Prof. Dr. Michelangelo Giotto Santoro Trigueiro

Banca: Prof. Dr. Prof. Dr. Michelangelo Giotto Santoro Trigueiro (UNB)
Prof. Dr. Fabrício Monteiro Neves (UNB)
Prof. Dr. Roberto Muniz Barretto (CNPQ)
Prof. Dr. Tiago Ribeiro Duarte (UNB)

Brasília

2017

AGRADECIMENTOS

Todo agradecimento é uma forma de injustiça. Faltaria papel se eu citasse todas as pessoas que de uma forma ou de outra fizeram esse trabalho possível. Contudo, talvez a injustiça fosse maior se eu não escrevesse o nome de algumas delas, e por isso o fiz aqui.

Agradeço ao Professor, Orientador e Amigo Michelangelo Trigueiro, pelo carinho, pela força, pelos longos papos e por me abrir ao campo da Sociologia e da Ciência compartilhando inquietudes tão parecidas.

Agradeço ao Professor Fabrício Neves, por sua sensibilidade, sua confiança e por todo o apoio nos momentos mais difíceis.

Agradeço aos Dr. Roberto Muniz e ao Professor Tiago Ribeiro por terem aceitado a missão de compor a banca apesar de tantos percalços e do tempo curto.

Agradeço ao Professor Edson Farias, responsável pela minha paixão por Sociologia. Agradeço-lhe não só a isso, mas ao apoio em todos esses longos anos, à paciência, às conversas, ao carinho.

Agradeço a Patrícia Rodrigues, Ana Paula Costa, Gabriella e a todo o pessoal da secretaria de graduação e pós da Sociologia da Unb a quem eu dei (e dou) tanto trabalho.

Agradeço a minha família que é minha sorte e meu privilégio. Obrigado mãe, dona Ana, por ser meu exemplo de força, por estar aqui comigo a qualquer distância, e pelo som da sua risada. Obrigado pai, por me fazer curioso e querer saber das coisas, por me servir de espelho, pelo som do violão. Obrigado Lipe, por me fazer sentir tão orgulhoso pelo homem que você se tornou. Obrigado Peu, por me trazer de volta o sabor da infância, da adolescência e pelo futuro que ainda vamos partilhar e você não tem nem ideia. Obrigado Ritinha pelo carinho, pela paciência, pelo acolhimento. Obrigado Oli pela música, pelas histórias, pelos papos.

Agradeço a Carol, minha companheira, por me ensinar tanta coisa todo dia, por me apoiar e me puxar pela mão, pelas cantorias e danças à tardinha.

SUMÁRIO

RESUMO	6
INTRODUÇÃO.....	8
CAPÍTULO I: MATERIAL E MÉTODOS	13
CAPÍTULO II: A CONEXÃO HOMEOPATIA – EPISTEMOLOGIA	15
II. I) A abordagem clássica da sociologia da ciência:	16
II. II) O programa forte e a escola construtivista:	18
II. III) Epistemologia e linguagem	20
II. IV) Local, raça, gênero e epistemologia.....	21
II. V) Especialistas e expertise leiga.....	23
CAPÍTULO III: ESTRATÉGIAS HOMEOPÁTICAS NO BRASIL	27
CAPÍTULO IV: A CONTROVÉRSIA ATUAL ENTRE HOMEOPATIA E MEDICINA CONVENCIONAL	34
IV. I) O eixo epistemológico.....	34
IV. II) O eixo pragmático	43
CAPÍTULO V: HOMEOPATIA: DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE À POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES.	49
V. I) As práticas integrativas e complementares como aparecem na Organização Mundial de Saúde.	49
V. II) A homeopatia no sistema de saúde antes da PNPIC.	58
V. III) A construção da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares.	60
CAPÍTULO VI: ANÁLISE DO TEXTO DA PNIC	65
CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
BIBLIOGRAFIA:	78

RESUMO

A inquietude intelectual que moveu esse trabalho se traduz na seguinte pergunta: Como se cristalizam nas práticas sociais o embate entre diferentes concepções epistemológicas? Para respondê-la escolheu-se investigar a controvérsia entre medicina convencional e medicina homeopática e suas estratégias de legitimação no campo da saúde e da ciência. A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) se mostrou um campo fértil para essa análise. Ela é a política de saúde de âmbito nacional que rege sobre a inclusão da homeopatia no Sistema Único de Saúde, e como tal, é o grande resultado social concreto de choques, rearranjos e estratégias mobilizados por apoiadores e detratores da homeopatia. Verificar através da PNPIC de que forma a arena político-burocrática se apropriou e traduziu conflitos da arena epistemológica foi o esforço que pretendi cumprir. A metodologia escolhida para tal foi baseada em pesquisa documental e análise de discurso, numa busca por dados que exprimissem de que forma a controvérsia entre a medicina convencional e a homeopática acabariam por definir a política nacional de saúde. O documento que apresenta a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares foi foco da análise, pois é essa a política que estabelece as diretrizes para o uso da homeopatia enquanto prática terapêutica dentro do Sistema Único de Saúde. Os documentos oficiais e normativos por ela citados compuseram o resto do esforço analítico do trabalho, com destaque para a Estratégia da Organização Mundial de Saúde sobre medicina tradicional, lançada em 2002. Ao final verificou-se que o contexto intelectual que promoveu certa “cultura epistêmica” mais relativista foi fundamental para a reorganização das estratégias pragmáticas adotadas pelos disputantes. Notou-se uma espécie de afinidade eletiva entre essa “cultura epistêmica” e o cenário político que se desenrolava, o que acabaria por facilitar a entrada da homeopatia no Sistema Único de Saúde apesar das desconfianças da medicina convencional hegemônica.

Palavras chave: Homeopatia, Epistemologia, Controvérsia, Ciência.

ABSTRACT

The intellectual disquietude that moved this work can be translated into the following question: How do social practices crystallize the clash between different epistemological conceptions? In order to answer it, it was chosen to investigate the controversy between conventional medicine and homeopathic medicine and its strategies in the search for legitimacy in the field of health and science. The National Policy on Integrative and Complementary Practices (PNPIC) proved to be a fertile field for this analysis. It is the national health policy that governs the inclusion of homeopathy in the Unified Health System, and as such, is a concrete social result of shocks, rearrangements and strategies mobilized by supporters and detractors of homeopathy. Using the PNPIC to verify how the political-bureaucratic arena appropriated and translated conflicts of the epistemological arena was the main goal of this work. The methodology chosen was based on documentary research and discourse analysis, in a search for data that explain how the controversy between conventional medicine and homeopathic medicine would eventually define the national health policy. The document presenting the National Policy on Integrative and Complementary Practices was the focus of the analysis, since it is the policy that establishes the guidelines for the use of homeopathy as a therapeutic practice within the Unified Health System. The official and normative documents cited by the policy were also analyzed, in special the World Health Organization's Strategy on Traditional Medicine, launched in 2002. At the end, it was found that the intellectual context that promoted a more relativistic "epistemic culture" was fundamental to the Pragmatic strategies adopted by the disputants. There was a kind of "elective affinity" between this "epistemic culture" and the political scenario, which end up facilitating the entry of homeopathy into the Unified Health System despite the suspicions of conventional medicine.

Key words: Homeopathy, Epistemology, Controversy, Science.

INTRODUÇÃO

No dia cinco de fevereiro de 2011, em pelo menos três cidades do Brasil, ativistas se reuniram para tomar uma “overdose” de compostos homeopáticos. Era o núcleo brasileiro do 10.23 (uma referência ao número de Avogadro¹), movimento que já havia acontecido um ano antes na Inglaterra e que se tornara mundial. O objetivo do protesto era demonstrar que a homeopatia não funcionava, e que, portanto, não deveria ser financiada pelo Sistema Único de Saúde ou referendada pelo Conselho Federal de Medicina. O protesto foi noticiado por grandes e tradicionais portais midiáticos na internet, tais como Folha de São Paulo (GENESTRETI, 2011); Estado de São Paulo (TOLEDO, 2011) e UOL notícias (2011), gerando uma forte reação. A associação médica homeopática brasileira, por exemplo, lançou nota oficial sobre o episódio, defendendo a homeopatia dos ataques e reforçando sua eficácia e seu potencial terapêutico (AMHB, 2011). Nas redes sociais o debate se deu de maneira intensa e apaixonada, mobilizando diversos sites e blogs em defesa de uma ou de outra visão.

A cada ano o furor se reinicia, desde que o Ministério da Saúde propôs a possibilidade de tratamento da dengue por compostos homeopáticos, deixando a cargo dos municípios a escolha em se utilizar ou não. Alguns municípios acataram a medida fazendo com que conselhos regionais de medicina condenassem publicamente a notícia. (CREMERN, 2011)

Esses dois sistemas médicos se apoiam em princípios distintos, muitas vezes compreendidos como contraditórios. A lógica interna do sistema homeopático encontra dificuldade em se traduzir na linguagem da medicina convencional sustentada nos pilares da Ciência hegemônica. Não é difícil entender a resistência à homeopatia pela medicina convencional quando se olha para seus princípios. De maneira simplificada eles são:

1- 10 Número de Avogadro é o número de moléculas contidas em um mol de qualquer substância, sua menção é uma referência ao fato de que as constantes diluições necessárias para o composto homeopático fariam com que não restasse na fórmula qualquer molécula do princípio ativo.

- Princípio da lei dos semelhantes: uma enfermidade deve ser curada através do emprego da mesma substância que a provoca.
- Princípio da experimentação em pessoa sadia: os testes de medicamentos homeopáticos devem ser realizados em pessoas sadias. Se determinada substância for capaz de fazer surgir certo conjunto sintomático em um indivíduo sadio, a mesma substância irá curar um indivíduo doente que apresente o mesmo conjunto sintomático.
- Princípio das doses infinitesimais: o medicamento a ser aplicado precisa ser drasticamente diluído e “despertado” ao ser intensamente agitado. Processo que é chamado de “dinamização”.
- Princípio do medicamento único: Existe um medicamento específico para cada paciente, e é aquele que contenha o maior número de estímulos para os sintomas que ele apresenta. Sendo assim, somente um medicamento deve ser administrado por vez.

São princípios que parecem totalmente estranhos e sem sentido para a lógica da biomedicina, que não vê nenhuma justificativa racional para adotá-los. Ao contrário, tais princípios negariam frontalmente as leis da bioquímica. Ao mesmo tempo, a homeopatia é um sistema médico vitalista, o que significa dizer que reconhece uma entidade, chamada normalmente de “força vital” ou “energia vital”, que não faz parte do arsenal ontológico da medicina convencional. Essa energia vital seria um princípio imaterial, que “anima” o organismo material, ou seja, lhe dá vida e equilíbrio. O indivíduo doente é um indivíduo que estaria com essa energia vital desequilibrada por algum motivo.

Talvez ainda mais controversias sejam as pesquisas clínicas que estudam a homeopatia. Nos últimos anos diversas revisões sistemáticas e meta-análises se debruçaram sobre o tema da homeopatia e todas chegaram à mesma conclusão de que a homeopatia não teria eficácia maior que o placebo, ao ponto de uma das mais importantes publicações médicas, a Nature, chegar a decretar o fim da controvérsia e a derrota da homeopatia. Obviamente o fim da controvérsia não acontece por decreto, e os homeopatas foram rápidos em apontar que o tipo de desenho metodológico que a medicina convencional costuma usar para medir eficácia de medicamentos não serve para se avaliar o tratamento homeopático, e que seria esse o motivo de tantos resultados negativos. Por sua vez, os estudos propostos

pelos próprios homeopatas não costumam ser aceitos pela comunidade científica, pois teriam erros metodológicos graves. Sem consenso sobre como avaliar o tratamento homeopático, a controvérsia segue.

Apesar disso, mesmo em um ambiente que poderia parecer à primeira vista infértil para o crescimento da homeopatia, esse sistema médico conseguiu angariar uma carteira importante de pacientes e ir sendo legitimado mais ou menos ativamente pelo Estado até finalmente ser organizado e implementado nacionalmente. Observar quais foram os recursos, estratégias e discursos mobilizados pelos adversários nas trincheiras da guerra simbólica que fizeram com que isso fosse possível foi o esforço que pretendi cumprir.

Quando analisado, esse embate tem o potencial de revisitar diversas questões clássicas da sociologia da ciência e também da sociologia da saúde. É uma investigação de um conflito por legitimação simbólica dentro do campo da saúde e da ciência, onde entram em jogo concepções sobre o que é ciência; a noção de eficácia; saúde como ciência versus saúde como terapêutica, entre tantos outros. Para além do aspecto teórico, essa contenda gera consequências sociais práticas, afinal, se é verdade que o processo de racionalização orientou o Estado e suas políticas a se basearem em argumentos fundamentados pela razão, e, ao mesmo tempo, concedeu à ciência um papel especial no poder de nomear o que as coisas são, então as disputas por esse capital simbólico se refletem nessas políticas de Estado, que no campo da saúde acabarão influenciando nas formas de atenção à saúde e tratamento dos cidadãos.

As controvérsias sobre a homeopatia ou mais amplamente às chamadas “práticas integrativas e complementares”, nas quais a homeopatia se inclui, continuam fortes e presentes, com o poder de definir e orientar políticas de saúde do Estado e movimentar milhares de reais. O investimento do ministério da saúde em tratamentos homeopáticos vem crescendo, em 2008 foram investidos cerca de três milhões de reais, muito pouco para alguns, desperdício para outros. A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), criada em 2006, é a política pública que orienta a atuação dessas práticas no Sistema Único de Saúde, e é ela um dos alvos do protesto do 10.23. As chamadas PICS atendidas na política são cinco: Medicina Tradicional chinesa, Homeopatia, Fitoterapia, Termalismo, e Medicina Antropofásica. Embora cada uma dessas práticas também esteja enredada em suas próprias controvérsias, o foco desse trabalho se direcionou ao caso da presença na política da homeopatia em particular.

Alcançar a presença em uma política nacional não se dá simplesmente através de debates sobre princípios médicos ou através de pesquisas em revistas médicas. Há toda uma série de disputas político-pragmáticas que precisaram ser vencidas para que a homeopatia chegasse aonde chegou. Vários eventos sociais contribuíram para sua construção nos mais diversos níveis de atuação. Eventos que têm a ver com interesses de grupos de dentro e fora do país, e que variam em organização, capilaridade no Estado e poder. Eventos de dimensão mais macro-sociológica que têm a ver com crítica cultural, ambiente intelectual, momento político do país, e eventos de dimensão mais micro-sociológicas, como a atuação de figuras importantes, a forma como a política foi construída, e as estratégias textuais usadas no corpo da política. Fazer visíveis esses eventos e interconectá-los foi um dos objetivos do trabalho.

A controvérsia homeopatia-alopatia não começou, é claro, com a construção da PNPIC. Ela tem uma longa história que data desde seu surgimento na Europa nos idos de 1796, e continuou no Brasil com sua chegada em 1841. Retomar um pouco da história dessa controvérsia, chamando a atenção para as estratégias que os homeopatas foram utilizando e para os bloqueios que foram sofrendo, é importante para dar uma ideia do processo que fez a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares possível. A reconstrução histórica dessa controvérsia no Brasil também foi buscada nesse trabalho.

Pretende-se ainda apresentar a forma que a controvérsia a respeito da homeopatia tomou nos dias atuais. Identificar os termos da disputa, as dificuldades de consenso, os acordos e as estratégias utilizadas por defensores e detratores. Somente compreendendo esse embate mais geral é possível entendê-lo no campo da política pública.

Quando o Estado aponta para o uso de outros sistemas médicos no Sistema Único de Saúde, ele parte do pressuposto de que isso gerará um ganho na saúde pública. O potencial de incremento na qualidade da saúde pública é o grande “interesse público” no qual se baseia a PNPIC. Quando certos grupos hoje clamam pelo fim do atendimento da homeopatia no SUS, o “interesse público” referido é o mesmo: uma melhor saúde pública. A diferença é que esses grupos afirmam que a homeopatia não seria capaz de realizar essa promessa.

Fica claro portanto que há um debate sobre o “funcionamento” da homeopatia. Debate que não é simples, visto que a avaliação da capacidade de um sistema médico gerar saúde já é um tema cheio de controvérsias por si só. Como definir saúde? Avaliar por que critérios? Através de quais metodologias? É então um debate que possui uma dimensão epistemológica importante, e que não se dá isoladamente do debate epistemológico mais geral. Uma breve

visão panorâmica desse debate intelectual mais geral será proposta, mas sempre com o foco direcionado para a sua interlocução com a controvérsia sobre a homeopatia.

É preciso deixar claro que dissertação não é uma avaliação dos impactos da política pública. Tampouco pretende definir se a homeopatia funciona ou não funciona. Este trabalho quer trazer à luz as controvérsias tanto políticas quanto epistemológicas que giram em torno da presença da homeopatia no Sistema Único de Saúde. Sem a pretensão de encerrar o debate ou apontar vencedores, esse trabalho se propôs a deixar transparente o campo de batalhas, e se bem sucedido, ajudar a qualificar a disputa, disponibilizando ainda mais recursos a serem usados por gestores e usuários do sistema de saúde.

CAPÍTULO I: MATERIAL E MÉTODOS

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) é um artefato sociológico interessante. Apesar de não significar o fim da controvérsia em si, é, no entanto, um resultado concreto de uma das etapas desse conflito. Conflito que o Estado foi obrigado a responder. É ela a política de saúde de âmbito nacional que rege sobre a inclusão da homeopatia no Sistema Único de Saúde, e como tal, é a grande decorrência social dos choques, rearranjos e estratégias mobilizados por apoiadores e detratores da homeopatia. É esse o motivo de ela ter sido escolhida como centro da análise sociológica.

Outros documentos, referenciados no texto da PNPIC, se mostraram importantes. Tratavam de temas que esclareceram a justificação da política e apontaram para valores por ela defendidos. Por esse motivo acabaram complementando o corpus de análise. Foram eles:

1. O documento "Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2002- 2005".
2. O relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS).
3. O relatório do 1º Fórum Nacional de Homeopatia, intitulado "A Homeopatia que queremos implantar no SUS".
4. As Atas do Conselho Nacional de Saúde que discutiram e aprovaram a PNPIC

A ideia foi focar a análise numa dimensão qualitativa que desse conta dos sentidos, valores, estratégias, concepções políticas e epistemológicas lá expressos. Os silêncios e as ausências também interessaram, eles se mostraram tão importantes e expressivos quanto o que se encontrou explícito. Dos textos pretendeu-se extrair a forma pela qual a homeopatia foi justificada como um dos sistemas médicos que teriam potencial de incrementar a saúde pública. Também esclarecer quais as dificuldades e oportunidades que os grupos que defendem o sistema médico homeopático tiveram para legitimar sua presença na PNPIC, e identificar quais pressupostos epistemológicos habitariam o subterrâneo dessa disputa.

Não fez parte do escopo desse trabalho aprofundar-se no pesado e longo debate epistemológico geral. Tampouco adentrar nos meandros da Filosofia da Ciência. A proposta dessa dissertação é muito mais analisar empiricamente uma controvérsia científica a partir da sua concretização em uma política pública. O referencial teórico serviu como apoio para que se pudesse compreender a dimensão epistemológica da controvérsia sobre a homeopatia e sua conexão com o debate epistemológico mais geral das ciências sociais. Ele é usado para ajudar mapear certa “cultura epistemológica” dos atores e identificar alguns pressupostos epistêmicos em suas posições.

Para a reconstrução da história da homeopatia no Brasil e das estratégias utilizadas por homeopatas em busca da legitimação de sua prática foram usadas fontes secundárias. São poucos os trabalhos direcionados a isso, e a narrativa costuma ser construída por homeopatas ou por apoiadores. Nesse sentido procedeu-se uma leitura crítica dessas fontes. Para a descrição de como a controvérsia vem se atualizando nos dias atuais foram buscadas discussões na imprensa, nos periódicos científicos, e nas revistas de divulgação científica e homeopática. Comunicações oficiais de entidades de classe também foram acessadas. O levantamento dos grupos em disputa, das instituições, e dos atores importantes ao tema foi feito a partir de uma espécie de “bola de neve documental” que partiu do texto da PNPIC. Cada documento descrevia uma rede de atores e instituições que fazia referência a novos documentos que citavam outros atores e assim por diante.

Analisando os modos como a PNPIC “resolveu” o conflito, pretendo contribuir para a investigação de uma questão clássica:

Como se deu nesse caso a relação entre ciência e política? E mais especificamente:

Como a arena político-burocrática se apropriou e traduziu conflitos da arena epistemológica? De que forma a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) consolidou esse debate? De que modo essa política reverberou as estratégias e argumentos utilizados por detratores e defensores da homeopatia no debate sobre sua legitimidade, limites, e papéis a cumprir no Sistema Único de Saúde? Quais foram por fim os fatores epistemológicos e/ou pragmáticos decisivos para a vitória da inclusão da homeopatia no SUS que se encontram expressos no texto da política?

CAPÍTULO II: A CONEXÃO HOMEOPATIA – EPISTEMOLOGIA

Eis algumas formas de se descrever a homeopatia:

“A homeopatia é um sistema médico possuidor de racionalidade própria” (CORRÊA ET AL, 2006); “A Homeopatia é um sistema terapêutico” (AMHB, 2014); “A homeopatia como ‘tradição de cura’” (TESSER, 2004); “Homeopathy is nothing but an elaborate system for delivering placebos” (HALL, 2012); “modelo da racionalidade homeopática” (GALHARDI ET AL, 2012); “Homeopatia: ciência, filosofia e arte de curar” (TEIXEIRA, 2006); entre outras.

Tais descrições já pressupõem certas concepções epistêmicas específicas. Para alguns a homeopatia é um conhecimento de racionalidade específica, não científico, porém válido. Para outros, pode ser considerada ciência mesmo tendo como base as exigências epistêmicas biomédicas. Já para um terceiro grupo é uma prática que sequer poderia ser considerada um conhecimento válido. Essas não são posições homogêneas em unidades discretas. Há todo um continuum e intercruzamentos de concepções possíveis a serem avaliadas.

Dentro deste cenário, como é possível então a construção de consensos em situações em que as próprias normas que definem o que é conhecimento seguro e válido não são consensuadas? Se as diversas controvérsias já aparecem em situações em que os participantes concordam com a regra do jogo científico, como se estabelece um diálogo entre participantes que não legitimam os mecanismos de dissolução de conflitos e nem partilham uma base comum que sustente a possibilidade do convencimento? Em outras palavras: como lidar com o contato entre diferentes “regimes de verdade”? (FOUCAULT, 1981). Tais regimes não se dão isoladamente, e seu contato, como no caso do conflito entre homeopatia e medicina convencional é muitas vezes conflituoso e por vezes incompatível.

As diversas concepções epistêmicas que aparecem na variedade de descrições possíveis da homeopatia não vieram do nada. Fazem parte de todo um debate epistemológico mais geral que atravessa a história do pensamento filosófico. Uma breve visão panorâmica desse debate já irá ajudar a ver suas conexões e consequências para a controvérsia a respeito da homeopatia.

O tema do conhecimento é um tema que atravessa boa parte da história da humanidade, e é um debate que provavelmente será travado até o fim dos tempos. Na filosofia ocidental a discussão se transforma na disciplina da “epistemologia” e se torna o lócus central dos debates intelectuais sobre o tema. Com o tempo, porém, outras áreas do conhecimento como a história e as ciências sociais se juntaram ao estudo do assunto. Autores como Merton (1968), Bourdieu (1983) e Thomas Khun (2010) são três ícones do que ficara conhecido como a abordagem clássica da sociologia da ciência. São perspectivas que inovaram ao pensar a ciência como instituição social, e a produção do conhecimento como parte do jogo das relações sociais.

II. I) A abordagem clássica da sociologia da ciência:

Merton, no debate com o neo-positivismo do Círculo de Viena, realça a ideia da ciência como mais um produto cultural humano, e como tal, permeado por valores e costumes sociais. Com isso, quer superar a compreensão de ciência como puro conjunto de processos racionais cognitivos ocorridos na mente dos cientistas. A preocupação mertoniana, entretanto, é normativa. Ao lidar com os impactos do nazismo e do comunismo no empreendimento científico, o autor se preocupa com o enviesamento que forças externas à lógica “propriamente científica” poderiam trazer para seu bom funcionamento. O autor faz então uma denúncia, e seu argumento se esforça em defender talvez até mais que uma autonomia, quase uma “pureza” da esfera científica contra os perigos do mundo dos homens. O aspecto cognitivo da ciência deveria, para o seu próprio bem, ser protegido da política (que lhe seria externa).

Em outro lado da trincheira epistemológica, podemos localizar Thomas Kuhn. Numa obra incontornável, fonte de querelas que reverberam até hoje, Kuhn reedita a historiografia da ciência, que em sua forma tradicional era vista como uma série de acúmulos e feita de “gênios” e descobertas. Diferentemente de Merton, Kuhn não tem maiores preocupações normativas, seu objetivo é o de fazer uma melhor descrição de como a ciência funcionaria. Nesse sentido, ao se perguntar como seria possível diante de duas teorias que se anulam, chamá-las ambas de científicas, o autor introduz o conceito de paradigma, que, de uma forma ou de outra, é vocabulário comum em muitas discussões epistemológicas atuais.

O papel do acúmulo na história da ciência era agora restrito ao momento da “ciência normal”, em que determinado paradigma vigente dita a forma como os cientistas tratarão seus objetos e criarão seus modelos explicativos. Esse grande “consenso” que é o paradigma estaria, no entanto, potencialmente ameaçado, e poderia ruir a qualquer tempo, dando lugar a um novo. Ergue-se a ideia de ruptura. Kuhn irá defender esse seu modo de ver a história da ciência citando diversos exemplos de momentos em que tais rupturas teriam ocorrido. Talvez contra a previsão do próprio autor, essa perspectiva acabaria por trazer certa “insegurança epistemológica”. Se a “verdade” pode mudar através do tempo, a ideia de objetividade precisaria ser reavaliada. Fortalecem-se posições mais relativistas.

Bourdieu aparece entre uma e outra perspectiva, discordando, porém trazendo aspectos de ambas. O autor salienta a dimensão política que ocorre dentro do fazer científico. Ele chega a afirmar que seria inútil tentar separar a dimensão política da cognitiva nos estudos sobre a ciência. Aqui ele dá um passo a mais que Merton, que localizava a política somente no exterior do fazer científico, e o traz para o seu interior. O próprio fazer científico é também um fazer político, diria Bourdieu. O autor não abandona completamente um lado normativo, no entanto. Ele defende, por exemplo, uma sociologia da ciência que não se esqueça de que o debate epistemológico é também político, sob pena de se fazer má sociologia. “Cada sociólogo é bom sociólogo de seus concorrentes”, mas se quiser ser honesto intelectualmente e, portanto, um melhor sociólogo, seria preciso reconhecer sua própria posição no campo como também uma posição política.

O campo científico é o conceito chave do qual Bourdieu se utiliza para descrever os mecanismos do fazer científico. E aqui ele se debruça nas instituições sociais (principalmente educacionais) que formariam esses campos e desenhariam as regras do jogo em que a comunidade científica batalha por mais e mais capital científico (legitimidade e poder para definir o que é ou o que não é boa ciência, angariar verbas para tais projetos em detrimentos de outros, participar do conselho editorial que aprovará ou negará futuros trabalhos, etc.). Vê-se que diferentemente de Kuhn, em que o conflito é um momento pontual e revolucionário, para Bourdieu ele é recorrente, e parte mesma do dia-a-dia do fazer científico.

Nota-se que os três autores aqui citados centram suas análises da ciência nas relações interpares da comunidade científica. Sem dúvida aspecto importante, mas que deixa de lado sua interconexão com as outras esferas sociais, cada dia mais imbricadas no domínio outrora profundamente esotérico da ciência. Essa é uma das críticas que a abordagem clássica da sociologia da ciência recebeu e que será enfrentada por outras correntes e concepções.

II. II) O programa forte e a escola construtivista:

David Bloor (2010) é o grande nome do “Programa Forte” da sociologia da ciência, cuja análise passa a penetrar nas dimensões mais cognitivas e pretensamente objetivas das teorias. Esse autor propõe um programa de estudos que não se limite apenas às instituições sociais em que a ciência se sustenta, mas que alcance também seu conteúdo e sua natureza. Os quatro princípios norteadores do programa refletem a crença de Bloor em um entendimento naturalista do conhecimento. São eles:

1. Causalidade: interessada nas condições que ocasionam crenças ou conhecimentos;
2. Imparcialidade: tanto crenças falsas ou verdadeiras, racionais ou irracionais, precisam ser explicadas;
3. Simetria: os mesmos tipos de causa deverão explicar tanto o erro quanto o acerto;
4. Reflexividade: Suas explicações devem servir para explicar a própria sociologia.

São princípios que serviriam para evitar o que o autor chama de “sociologia do erro”, em que os aspectos sociais são levantados apenas para explicar o que pode ter atrapalhado o bom andar da racionalidade e gerado problemas na compreensão. Segundo Bloor essa sociologia do erro estaria baseada em princípios epistêmicos que falham na forma de descrever o conhecimento. Modelos por demais teleológicos, em que a racionalidade e o acerto seriam o destino natural do pensamento, e que, portanto, não necessitariam de explicação, ou por demais individualistas, que não considerariam o quanto critérios, pressupostos e significados seriam fornecidos pela sociedade à mente individual. Nesse sentido o social é condição mesma do conhecimento, e não mera fonte de bloqueios e perigos à razão.

O social na Ciência deixa de ser o “esqueleto” estruturador do fazer científico e passa a ser compreendido como pertencente à “carne e o sangue” de qualquer teoria científica. Ancorado na lógica do “Programa Forte” surge a escola construtivista da sociologia da ciência, com nomes como: Bruno Latour (1997), Harry Collins (2010), Trevor Pinch (2010), entre outros. O construtivismo radicaliza certas teses do programa forte, entendendo a ciência como uma série de convenções baseadas em negociações socialmente construídas. Aqui, quase não há lugar para a ideia de uma racionalidade universal ou de verdade objetiva.

Latour é um autor que pretende levar a ideia de simetria mais a fundo e criar uma simetria também entre natureza e cultura, criticando o que seria a artificialidade dessa distinção. Em sua proposta teórico-metodológica é possível, por exemplo, dotar seres inanimados de agência. Novos sujeitos entram então à tona, e obrigariam a uma virada radical na forma de olhar para o que se chama de social, e conseqüentemente o que se chama de sociologia. Muitos críticos apontam, no entanto, que ao tentar fugir da distinção tipicamente moderna entre natureza e cultura Latour teria simplesmente socializado a natureza. “Microbes Interact with humans, but they do this not biologically, or chemically, or gravitationally – they interact socially. Far from completely eliminating the natural-social asymmetry, Latour has simply endowed nature with various social interests.” (BROWN, 2004, p.134).

Tradicionalmente nessas correntes são colocadas dentro de um continuum que partiria de um extremo a outro. Realistas X Antirrealistas, Objetivistas X Subjetivistas, Relativistas X Positivistas são alguns dos termos usados para nomear esses extremos. De forma simplificada pode-se dizer que de um lado do espectro estão aqueles que defendem o fato como existente em si, independentes dos indivíduos ou da mente, e de outro, aqueles que defendem o “fato” (agora com aspas), como representações ou construções mentais, ou seja, dependente da mente e da relação entre indivíduos. Obviamente os extremos são pouco ocupados, se ocupados de alguma forma. Grande parte do debate ocorre no intervalo entre esses extremos, e embora haja de alguma maneira um consenso sobre o fato de o conhecimento ser construído socialmente, as visões sobre o significado dessa dimensão social do conhecimento variam bastante. (TRIGUEIRO, 2012).

II. III) Epistemologia e linguagem

O debate epistemológico foi impactado de forma decisiva pela crítica pós-moderna na filosofia e sociologia. A nova concepção de linguagem, por exemplo, ao tomar o lugar do pensamento como objeto chave de investigação filosófica acabou por produzir um profundo impacto ontológico e epistemológico. O Sujeito e a Consciência deixariam de ser as bases de segurança ontológica em que a tradição moderna cartesiana se sustentava e passariam a ser vistos como mais uma abstração metafísica. Tais noções só fariam sentido dentro de quadro categorial linguístico específico, ele próprio socio-histórico. É para a linguagem, portanto, que a filosofia (e com ela a sociologia) deveria se virar. Não mais a linguagem como mero instrumento de ligação entre Sujeitos, mas como uma prática social construtora de ontologias e epistemologias possíveis. Sendo a linguagem socialmente estabelecida, também o mundo o seria. Não haveria mais garantias ontológicas a priori, tais garantias seriam estabelecidas apenas através do próprio processo comunicativo. Essa ideia transparece em autores como Rorty, que irá, em sua crítica à pretensão da epistemologia em criar fundamentações do conhecimento, defender a ideia de que as “conversações” (em lugar da ideia de experiência) produzem consequências ontológicas sem necessitar de nenhum fundamento para tal. (RORTY, 1994).

Vê-se que nessa perspectiva a antiga pretensão moderna de estabelecer uma Verdade (ainda que modelar ou pragmática) é posta em xeque. A Verdade, escrita com letra maiúscula e de conteúdo universal seria uma ilusão. Não haveria nada a priori (a antiga razão), que sustentasse “metafísicamente” alguma referência universal que pudesse apontar a verdade. Uma ontologia dependente da linguagem, socialmente construída que é, só poderia então ser definida e ordenada da mesma forma que outras instituições socialmente construídas: através do poder. Temos aqui o sentido mais foucaultiano do Saber é Poder.

Foucault é um ator de grande importância nesse debate pelo impacto de suas ideias no meio acadêmico. Sua noção de “regimes de verdade” (FOUCAULT, 1979, pg. 12) é um bom lugar para observar o movimento que tira a ideia de verdade de uma dimensão universal e a situa sócio-historicamente. Em suas palavras:

“A verdade é deste mundo; ela é produzida nele graças a múltiplas coerções e nele produz efeitos regulamentados de poder. Cada sociedade tem seu regime de verdade, sua ‘política geral’ de verdade: isto é, os tipos de discursos que ela acolhe e faz funcionar como verdadeiros; os mecanismos e as instâncias que permitem distinguir os enunciados verdadeiros dos falsos, a maneira como se sanciona uns e outros; as técnicas e os procedimentos que são valorizados para a obtenção da verdade; o estatuto daqueles que têm o encargo de dizer o que funciona como verdadeiro”. (FOUCAULT, 1979, P.12)

Logo surgiriam críticas a essas posições. Kitcher parece entender que o poder ontológico da linguagem estaria superestimado. A linguagem que constrói o mundo seria ela própria, em certo sentido, construída por ele. Se a variedade de categorização do mundo parece infinitamente ampla, ela não seria, por outro lado, onipotente. A categorização precisaria responder a certa experiência no mundo. Se a linguagem organiza a experiência, a via pareceria ser de mão dupla. Poder-se-ia perceber tal fenômeno ao notar que as categorias costumam mudar quando confrontadas a imposições da experiência. Seria, portanto, melhor dizer que construímos as “categorias do mundo” ao invés “do mundo”. Não experienciaríamos “o mundo”, mas teríamos que lidar com suas imposições para poder construir e reconstruir nossas categorias. (KITCHER, 2001).

II. IV) Local, raça, gênero e epistemologia

Mais recentemente o debate epistemológico ganhou força com o enorme desafio epistemológico trazido pelo giro decolonial, e pelos estudos de gênero e raça. Esses novos atores quiseram chamar a atenção sobre o fato de que toda nossa base teórica seria sustentada por alguns poucos homens brancos europeus e exportada irrefletidamente para compreender realidades muito distintas das quais aqueles autores falavam. Isso significaria que o conhecimento que produzimos seria muito menos “Universal” do que o imaginado, e muito mais uma espécie de localismo vendido como tal. Mas mesmo dentro dessas novas tradições é possível ver diferentes concepções de Verdade disputando espaço.

No debate sobre gênero há o exemplo da discussão sobre protagonismo e lugar de fala. Essas são categorias que servem para situar, concretar, tirar da posição arquimediana e trazer ao local os agentes da fala. Foca-se na experiência social e na vivência dos atores para questionar tanto os discursos possíveis quanto a legitimidade desses discursos dentro do movimento social. Aliado a isso há a segmentação cada vez maior das identidades, sempre em constante processo de redefinição através de maior ou menor atenção a peculiaridades grupais mais localizadas. É o exemplo da discussão sobre o feminismo negro, o feminismo negro de africanas, o feminismo LGBTTI. Cada recorte identitário reivindica problemáticas e agendas específicas de seus locais de fala, confrontando-a com a perspectiva mais geral de um “Feminismo” que seria por demais abstrato, ou por demais baseado em perspectivas das mulheres de alta classe brancas.

Tal debate traz ainda o debate epistemológico sobre o que seria uma ciência ou uma sociologia feministas (levando ainda em conta os recortes salientados no parágrafo anterior). Há diversas posições possíveis neste campo, com algumas perspectivas que defendem uma epistemologia feminista propriamente dita, distinta da pretensa epistemologia geral, (que não passaria na verdade de uma epistemologia masculina); outras que defendem que a epistemologia geral é falha pois incompleta, faltando a perspectiva feminina que viria para abrir mais leque de possibilidades e enriquecer a Epistemologia como um todo (uma proposta que parece sustentar a possibilidade de uma Epistemologia mais universalista); e propostas que transitam esses dois extremos. Isso aparece de forma clara na discussão de Sandra Harding sobre o que ela chama de empirismo feminista, ciência alternativa, e feminismo pós-moderno. (HARDING, 1993).

O giro decolonial traz desafios parecidos à epistemologia tradicional. Também questiona a pretensa universalidade do conhecimento europeu, por vezes acusando-a de ser pensamento europeu travestido de pensamento universal. Reagem através da valorização das formas de conhecimento locais, seja para salientar também suas possibilidades de universalização, seja para desistir da proposta universalizante e focar em suas potencialidades para compreensão de realidades locais. De um lado temos autoras como Catherine Walsh, que ao se perguntar sobre a viabilidade de outras ciências sociais deixa claro seu ceticismo a respeito de algum universalismo possível. A alternativa seria a adoção de uma “pluri-versalidade” epistemológica que sempre deveria se referir ao seu local e contexto. (WALSH, 2007). De outro, autores como Akinsola Akiwowo, que tem em sua proposta de sociologia indígena uma clara preocupação universalista. Sua grande ambição é propor uma sociologia

sistêmica (com o uso de categorias “ocidentais” como estrutura; processo; metafísica; processo; sistema), a partir de uma mitologia Yorubá. O conceito local explorado é o de “Asuwada”, que serviria como um conceito da natureza dinâmica processual e estrutural da humanidade. A partir daí Akiwowo irá tentar demonstrar e defender como o uso de tal cabedal categorial e teórico pode servir, universalmente, como corpo de princípios explanatórios das ciências sociais. (AKIWOWO, 1999).

Vê-se que são movimentos heterogêneos e amplos, com ideias muitas vezes conflitantes. Não à toa, vários termos são designados por seus autores (ou leitores) para designar as diferentes facções: Decoloniais, neocoloniais, teóricos do sul, Sociologia indígena, Sociologia endógena, são alguns exemplos. Em todos os casos, no entanto, pode-se ver algo em comum: a crítica à velha ideia de verdade universal como entendida pelos adeptos do velho iluminismo. O conteúdo da crítica varia drasticamente, e segue a mesma lógica: desde a ideia da impossibilidade da universalidade em si, até o apontamento do que há de localismo europeu fantasiado de universal.

Noções como essa permitem pensar não mais em termos de uma Epistemologia geral, mas em diversas epistemologias possíveis. Só que em um mundo cada vez mais conectado as diversas epistememes se encontram. E disputam. E quem irá resolver essa disputa serão sempre grupos sociais, afinal o conflito nunca se dá somente no mundo das ideias. Na esfera política por exemplo, em que a dimensão normativa é urgente e necessária, em que base os tomadores de decisão devem apoiar suas decisões não sendo eles nem experts nem cientistas?

II. V) Especialistas e expertise leiga

O Estado burocrático-legal, filho do processo de racionalização, precisa justificar suas ações à sociedade. Antigos critérios, como a força da tradição, a revelação ou a simples vontade de um legislador de poder, já não são mais válidos. Agora é preciso argumentar pela escolha de uma política em detrimento de outra, é preciso demonstrar que ela é a melhor forma de responder ao problema que ela se propõe a responder.

No caso da saúde, e na gestão da saúde pública, não é diferente. Entende-se como dever do Estado, para assegurar a própria segurança dos cidadãos, a regulação das práticas ligadas à saúde. Medicamentos precisam passar por testes rigorosos de eficácia e segurança; profissionais da saúde precisam ser avaliados por pares e instituições que comprovem e garantam sua competência; políticas de saúde precisam mostrar que têm impacto social positivo. Em todos esses casos a ciência acabaria cumprindo um papel decisivo: a ela foi dado o poder de falar em nome da razão e de mostrar como as coisas são. Ela é compreendida como o referencial maior de conhecimento confiável, e decisões políticas de como as coisas *devem ser* também se veem obrigadas a levar suas previsões e perspectivas em conta.

Fica clara, portanto, a importância que os especialistas ganham em um cenário como esse. O conhecimento dos processos biológicos, das interações bioquímicas medicamentosas, dos dados epidemiológicos, e mais importante: de todas as controvérsias que circundam esses temas, exige uma imersão de tempo e esforço significativos, inacessível muitas vezes ao leigo interessado. É preciso o mínimo de confiança no relato dos especialistas.

Essa confiança não precisa, entretanto, ser reverencial ou acrítica. Tampouco pode ser de via única: os especialistas precisam ouvir e debater o conhecimento e a expertise leiga dos diversos assuntos. O caso dos criadores de ovelha de Cúmbria² e do movimento dos portadores de AIDS³ deixa isso muito claro. (COLLINS ET PINCH, 2010); (COLLINS ET PINCH, 2016) E no caso específico da saúde, onde há um largo acúmulo de expertises leigas ou não científicas (mas também um largo número de impostores e charlatões), a necessidade de um intercruzamento de influências se evidencia ao mesmo tempo em que se evidencia também a complexidade desse processo.

Um caso emblemático é do debate sobre o “parto humanizado”. Os movimentos que lutam pela humanização do parto pretendem capacitar a mulher para que ela possa exercer uma escolha informada sobre a prática médica a ser adotada durante o processo e o momento do parto. O movimento começa com uma crítica que grupos de mulheres começam a fazer sobre como o parto é concebido e conduzido nas instituições médicas. São diversos os

² Collins e Pinch descrevem como a desconsideração dos cientistas à expertise dos fazendeiros das áreas afetadas pela radiação do acidente de Chernobyl acabaria levando-os a uma série de erros. Não levaram em conta, por exemplo, a indicação dos fazendeiros sobre quais partes do terreno a água mais se acumulava, sendo essas partes as mais críticas para o acúmulo da radiação. Essa desconsideração teria levado à falha na medição dos níveis de radiação e gerado uma série de problemas tanto para cientistas quanto para fazendeiros.

³ Os mesmos autores descrevem como, na década de 80, os ativistas soropositivos conseguiram a partir do acúmulo de certa expertise, remodelar a forma como a pesquisa clínica sobre AIDS era concebida e praticada.

aspectos contestados: a posição horizontal; a raspagem dos pelos pubianos; a lavagem intestinal; a tomada de medicamentos para acelerar as contrações; o uso do anestésico; a ausência do pai na sala de cirurgia; e principalmente, o incentivo médico e institucional à cesariana.

A técnica de condução de um parto é uma técnica que foi e é bem difundida fora das universidades de medicina. As parteiras e doulas sempre atuaram com uma expertise própria na condução de partos em ambientes não hospitalares. Com a burocratização do atendimento à saúde, o acesso às instituições normatizadas cresceu, e seu papel foi sendo substituído pelo médico obstetra. Mas com a massificação e burocratização veio também o tratamento impessoal, “frio”, e – acusam as manifestantes -- mais voltados à praticidade e conforto da equipe médica do que da parturiente. Há inclusive um ingrediente econômico pragmático no costume de se indicar a cirurgia cesariana: ela é mais rápida e mais lucrativa à equipe médica.

A pressão dos movimentos de mulheres tem conseguido deslegitimar a forma antes reificada do procedimento médico de condução do parto. É a sociedade civil transformando a prática dos experts. Hoje é crescente a valorização do parto domiciliar, da expertise da parteira, do parto na água, e do parto normal. Mesmo o parto nas instituições hospitalares tem sido transformado com a presença de banheiras, acompanhante, luz indireta, enfim, um maior rol de escolhas possíveis para a parturiente.

Esse é um movimento que não nega a importância da expertise médica. Reconhece-se a necessidade da instituição hospitalar, da presença de médicos e da cesariana em casos complexos. A luta é pela transformação da prática e não por sua negação. Parece ser mais um caso de relativo sucesso da interação entre sociedade civil e expertise técnica. Assim como no caso dos portadores de HIV, os militantes foram decisivos para aperfeiçoar a prática médica a que estavam submetidos.

No caso do confronto entre a expertise médica hegemônica e os homeopatas também há de se pensar qual seria o papel da sociedade civil. É um papel delicado e complexo. Ao mesmo tempo em que se entende como desejável que o indivíduo tenha o direito de escolher a forma de tratamento que pretende seguir, o Estado teria o dever, por outro lado, de garantir que os cidadãos tenham acesso a tratamentos comprovadamente eficazes e que não os ponha em risco. Para indicar exemplos talvez mais extremos, mas de certa forma ainda controversos, note-se o caso da sangria ou da urinoterapia, que são condenadas pelo Estado. O debate sobre riscos, eficácia, e procedência do tratamento homeopático costuma ocorrer na dimensão

hermética dos especialistas, em uma disputa de artigos acadêmicos condenando ou elogiando a prática. Seria preciso o ganho de certa expertise complexa para ser capaz de julgar resultados e poder decidir uma política pública.

Mas há grupos leigos que se organizam e entram no debate. Acontece que esses grupos também discordam entre si, e cada um luta para que sua visão triunfe. É importante salientar que parece haver questões identitárias e morais atuando em cada um desses grupos. Grupos contra a homeopatia costumam ser grupos mais tradicionais, com alguma educação científica nas áreas “hard” e com uma visão positiva da ciência. Já grupos a favor tendem a ser mais críticos à medicina e à “ciência positivista”, são praticantes de outras práticas “naturalistas” e identificam-se com movimentos de contracultura.

As controvérsias da expertise técnica se repetem, portanto, nos movimentos organizados de expertise leiga. A participação da sociedade civil no empreendimento científico trará consigo as diversas heterogeneidades que a caracterizam, inclusive suas hierarquias de poder. Talvez não haja como fugir desse fato, já que uma ciência isolada da sociedade civil, tocada apenas pela comunidade científica também estaria sujeita às diversas hierarquias que a compõem. Mas se queremos uma relação democrática entre o campo da ciência, Estado e a sociedade civil, então temos que cuidar para que o rumo das controvérsias não seja decidido simplesmente pela força do grupo mais poderoso, ou por apelos vazios de grupos contra-hegemônicos. Para isso é preciso salientar o papel que os valores cognitivos imprimem nesse debate. Esses são alguns dos motivos que salientam a importância peculiar de se estudar o debate sobre a homeopatia. Talvez seja interessante desviar por um momento o foco da construção da ciência nos “laboratórios” e voltá-lo para como se dá a defesa da legitimação do conhecimento quando os atores têm que atuar na esfera política.

Durante toda a história da homeopatia no Brasil os grupos de homeopatas precisaram lutar para tentar legitimar sua versão de conhecimento. Seus adeptos precisaram enfrentar uma batalha em três frentes: uma delas foi convencer os pares de que sua prática seria um conhecimento médico válido e eficaz; a segunda, convencer o Estado e a burocracia de sua legitimidade enquanto profissionais, e a terceira, conseguir angariar pacientes. Embora seja uma mesma batalha, existem diferenças sutis importantes que justificam dividi-la nessas três frentes: as estratégias, os adversários e o campo de batalha não são os mesmos. E mais que isso: uma boa campanha em apenas uma dessas frentes pode significar a vitória, ainda que as outras não estejam indo tão bem. É bom ver um pouco de como essa luta se deu.

CAPÍTULO III: ESTRATÉGICAS HOMEOPÁTICAS NO BRASIL

A homeopatia precisou se afirmar como medicina desde sua criação por Samuel Hahnemann ao final do século XVIII. Em um contexto onde era habitual a prática de sangrias, purgantes e administração de substâncias tóxicas, a homeopatia apareceria como uma alternativa atraente e poderosa. Segundo seus críticos atuais muito do sucesso homeopático nesta época viria exatamente da vitória da recuperação normal do organismo frente aos elixires e intervenções danosas da medicina convencional. Quando ela chega ao Brasil cerca de sessenta anos depois, em 1841, Benoit-Jules Mure terá que enfrentar a reação de uma disciplina já mais assentada, representada institucionalmente pela Academia Imperial de Medicina e pela Faculdade de Medicina.

A primeira estratégia seria então tentar alcançar aqueles que não possuíam acesso à medicina convencional.

“instalam-se vários consultórios gratuitos destinados aos pobres em vários povoados do Império. Deles, alguns eram entregues a médicos ‘convertidos’, mas onde não houvesse médicos, os remédios e os ensinamentos homeopáticos eram confiados aos vigários de paróquia.” (LUZ, 2014, p. 100).

Não havia, portanto, neste começo, legitimação oficial pelo Estado ou pela Classe Profissional, mas começava a crescer a legitimação da população que tradicionalmente estava afastada dos serviços oficiais de saúde. Nota-se, desde essa época, uma disputa que é ao mesmo tempo epistemológica (médicos atacando em artigos os princípios da homeopatia), quanto pragmática (médicos querendo deslegitimar a profissão e o ensino da homeopatia).

“isto é, nos anos quarenta e cinquenta do século XIX, embora recubra interesses econômicos, políticos e corporativas, apoia-se em divergências concretas no nível do modelo de concepção médica da doença, da terapêutica, do próprio conceito de saúde e cura e da relação médico-paciente” (LUZ, 2014, p.104).

Fora dos círculos oficiais, os anúncios em jornais foram uma jogada importante, com a propaganda de cura de pessoas famosas sendo um dos focos estratégicos da publicidade. O fortalecimento de seus próprios institutos também foi fundamental na luta dos homeopatas: O I.H.F, Instituto Hahnemanniano Fluminense, se transforma no I.H.B, Instituto Hahnemanniano do Brasil, que terá papel crucial em reunir forças em pró da homeopatia. Foi por exemplo, a partir dos esforços do Instituto, que se conseguiu em 1883 a instalação de uma enfermaria homeopática na Santa Casa de Misericórdia. (LUZ, 2014).

No início do século XX, frente a muitas epidemias, o debate sobre a saúde pública e o higienismo se amplia. A revolta contra a vacinação obrigatória explode no Rio de Janeiro em 1904 e os homeopatas se juntam ao coro. A impopularidade da política obrigatória e o posicionamento público contrário dos homeopatas pode ter sido um dos motivos que ajudaram os seus praticantes a angariar ainda mais apoio popular. Os sanitaristas, no entanto, estavam nos espaços institucionais oficiais, e se opunham fortemente à prática homeopática. (LUZ, 2014).

Isso não impediu que uma importante vitória fosse conseguida, e foi na disputa pelas instituições de ensino. Em cinco de abril de 1911 publica-se o decreto nº 8659, a nova Lei Orgânica do ensino superior e fundamental da República. Aproveitando o caráter liberal da lei, o I.H.B conseguiria fundar a Faculdade hahnemanniana já em 1912. Cinco anos mais tarde a lei seria revogada, e a ampla autonomia econômica e didática que ela dava às instituições de ensino seria revista, mas como essa decisão não poderia ter caráter retroativo, a Faculdade permaneceria gozando da ampla liberdade garantida pela lei de 1911. (LUZ, 2014).

Além disso, a agora República abria um novo campo de disputas: o parlamento, e essa oportunidade fora bem aproveitada pelos homeopatas. Foi assim que se conseguiu que a União doasse um terreno para a abertura do Hospital Homeopático, inaugurado em 1916. Foi também assim, que após algumas tentativas frustradas, e enfrentando a resistência de muitos médicos convencionais, foi aprovado um projeto que daria ao I.H.B o estatuto de associação de utilidade pública, dando-lhe o poder de habilitar médicos e farmacêuticos homeopáticos. (LUZ, 1994). Vê-se que foi uma época de ganhos institucionais importantes, que acabariam se refletindo em mais legitimação social.

Durante todo esse tempo o estatuto científico da homeopatia seria debatido mesmo internamente. O grande uso da homeopatia por praticantes leigos, a presença do componente religioso – era comum que os espíritas receitassem homeopatia em seus centros- tudo isso iria contribuir para o debate sobre o controle da prática pelos profissionais homeopatas e o caráter científico do sistema médico.

Luz irá chamar o período que vai desde a década de 30 até meados dos anos 70 como o “silêncio da homeopatia”. Teria sido uma época difícil, em que várias barreiras conjunturais acabariam por impedir o crescimento da prática no mesmo ritmo que vinha acontecendo do início do século. O currículo obrigatório teria sido uma dessas barreiras. O currículo seria obviamente baseado na medicina convencional, e cada vez mais as matérias de homeopatia iam saindo da grade obrigatória. Com isso os alunos entrariam em instituições homeopáticas sem necessariamente ter interesse na prática, apenas para cursar cadeiras de “alopatia”, saindo logo depois para vagas em outras instituições tradicionais. Além disso, as diferentes correntes internas homeopáticas dos diferentes professores dariam a impressão de uma “confusão de princípios” da prática, e estariam afastando muitos dissentes. Outro problema “endógeno” citado por Luz é a baixa qualidade das diretorias da I.H.B, bem mais tímidas na batalha por qualidade de ensino e pesquisa. Tanto a faculdade quanto o hospital homeopáticos eram dependentes do Instituto, que indicavam seus diretores, por consequência o enfraquecimento da I.H.B acabou significando o enfraquecimento dessas outras instituições.

A partir dos anos 40 começa a industrialização da medicina, a sua divisão cada vez maior em especialidades, a chegada em peso da indústria farmacêutica, e a diminuição progressiva da importância da clínica. São transformações que reorientariam o debate, com a lógica industrial tão favorável à medicina convencional que homeopatia não seria sequer citada como um problema. Daí o “silêncio” a que se refere a autora. A consequência disso é que em 1945 o Hospital homeopático se fecha, passando a funcionar somente os ambulatórios, e em 1948 a Escola de Medicina e Cirurgia seria federalizada, tornando-se mais uma escola de medicina alopática.

Este “silêncio”, contudo, acabaria sendo utilizado estrategicamente pela homeopatia, acredita Luz. Sem mais o ataque frontal da medicina convencional os homeopatas conseguiram convênios com entidades da previdência social e mesmo algumas subvenções públicas. Conquistaram assim alguma expansão em ambulatórios, enfermarias, e mesmo hospitais. Focando-se novamente nas camadas mais pobres, sem acesso à saúde e à atenção

médica, a homeopatia se coloca como uma medicina mais facilmente generalizável graças ao seu baixo custo. Aproveitariam também para engrossar o coro da crítica à indústria farmacêutica. Esses homeopatas das camadas populares não eram necessariamente os homeopatas “oficiais”, no entanto: “Não se trata, é claro, da homeopatia acadêmica dos ortodoxos do I.H.B. Trata-se da homeopatia dos médicos espíritas e do público espiritualista (espíritas e outras seitas cristãs), popularmente apropriada num sincretismo médico de alopatia, homeopatia, fitoterapia e religião.” (LUZ, 2014, p. 344). A autora reconhece que é esse sincretismo que possibilitaria a sobrevivência da homeopatia nessa época a despeito da resistência interna que os homeopatas profissionais ofereciam sobre esse uso laico da prática.

O regime militar voltaria a mudar as coisas em favor da homeopatia. Luz atenta para o fato do presidente do I.H.B ser general do exército com possíveis alianças dentro do regime, e como isso pode ter sido importante para a legitimação estatal da prática. Três momentos seriam cruciais: o decreto nº 57.477, de 20 de dezembro de 1965, que dispõe sobre manipulação, receituário, industrialização e venda de produtos utilizados em homeopatia, assinado por Castelo Branco e que oficializaria completamente a farmácia homeopática; a parcial aceitação pela Associação Médica Brasileira da inclusão da homeopatia na lista de especialidades médicas (parcial porque faltava o referendo da comissão científica, que só seria conseguido em 1979); e a oficialização do curso de especialização em homeopatia através do Parecer nº 77/69, de seis de fevereiro de 1969, dado pelo Conselho Federal de Educação.

“A luta pelo reconhecimento oficial dos cursos de especialização se apoiará na maior parte das vezes, neste período, no poder legislativo, através de alguns parlamentares importantes (Benjamin Farah, Fernando Ferrari), e no poder executivo, sobretudo nos presidentes de período autoritário, na busca de suplantar o bloqueio corporativo médico.” (LUZ, 2014, p. 356).

Durante as décadas de 70 a 90 os movimentos de contracultura seriam ingredientes importantes para a retomada da homeopatia, agora já com o sentido de “medicina alternativa”. A autora afirma que a crítica cultural da época também atingiria o setor da saúde, obrigando-lhe a ser repensada em outros termos. A forte valorização da ideia de “natureza” contra a “química”, a crítica à tecnologia e a valorização de práticas entendidas como mais naturais e

menos invasivas, a aproximação a práticas “orientais” como a Yoga e a medicina chinesa, a noção de “holismo” e espiritualidade, tudo isso seria parte de uma mudança cultural mais ampla que acabaria por favorecer a homeopatia. Esse caldo cultural ajudaria a explicar parte da chamada “crise da medicina” dos anos 70, junto com outras razões político-econômicas, éticas, e corporativas.

A crise da medicina descrita por Luz se conecta com a chamada “falência da clínica”, a saber: a redução da prática clínica enquanto prática terapêutica, cada vez mais substituída pela ultra-especialização médica e a “tecnificação” da saúde. A falência da clínica será tratada com mais detalhes mais a frente, mas parece ter sido decisiva para o aumento da procura e consequente legitimação social da homeopatia. Legitimação social que agora incluiria novos e importantes atores: jovens de classe média contestatórios, intelectuais, e médicos insatisfeitos com os rumos da medicina convencional. A homeopatia aparece, colada a outras práticas médicas, como uma contestação à medicina em geral, mas também à cultura hegemônica:

“A clientela da homeopatia aceita esse ideário, mesmo sem conhecer a racionalidade médica homeopática. Ela busca, conscientemente ou não, esse ideário na sua escolha terapêutica. É nesse sentido que se pode afirmar que a opção pela homeopatia – como, aliás, pelas outras terapias energéticas – é também uma escolha ideológica.” (LUZ, 2014, p. 379).

É interessante pensar nesse momento de “escolha ideológica”, pois à medida que o Estado foi legitimando a prática e introduzindo-a à lógica do sistema de saúde, esse caráter ideológico parece ir deixando de ser tão decisivo ou necessário. A homeopatia passa a fazer parte do “status quo”, e compreendida como parte “da Medicina” sem grandes necessidades de questionamentos. Ir ao homeopata hoje já não parece ser muito diferente, pelo menos para certa parte importante dos pacientes, de ir a um dermatologista ou a uma reumatologista. Ou seja, homeopatia não mais como “medicina alternativa” mas como medicina “integrativa”, ou integrada, ou simplesmente medicina.

Voltando ao final da década de 70 e início dos anos 80 temos mais uma vitória institucional importante da homeopatia. É a resolução nº 1000/80 do Conselho Federal de Medicina, que reconhece a homeopatia como uma especialização médica (junto à Hansenologia). Luz entende que a pressão de estudantes e médicos, influenciados pela contracultura e descontentes com a medicina convencional teria sido fundamental para essa vitória. Começam os encontros do ECEM (Encontros Científicos dos Estudantes de

Medicina), e seu braço alternativo, o ENEIH (Encontro Nacional de Estudantes Interessados em Homeopatia). Os primeiros seriam os futuros epidemiologistas, médicos da saúde pública, clínicos interessados em retomar a relação médico-paciente, e fazer a crítica interna ao modelo médico. Os segundos seriam os “alternativos”, para quem “não haveria solução ao modelo médico vigente”, que entendiam a medicina convencional como “parte integrante do sistema”, e que a solução seria “buscar outros paradigmas terapêuticos”.

É preciso abrir um parêntese importante. A partir daqui a autora reiteradamente referenciada será parte constitutiva da batalha pela homeopatia, e como poderemos ver a seguir, um dos atores mais importantes para a elaboração e implementação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. A autora foi professora de Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Rio de Janeiro desde 1974, e participou dos ENEIH como conferencista. Seu interesse no tema se manterá por toda a sua carreira e até hoje, sendo ela inclusive a fundadora do grupo de pesquisa “Racionalidades em saúde: sistemas médicos complexos e Práticas Integrativas e Complementares” que domina o campo de debate nas Ciências Humanas sobre o tema. É dela algumas das categorias definidoras de como hoje o Estado e o campo compreende a homeopatia. “Racionalidade médica” e “sistema médico complexo” são dois exemplos e que inclusive são citados e referenciados no texto da Política Nacional.

Fechado o parêntese é hora de atentar para a retomada à época, do debate interno em relação à formação em homeopatia. A maioria dos cursos em homeopatia eram cursos rápidos de lato senso, vários eram inclusive gratuitos, e mesmo os cursos de especialização para médicos não costumavam se adequar a exigência do MEC. Isso teria feito com que alguns homeopatas viessem criticar a “falta de qualidade” dos cursos, a imensa variabilidade dos seus conteúdos, e o desconhecimento da “verdadeira homeopatia” de seus colegas. É mais uma vez o debate interno sobre a legitimação da prática se impondo. É preciso chamar a atenção para esse fenômeno para que não reduzamos o debate sobre legitimação da homeopatia aos campos externos. Ao se aproximar os anos 90 os cursos de especialização médicas foram se aproximando das 1.200 horas que a Associação Médica Brasileira exigia, apesar da grande variedade interna que continua existindo até hoje. (LUZ, 2014)

Cursos lato senso em homeopatia ainda existem e são muitos. Até hoje não é preciso ser médico para prescrever homeopatia. O terapeuta homeopata se qualificaria profissionalmente para desenvolver a ocupação segundo a portaria 397 de 09/10/2002 –

Classificação Brasileira de Ocupações – Cod. 3221-25 do Ministério de Trabalho, e conforme a legislação educacional (LDB) que rege o MEC. Ainda em 2006 houve uma ação (ação civil pública nº 2006.71.00.033780-3/RS), de autoria do sindicato médico do Rio Grande do Sul contra a União, que pedia pela suspensão da portaria nº 971 de 03 de maio de 2006, que é a portaria que instaura a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. A alegação era que a prática de Acupuntura por não médicos feriria o art. 22, XVI, da constituição federal, e que haveria a introdução de procedimentos sem comprovação científica. A ação foi negada e sobre a homeopatia citou-se que “o seu exercício por profissionais não-médicos está previsto pela Lei nº 5.991/73”.

Assim sendo é preciso levantar a possibilidade de acesso ao campo profissional como uma das forças importantes a impulsionar o crescimento da homeopatia. Luz toca apenas de passagem no tema mas não se aprofunda nessa questão. Seria interessante ainda, infelizmente fora do escopo desse trabalho, entender de que forma essa situação tem atualizado a disputa interna entre os homeopatas formados nas pós-graduações e os terapeutas homeopatas dos cursos *lato sensu*.

Durante os anos oitenta e noventa o grupo de Estudo da UERJ: Racionalidades em saúde: sistemas médicos complexos e Práticas Integrativas e Complementares terá papel decisivo em trazer a Homeopatia para o debate acadêmico. Há de se realçar que esse debate renasce no Brasil não através das disciplinas “hard” como química e biologia, mas como objeto das ciências humanas, onde o grupo fundado por Luz se destaca. As pesquisas por fora das humanidades sobre homeopatia ficariam restritas ao campo interno homeopático, em revistas como a “Gazeta Homeopática”, a “Revista Homeopática Brasileira” e a “Voz da homeopatia”.

Quando a Organização Mundial da Saúde, em 2002, sugere que os países filiados construam políticas sobre as chamadas “medicinas tradicionais” e as “medicinas complementares”, Madel Luz será a grande especialista, o grande nome da academia a ser procurado. Assim sendo ela ocupará local de destaque na implementação e no debate da PNPIC.

Vê-se que foi um longo percurso em que os homeopatas tiveram que negociar seu espaço e criar estratégias de institucionalização e legitimação das suas práticas, com diferentes graus de resistência dos atores da medicina convencional. (LUZ, 2014)

CAPÍTULO IV: A CONTROVÉRSIA ATUAL ENTRE HOMEOPATIA E MEDICINA CONVENCIONAL

Parecem existir dois eixos principais sobre os quais detratores e apoiadores da homeopatia debatem. O primeiro é o eixo epistemológico, por onde se direcionam as principais críticas ao uso da homeopatia. O segundo é o eixo político, por onde se direcionam as principais críticas à medicina convencional.

IV.1) O eixo epistemológico

Sobre o eixo epistemológico encontra-se o argumento duplo de que por um lado não haveria explicação dos mecanismos bioquímicos que pudessem fazer o remédio homeopático funcionar, e que por outro os tratamentos homeopáticos vêm falhando sucessivamente em conseguir ter uma eficácia maior que a de placebos em experimentos controlados. Tais argumentos podem ser encontrados em discursos como:

1. *“Os princípios da homeopatia foram desmentidos pela ciência: a física e a química dos últimos 200 anos negam a possibilidade de que os medicamentos se tornam mais potentes a partir de sucessivas diluições, como propõe a teoria homeopática. A homeopatia não funciona: ok, a teoria pode estar furada, mas isso não quer dizer que a coisa não pode funcionar. A teoria da gravidade de Aristóteles era uma bobagem, mas as pedras continuavam caindo do mesmo jeito, certo? (...) Enfim, sempre que a homeopatia é estudada com o cuidado necessário para isolar o poder do tratamento, em si, dos efeitos de eventos incidentais e paralelos, o resultado é: Zero. Niente. Nada.”*
(<http://carlosorsi.blogspot.com.br/2012/04/homeopatia-acupuntura-torresmo-e.html>] Autor: Carlos Orsi)

2. *“Mais de 150 estudos falharam em demonstrar o funcionamento da homeopatia. Alguns estudos menores apresentaram resultados positivos devido a metodologias fracas ou efeitos aleatórios. Quando os dados são analisados em conjunto, a homeopatia não é superior a nenhum placebo. Uma publicação de 2005 no periódico Lancet comparou 110 ensaios homeopáticos a 110 ensaios clínicos alopáticos. Os autores observaram que estudos mais rigorosos demonstraram fortes evidências de que, ao contrário dos resultados positivos nos estudos alopáticos, a homeopatia não teve eficácia. Em outras palavras: quanto melhor a pesquisa feita, menos a homeopatia funciona. De acordo com esse estudo estão mais de doze análises similares que chegaram à mesma conclusão: homeopatia não produz resultados melhores do que os placebos.”* (Informe Sense About Homeopathy. Tradutor: Gabriel Cunha).

3. *“Cinco grandes meta-análises de testes de homeopatia foram feitas. Todas tiveram o mesmo resultado: depois de excluir testes metodologicamente inadequados e tratar vieses de publicação, a homeopatia não produziu nenhum benefício estatisticamente significativo além do placebo.”* (The Lancet, 17/11/2007. Autor: Bem Goldacre. Tradutor: Alexandre Marcati)

Muito dos defensores da homeopatia entram no debate compartilhando da crença da epistemologia científica. Utilizam as mesmas “armas”, mas alegam resultados diferentes:

1. *“A existência de seu efeito já foi comprovada reiteradamente não só em estudos com seres humanos, mas em animais, plantas e experimentos em laboratório.”*

(Fonte: Blog Homeopapo: [<http://jorgestorace.wordpress.com/2011/02/05/uhs-versus-10-23%E2%80%93overdose-de-ignorancia/>] Acessado em: 26/11/2013).

2. *“Ao longo destes anos, os HOMEOPATAS jamais se furtaram ao debate acadêmico e científico. Aliás, buscam com esforços permanentes, estarem inseridos nos meios institucionais e propícios ao mesmo. E do ponto de vista da ciência, existe algo que nunca se pode abrir mão: SÃO OS FATOS. Os resultados dos tratamentos daqueles que buscam a HOMEOPATIA são fatos repetidos em todos os lugares deste planeta, onde ela possa surgir e ser aplicada, com técnica e método bem descrito e publicado, acessível a todos.”.*
(Nota oficial da associação médica homeopática brasileira)

Existe outra estratégia de defesa da homeopatia ainda interna à própria episteme científica: a que acusa os estudos clínicos sobre a homeopatia de falha metodológica, pois ignorariam a especificidade da homeopatia de não poder ser medida através dos testes típicos duplo-cegos, já que o tratamento homeopático seria individualizado. São exemplos:

1. *“As UHDs (do inglês: ultra high dilutions, ou ultra altas diluições) fazem parte da base da proposta homeopática, em que apenas os organismos sensíveis ao padrão de estímulo correto apresentam resposta biológica, para todos os outros essa resposta é zero. É devido a isso que muitos trabalhos mal concebidos, ainda que bem intencionados, não conseguem demonstrar efeito das UHDs: não respeitando a especificidade do organismo em relação ao estímulo, não há efeito.”*
BlogHomeopapo[<http://jorgestorace.wordpress.com/2011/02/05/uahds-versus-10-23%E2%80%93overdose-de-ignorancia/>]
2. *“É a escolha criteriosa do medicamento para cada paciente, de forma que este seja sensível ao mesmo (escolha qualitativa) que pode fazê-lo reagir ao mesmo, ainda que a pequenas doses. [...] Usar o mesmo medicamento para um conjunto de indivíduos que não apresentem semelhanças sintomatológicas entre si e nem tampouco com o medicamento utilizado, e desejar efeitos, é puro desconhecimento sobre o assunto.”* (Nota oficial da associação médica homeopática brasileira).

As estratégias de defesa aqui descritas não estão exigindo mudanças epistemológicas drásticas à medicina convencional. São defesas canônicas, cujos resultados, se convincentes, poderiam em tese ser aceitos pelos “scientific faithful” de Kitcher. Neste caso o debate seria travado como se imagina ser o debate científico tradicional: medição das evidências, teste de variáveis ocultas, crítica metodológica. Há, no entanto, que se salientar que a crítica metodológica que os homeopatas fazem ao teste duplo-cego e ao “padrão-ouro” da medicina levanta problemas de difícil resolução. Seria preciso construir outras formas controladas de medição de eficácia que levassem em conta a individualização dos casos. É uma proposta, portanto, que não deixa de ter consequências epistemológicas.

Dentro do campo da medicina a avaliação de um dado tratamento costuma ser visto a partir das lentes da eficácia, eficiência, efetividade e segurança. São categorias que serviriam para medir o “bom funcionamento” ou não de determinada intervenção. O que há de delicado aqui é exatamente a definição do que seria esse “bom funcionamento” e de como operar os critérios de medição. Eficácia costuma ser entendida como o sucesso na avaliação de testes em laboratório. Efetividade por sua vez seria o funcionamento do tratamento no mundo real, sem o controle estrito dos cientistas e somado às interações e experiências que ocorrem na vida comum. Já eficiência diz respeito à acessibilidade do tratamento e ao custo econômico que ele impõe. E por fim, a segurança, que como o próprio nome sugere se preocupa com a possibilidade de uma dada intervenção vir a causar algum efeito indesejável ou perigoso para o paciente.

Existe certo consenso institucionalizado na medicina hegemônica de como proceder com a medição desses índices. Consenso que seria fornecido pela própria lógica científica e pelos aprimoramentos metodológicos e tecnológicos que teriam permitido já o acúmulo de certos “designs” a serem usados nas pesquisas. Designs que garantiriam a objetividade e a neutralidade, condições que seriam necessárias para assegurar uma medição correta do “funcionamento” ou não de dado tratamento. Fazem parte desses “designs” acumulados: uma boa pergunta de pesquisa, que evite vieses; o acúmulo de revisões sistemáticas e meta-análises; ensaios clínicos, de preferência os de grande monta, chamados “mega trials”; estudos de coorte; estudos caso-controle. A depender da pergunta de pesquisa um ou outro estilo de estudo pode ser considerado como mais adequado para respondê-la. (DIB, 2007)

Há algo em comum nesses “designs” e na metodologia em geral dessas pesquisas. Ela pretende isolar o que seria influência de determinada técnica (seja o medicamento, a cirurgia ou a massagem) do que seria a influência do médico ou do paciente individual. De maneira que pode soar paradoxal esse isolamento é buscado exatamente porque se conhece os efeitos terapêuticos da relação entre médico-paciente e de outros efeitos chamados “não-específicos”, como história e evolução natural da doença, aspectos socioambientais, variabilidade individual, desejo de melhora, expectativas e crenças no medicamento, etc. (TEIXEIRA, 2009).

Esses efeitos precisariam ser discriminados dos chamados efeitos terapêuticos específicos, a saber: dose, duração, via de administração, farmacodinâmica, farmacocinética, interações medicamentosas, etc. É um isolamento que faz sentido se o colocarmos dentro da lógica de produção industrial da medicina e da sociedade de massas, onde o que se busca é que o tratamento possa ser universalizável, e por isso baseado na probabilidade de funcionamento em larga escala, a ser garantido através análises estatísticas apuradas. Ao mesmo tempo, no entanto, esse modo de proceder acaba deixando de fora parte integrante do tratamento: a especificidade do sujeito tratado. Não só isso como todos os aspectos “não-específicos” envolvidos no processo de cura.

Esse padrão-ouro da medicina convencional possui uma relação complicada com a medicina homeopática. Por um lado a homeopatia não reconhece a possibilidade de um medicamento genérico a ser aplicável em um grande número de indivíduos. A receita homeopática precisaria ser individualizada, específica para o paciente em questão, formato que já traz um grande problema para os testes duplo-cego, por exemplo. Por outro lado cria-se uma situação em que é difícil identificar o papel dos efeitos “específicos” do tratamento homeopático e saber até que ponto seu poder terapêutico é maior do que a relação médico-paciente e o efeito placebo.

É exemplar o debate ocorrido na Lancet em 2005. Nesse ano a revista lançou um editorial em que a chamada era: “O fim da homeopatia”. Fazia referência a mais uma revisão sistemática saída na Nature que negara a eficácia da homeopatia e decretava o fim do debate: “Surely the time has passed for selective analyses, biased reports, or further investment in research to perpetuate the homoeopathy versus allopathy debate.” (LANCET, 2005, Vol. 366). Imediatamente veio a reação. A associação de homeopatas da Suíça enviou uma carta aberta aos editores da Nature na qual criticavam diversos aspectos metodológicos da meta-

análise ao mesmo tempo em que traziam vários estudos que endossariam a eficácia da homeopatia:

“The meta-analysis may be statistically correct. But its validity and practical significance can be seen at a glance: not one single qualified homoeopath would ever treat one single patient in clinical practice as presented in any of the 110 analysed trials! The study cannot give the slightest evidence against homoeopathy because it does not measure real individual (classical) homoeopathy.” (SVHA, 2005)

O maior desafio encontrado pelos defensores da homeopatia que abraçam a episteme tradicional científica é a falta de explicação bioquímica. Muitos deles admitem que os mecanismos bioquímicos que fariam o medicamento funcionar (“ainda”) não seriam conhecidos. Diversos esforços são então direcionados à resolução desse problema, com investigações que pretendem descrever por exemplo como funciona o fenômeno de “memória da água” (expressão criada para designar a capacidade que a água teria em manter informações das substâncias que lhe serviram de soluto). (SMITH, 2015) e (THOMAS, 2015). Além da “memória da água” outras leis homeopáticas requereriam esclarecimento: “Semelhante cura semelhante” e a própria noção de uso de medicamento individualizado. “Enquanto” a falta de explicação teórica permanece os homeopatas invocam a alegada eficácia da prática e apontam para outros fenômenos da ciência em que os mecanismos teóricos são ainda obscuros, sendo a física quântica um exemplo recorrente.

“É de fato um fenômeno fortemente contraintuitivo: uma substância altamente diluída a ponto de ser quase inexistente numa mistura não pode provocar ação de nenhuma natureza! Alguns preferem, então, pura e simplesmente rejeitar qualquer evidência: se não há matéria suficiente não há fenômeno nenhum, ou ele é derivado de qualquer outra explicação (placebo, má-fé, etc.)”.

(BlogHomeopapo.[<http://jorgestorace.wordpress.com/2011/02/05/uhs-versus-10-23%E2%80%93overdose-de-ignorancia/>])

Existe, porém, outra estratégia de defesa dos homeopatas ainda pelo eixo epistemológico. Essa estratégia é a de invocar a homeopatia como um sistema epistemológico distinto da ciência e medicina tradicionais, intraduzível a seus termos, mas ainda assim, eficaz. É uma estratégia muito mais polêmica e que traz consigo diversos pressupostos de difícil aceitação por grande parte da atividade científica. Apoiada por concepções mais relativistas os defensores dessa estratégia parecem estar do outro lado da “guerra das ciências”. São detratores da “ciência cartesiana” dos “epistemicidas” e do “positivismo”. A falta de concordância a respeito dos critérios de validade do(s) conhecimento(s) torna o debate entre esses atores e os “scientific faithful” muito mais complicado. A concepção desse grupo aparece em declarações como:

- 1) *“A homeopatia é um sistema médico possuidor de racionalidade própria.”* (CORRÊA ET AL, 2006).
- 2) *“Modelo de racionalidade homeopática.”*. (GALHARDI ET AL, 2012)

Parece ser uma concepção influenciada pela ideia de epistemes múltiplas que a crítica pós-estruturalista e pós-moderna trouxe à epistemologia tradicional. A homeopatia nesse caso não “precisaria” da ciência para se validar pois teria seus próprios meios, técnicas e procedimentos de avaliação e construção de conhecimento.

A grande dificuldade desse grupo é a de indicar formas “não-cartesianas” de validação capazes de convencer a comunidade científica mais tradicional. É comum ver as críticas às limitações epistemológicas da medicina convencional, mas falta ainda a proposta de alguma alternativa que permita, por fora dos cânones tradicionais, diferenciar verdade de ficção. Sem uma proposta sistematizada, a principal estratégia de convencimento desses homeopatas que batalham por fora do cânone epistemológico tradicional acaba sendo a coleção de casos de sucesso através do testemunho positivo de pacientes. Tal forma de validação é imediatamente rechaçada pela comunidade científica convencional, acusando-a de ser um típico caso de falácia anedótica.

A resposta dos homeopatas vem então em forma de apelo ético em defesa da diversidade epistemológica e contra o “positivismo epistemicida” da medicina convencional. Haveria lugar para a diversidade de epistemes e não seria necessário negar uma ou outra, em muitos casos elas se complementariam.

Muitos críticos têm apontado consequências imperiais e etnocêntricas de se valorizar certos conhecimentos (ou mais propriamente a filosofia europeia e a ciência) em detrimento de todo esquema de pensamento externo à sua lógica. A hierarquização do conhecimento se atrelaria à hierarquização entre povos, com os estratos superiores cabendo, claro, à ciência. Os cientistas produziram Teorias, os “Outros”, mitologias. A ciência seria o conhecimento “de fato” do “mundo real”, verdadeiramente universal. Os Outros conhecimentos seriam locais, funcionando apenas dentro de sua própria lógica cultural. Nesse sentido o apelo ético dos homeopatas faz coro a essa crítica, e sua defesa da diversidade de epistemes lembra muito a proposta de “ecologia de saberes” de Boaventura de Sousa Santos, que é a maneira que o autor encontrou de construir o que seria um “regime de regimes de verdade”, um mundo com diversas epistemes em convivência harmônica:

“Ao contrário das epistemologias modernas, a ecologia de saberes não só admite a exigência de muitas formas de conhecimento, como parte da dignidade e validade epistemológica de todos eles e propõe que as desigualdades e hierarquias entre eles resultem dos resultados que se pretendem atingir com uma dada prática de saber”. (SANTOS, 2008).

É um modelo de um ideal político-epistemológico que acaba por não salientar a dimensão do conflito com tintas fortes o bastante. Se a hierarquia deve ser avaliada a partir dos resultados esperados, é necessário lembrar que os critérios de avaliação de resultados não são os mesmos em diferentes epistemologias. Sem algum critério de avaliação reconhecido por todas as epistemologias envolvidas nessa interlocução, não há como avaliar os resultados atingidos. E quanto mais grupos sociais e diferentes epistemologias estiverem envolvidas, mais os critérios necessitarão se universalizar. Quando adicionados os vários interesses e discrepâncias de poder dos diversos grupos envolvidos na disputa por validade

epistemológica o quadro se complica ainda mais e é difícil desenhá-lo como harmônico. Os diversos conflitos em torno da homeopatia são um exemplo disso.

É importante ainda salientar que existem críticas à ideia de que imperialismo etnocêntrico é o resultado inevitável que se obtém ao se afirmar que certo sistema de pensamento tem maior poder que algum outro sistema em descrever a “verdade” sobre determinado fenômeno específico. É o que defende autores como Philip Kitcher. Afirmar que a explicação científica sobre, por exemplo, os mecanismos de hereditariedade são mais próximos da verdade do que a explicação do povo Anihšīnāpē não significaria necessariamente afirmar a superioridade de um grupo sobre o outro. Seu raciocínio é simples: a ciência ocidental teria tido grande interesse nesse tópico, nosso alcance experimental em sistemas de hereditariedade tem sido mais amplo, participamos de uma tradição em que uma quantidade enorme de esforço social foi investido nessa tarefa, e assim por diante. Outras culturas por sua vez possuem outros interesses, direcionaram esforço social para outros fins, e os alcançam de forma mais competente do que jamais poderíamos. E nesse sentido não haveria hierarquia social, somente interesses sociais distintos. (KITCHER, 2003, p. 13)

No entanto o caso da homeopatia é peculiar. É uma tradição de pensamento médico que se desenvolveu paralelamente à sua “irmã” alopatia. Surgida na Europa, ela nasce de esforços e interesses muito similares às práticas médicas em voga, que seria a de encontrar formas de relacionar a medicina com as novas descobertas e métodos da ciência moderna. É apenas depois de algum tempo que certa tradição médica, (a “alopatia”) se hegemoniza e se estabelece como modelo de medicina científica, e que a homeopatia pode vir a ser pensada por alguns como um “conhecimento distinto”.

Os parágrafos anteriores descreveram o debate através do que chamei de “eixo epistemológico”. São focadas na disputa pela validade e eficácia do conhecimento. Há outro, no entanto: o eixo pragmático. As estratégias dos atores que trafegam pelo eixo pragmático são focadas não da disputa por validação, mas através de dimensões mais práticas, que falam a respeito de grupos de interesses, manutenção de privilégios, e disputa por status.

IV. II) O eixo pragmático

O exemplo talvez mais comum de um tipo de estratégia baseada no eixo pragmático seja a acusação de homeopatas de que é o lobby da indústria farmacêutica que impediria a aceitação e a adoção da homeopatia.

“Esses ataques são facilmente explicados por uma razão muito simples: a natureza da produção, manipulação e comercialização do medicamento homeopático o torna impossível de ser patenteado pela grande indústria farmacêutica, que não tem interesse comercial em produzi-lo nem de financiar pesquisas na área.”

[<http://www.ecomedicina.com.br/site/conteudo/artigo14.asp>]

É preciso ressaltar que acusações de práticas nocivas e antiéticas da indústria farmacêutica são feitas mesmo por profissionais convencionais da área de saúde. Mais que isso: há plena evidência de que importantes valores cognitivos da ciência médica vêm sendo ignorados ou propositadamente distorcidos em nome de interesses comerciais da grande indústria.

Dentro da dimensão ética observa-se o imenso descolamento entre interesse público e interesse privado na execução atual de ensaios clínicos. Simbólico desse problema é o relatório de 2002 da OMS, que demonstra que 90% de todos os investimentos em pesquisa de medicamentos se dirigiam a 10% da carga de morbidade da população mundial (Global Forum for Health Research, 2002). Outros estudos foram reafirmando esse problema ao mostrar a tendência da indústria em investir principalmente em drogas de uso contínuo para doenças crônicas, caso em que a formação de um mercado cativo seria garantida. São enfermidades que já contariam com extenso arsenal terapêutico e cujo investimento industrial seria voltado sobretudo ou à renovação de patente, ou para fazer concorrência a algum medicamento de sucesso de um algum outro laboratório. O estudo de Angell, por exemplo, analisou 415 novos medicamentos registrados no FDA entre 1998 e 2002. Desses, 68% vinham de moléculas já conhecidas que sofriam pequenas modificações, mas mesmo entre os 32% que representavam as novas moléculas, apenas 14% poderiam ser considerados inovações, seja porque se dirigisse a uma condição previamente sem tratamento, apresentasse

graus de toxicidade e incidência de efeitos adversos significativamente mais baixos, ou apresentasse uma forma de administração ou uma posologia que interferisse positivamente na aderência, e, portanto, na eficiência do tratamento. (ANGELL, 2007). O relatório do National Institute for Health Care Management (NIHCM) de 2002 mostrou resultados semelhantes para o período entre 1981 e 2001, com 15% de inovações e ressaltando que o período de maior produção de inovações foi até 1975. (LORENZO; GARRAFA, 2011). São dados que expressam que as pesquisas farmacêuticas são pesquisas que não preencheriam qualquer critério de prioridade do ponto de vista do interesse público, mas que continuam constituindo o principal foco de investimento da indústria.

Na dimensão epistemológica haveria outros graves problemas que impactariam na garantia de eficiência e segurança dos medicamentos. O cenário que vai se desenhando seria o da junção de um lado, de um baixo número de ensaios clínicos independentes, e da inacessibilidade aos resultados negativos dos ensaios clínicos promovidos pela indústria por outro. Tal cenário dificulta a realização de revisões sistemáticas e meta-análises, que seriam as formas mais precisas de se determinar a segurança dos resultados de um conjunto de pesquisas. Ainda assim, alguns estudos independentes existem, e a literatura aponta que ensaios clínicos financiados pela indústria tenderiam a apresentar resultados favoráveis à droga teste em proporções muito superiores aos ensaios clínicos independentes. (GOLDRACE, 2013).

Um estudo publicado no *Annals of Internal Medicine* em 2010 analisou quinhentos ensaios clínicos registrados na plataforma americana para as cinco classes de medicamentos mais comercializados: 85% dos ensaios financiados pela indústria apresentavam dados favoráveis à nova droga teste, mas apenas 50% dos ensaios independentes obtinham o mesmo resultado. (BOURGEOIS ET AL, 2010) Um outro estudo, publicado em 2007 na *PlosMed*, analisou 192 ensaios envolvendo estatinas (drogas para baixar colesterol) e encontrou que os ensaios financiados pela indústria davam vinte vezes mais resultados positivos do que os estudos independentes. (BERO, 2007) Existem ainda duas revisões sistemáticas, publicadas por diferentes autores, uma no *British Journal of Medicine* e outra no *JAMA*, que se interessaram em rever todos os artigos publicados que comparam ensaios conduzidos pela indústria com ensaios independentes e ambas chegaram à mesma conclusão: ensaios financiados pela indústria teriam uma possibilidade quatro vezes maior de dar resultados positivos para a droga teste. (BEKELMAN, 2003). A indústria costuma alegar em sua defesa que a não disponibilização dos dados dá-se em função de seu direito ao segredo industrial que

ajuda a proteger os seus investimentos, e tem conseguido fazer valer essa lógica mesmo dentro dos setores regulatórios dos Estados.

Outro valor epistêmico que também estaria sendo desrespeitado é o da replicabilidade. Há um estudo publicado na Nature, em 2012, em que pesquisadores formaram uma ampla equipe para tentar replicar cinquenta e três estudos laboratoriais pré-clínicos que apontavam alvos promissores para tratamentos futuros de câncer. Acabaram descobrindo que quarenta e sete deles não poderiam ser replicados. (BEGLEY, 2012). Algumas dimensões dos problemas descritos pertencem ao debate ético, político ou epistemológico, mas outras rompem esse âmbito e chegam a alcançar a esfera legal. É o caso, por exemplo, da fraude e da manipulação de dados. Os diversos escândalos nos quais participaram a indústria farmacêutica acabaram minando a confiança de profissionais e pacientes, e reforçando o argumento dos defensores da homeopatia.

Outra dimensão do eixo pragmático tem a ver com a crítica à prática médica convencional e o que ficaria conhecido como “falência da clínica”. A lógica industrial começa a operar de forma mais incisiva na medicina a partir dos anos quarenta. Tal lógica acabaria por impor interdições importantes à ação clínica como instrumento de cura. O cálculo econômico de balanço custo-benefício se fortalece como principal alicerce no planejamento das políticas de saúde, seja no domínio da saúde pública, seja no domínio das instituições privadas. Uma das interferências diretas dessa lógica seria, por exemplo, no limite do tempo da consulta. No espaço público, a deficiência da quantidade de serviços para o tamanho da clientela, e no espaço privado, a busca por produtividade e por lucro, irão reduzir progressivamente o tempo em que o paciente fica diante do clínico. Já não haveria tempo para qualquer dado subjetivo. O que o médico buscaria na conversação estabelecida seria apenas retirar informações objetivas que serviriam como dados de análise. Ele analisaria o discurso do doente como se analisasse um Raio-X. (JASPERS, 1988)

Assim normatizada, a clínica médica já não parece ter um dos pés de apoio posto sobre a subjetividade da pessoa tratada. A característica dialógica da relação seria portanto perdida. O diálogo, muitas vezes curativo em relação a sintomas menores, muitas vezes curativo em relação às incontáveis manifestações corporais das mais variadas formas de angústias e ansiedades, responsável por uma construção conjunta com o doente dos significados singulares do adoecer, e a partir daí, importante fonte de alívio para o sofrimento, passaria a não mais encontrar lugar na clínica. Criou-se na modernidade a expressão “psicossomática”

para designar a situação onde os sintomas são desprovidos de uma representação corporal capaz de ser localizada pela nova parafernália tecnológica. E a psicossomática já se anuncia agora como mais uma das especialidades médicas, livrando o clínico, de uma vez por todas, de tudo que esteja fora do corpo.

Além disso, a lógica econômica responsável pela crescente privatização da assistência médica acabaria por restringir as escolhas dos clínicos pelos pacientes, elemento que seria de extrema importância para a formação de um elo de confiança inicial. No plano ético, a prioridade dada a essa lógica seria capaz de encontrar justificativas e mesmo de construir normas e leis contrárias às mais importantes tradições éticas da clínica. É possível, por exemplo, a interrupção legal de um tratamento ou de uma relação clínica em função das interrupções ou ausências contratuais dos convênios firmados. Tudo isso contribuiria para que a clínica desaparecesse como um procedimento de cura, estabelecido a partir da natureza dialógica de uma relação firmada entre alguém que sabe sobre o cuidar e alguém que sabe sobre si mesmo.

Uma segunda dimensão trazida pela industrialização da medicina que precisa ser citada é a da hegemonia de certa tecnofilia acrítica. Tecnofilia que impactaria todo o campo a começar pelo período de formação dos novos clínicos. Um de seus principais movimentos seria o de inculcar a ideia no médico em formação de que a competência clínica depende do uso cada vez maior de tecnologias de última geração. O clínico estaria agora armado de aparelhos complexos, de precisão muito maior que seus sentidos, o que diminuiria a necessidade de contato direto entre o médico e o corpo do paciente. O toque, a ausculta, e o olhar vão se tornando cada vez mais raros e sendo substituídos por exames laboratoriais padronizados.

Padronização que acabaria por atingir o saber clínico como um todo. A base de informações a que o médico tem acesso seria cada vez mais assentada a partir de enormes e sofisticados estudos estatísticos, estudos a que o clínico, na maioria das vezes, não teria o menor domínio ou acesso à metodologia utilizada, sendo, conseqüentemente, incapaz de analisá-los criticamente. O saber clínico começaria a abandonar de vez a singularidade em sua estrutura, aquilo que é próprio apenas a um sujeito, em um momento específico. Nas palavras de Karl Jaspers: “O certo é que o homem inteiro não se converte em objeto, mas o erro é querer incluir a pesar de tudo esse não objetivável como objeto.” (JASPERS, p. 41, 1988). O novo saber se basearia agora em resultados obtidos pelo estudo da maioria e tomados como se fossem verdades para cada um. Em lugar de apenas sugerir caminhos e escolhas, esses

estudos passariam a ser tomados como verdades aplicáveis em qualquer contexto e a qualquer um. A estrutura do saber clínico parece assim refém da matemática e de seu braço bioestatístico. Dentro desse processo a clínica sentir-se-ia, paradoxalmente, como mais digna de ser reconhecida como ciência enquanto caminharia distraída para seu próprio fim. O saber complexo que se constituiu o saber clínico na verdade perderia em poder de cura ao se estruturar somente sobre as “certezas” e estatísticas das ciências exatas. Perderia muito de sua capacidade de particularizar o paciente e construir uma relação dialética entre subjetividade e objetividade, entre o mais frequente e o inédito.

Sobre a questão da profissionalização seria preciso chamar a atenção para o processo de hiperespecialização que vem sofrendo o clínico desde a segunda metade do século XX. Esse “estilo” metodológico e epistêmico adotado pelas sociedades ditas “modernas” teria gerado bônus e ônus. Se por um lado foi capaz de produzir uma série de inovações tecnológicas e conhecimentos profundos sobre uma série de entidades e fenômenos, ao mesmo tempo teria feito perder certa visão panorâmica da relação entre essas mesmas entidades e fenômenos. Como afirma Morin, as informações fragmentadas por áreas hiperespecializadas teriam feito com que o saber deixasse de ser pensado e discutido por seres humanos integrados em uma relação coletiva com o mundo a sua volta, para destinar-se cada vez mais a ser acumulado em bancos de dados, onde ficariam disponíveis à manipulação das instâncias financiadoras na direção de seus próprios interesses. Essa situação acabaria fazendo com que o especialista se tornasse um indivíduo que ignora tudo aquilo que não diz respeito a sua própria disciplina, instaurando assim um paradoxo: “[...] o desenvolvimento do conhecimento instaura a resignação à ignorância e o da ciência significa o crescimento da inconsciência”. (MORIN, p. 17, 2005). Pressionados por todos esses elementos e na busca de atingir a competência técnica, o médico se formaria como um indivíduo condenado a consumir única e exclusivamente uma enorme quantidade de informação especializada, impedindo-o de ampliar suas possibilidades intelectuais.

Se levarmos em conta a soma desses fatores poderemos começar a compreender os motivos da perda de confiança social do médico convencional, sendo visto, independentemente de sua posição social ou desempenho profissional, como um técnico frio, uma espécie de extensão viva da própria tecnologia que ele opera e despreparado intelectualmente para dar conta de toda a complexidade que envolve sua prática. É certo que ele é capaz de resolver de forma eficaz, como nunca antes, toda sorte de problemas físicos que ameacem a vida humana. Entretanto, é certo também, de que é cada vez mais frequente que o

paciente considere o encontro com o profissional médico muito menos um espaço humano através do qual o seu sofrimento poderá ser entendido e minorado, e muito mais como outro mal necessário, consequência mesmo de estar doente. Obviamente encontram-se ainda aqueles que são críticos a essas transformações epistemológicas e sociais e tentam manter a natureza genuinamente clínica de sua intervenção profissional, mas não parece ser esse um padrão encontrado na formação dos futuros médicos e não parece ser essa a postura hegemônica dessa categoria profissional. (JASPERS, 1988)

Detratores da homeopatia, por sua vez, também levantam argumentos políticos. Respondem que a homeopatia também é uma indústria de números expressivos, e que interesses econômicos também estariam por trás do lobby homeopático. Uma rápida análise dos dados do exercício de 2013 divulgado pela multinacional Boiron, um importante laboratório homeopático, indica que dos 617,73 milhões de euros que entraram como total de vendas no ano, apenas 6,29 milhões de euros foram gastos em pesquisa (1,02% do total anual), contra 132,88 milhões de euros gastos em publicidade (21,5% do total anual). (BOIRON, 2013)

Além do lobby há todo um rol de estratégias pragmáticas usados por ambos os lados da controvérsia. Tanto “alopatas” quanto homeopatas investem na captação de pacientes. Todos lutam pela ampliação de cursos formadores, graduações, especializações e pós-graduações de suas práticas. Como profissionais, lutam pelo reconhecimento e valorização de suas respectivas profissões. E disputam por fim a esfera da política e burocracia estatais, interessados que são em defender suas visões de como deve ser gerida a saúde pública.

Obviamente os eixos epistemológicos e políticos aqui descritos não correm em paralelo. Estão profundamente imbricados, e sua separação é analítica. Da mesma forma as diversas estratégias descritas não são exclusivas de subconjuntos bem delimitados dos grupos pró e contra homeopatia. As estratégias se cruzam e se combinam das mais diversas formas, e podem ser selecionadas a depender do contexto em que a argumentação ocorre.

CAPÍTULO V: HOMEOPATIA: DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE À POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES.

V.I) As práticas integrativas e complementares como aparecem na Organização Mundial de Saúde.

A Política Nacional das Práticas Integrativas e Complementares é, de certa forma, o atendimento a uma indicação feita pela OMS para que os países membros criassem políticas nacionais que tratassem do tema das “Medicinas Complementares e Alternativas”. Nesse sentido é importante entender a posição da organização frente esse tema, pois muito do que aconteceu no Brasil tem a ver com essas concepções.

A presença do tema da “Medicina Tradicional” no arsenal da Organização Mundial da Saúde pode ser traçada de volta a 1969. É quando sai da Assembleia Mundial da Saúde uma resolução onde a Organização se mostra preocupada com os perigos e o desperdício de recursos econômicos que o mal uso de remédios baseados em ervas medicinais poderiam significar, e pedindo por isso, que se estudem formas de estabelecimento de indústrias farmacêuticas nos países em desenvolvimento, salientando que “las investigaciones científicas sobre esos problemas podrían tener por resultado la obtención de productos farmacéuticos útiles”. (AMS, 22.54). É uma preocupação bem conservadora, muito bem alinhada com o interesse das indústrias farmacêuticas, que poderiam ganhar acesso a todo um novo mercado e a todo um novo manancial de matéria prima. A promoção da saúde ainda é pensada aqui somente através da ampliação indústria farmacêutica convencional.

Sete anos mais tarde, a Assembleia Mundial da Saúde, na resolução que trata da formação e aperfeiçoamento dos profissionais de saúde, sugere que se fomente equipes de saúde em que se incluam, “cuando proceda”, as pessoas que praticam a medicina tradicional. (AMS, 29.27). Já é uma resolução mais liberal, abrindo a possibilidade de inclusão dos praticantes da medicina tradicional dentro dos sistemas oficiais de saúde nacionais.

Não demora, e um ano mais tarde, em 1977, a resolução AMS, 30.49, já cita a medicina tradicional como um “patrimônio da comunidade” dos países em desenvolvimento. Em lugares onde a assistência primária teria dificuldade de se fazer alcançar, os “sistemas médicos tradicionais” seriam uma contribuição importante para que a população possa desfrutar de assistência sanitária. A nota chama a atenção de que estudos já estariam sendo desenvolvidos, e recomenda pela primeira vez que os países (em desenvolvimento) criem políticas nacionais que possam acoplar os sistemas médicos tradicionais nos sistemas nacionais de saúde.

Após essa posição mais liberal em favor das medicinas tradicionais (pelo menos nos países em desenvolvimento), a preocupação sobre mal-uso e perigo para a população volta na discussão sobre plantas medicinais em 1978. É a resolução AMS, 31.33, que reconhecendo a importância do uso das ervas medicinais **nos países em desenvolvimento**, lembra que “esas plantas contienen sustancias de posible valor terapéutico pero que su empleo inadecuado puede también ejercer efectos tóxicos”, e por isso sugere uma série de procedimentos para que se pudesse garantir seu bom uso, entre eles: “establecer y aplicar criterios y métodos científicos para comprobar la inocuidad y la eficacia de los productos derivados de plantas medicinales”.

A medicina tradicional poderia ser aplicada, mas só sob o juízo do método científico.

Quase dez anos mais tarde, já em 1987, a OMS lança uma resolução cujo título é “Medicina Tradicional”. Sob a mesma lógica da importância que a medicina tradicional possuiria nos países em desenvolvimento e do mar de possibilidades inexplorado que as plantas medicinais representam. A resolução é bem mais incisiva em designar aos estados membros que “utilicen en la mayor medida posible prácticos de sus sistemas médicos tradicionales en los programas de atención primaria de salud, siempre y cuando sea hacedero y apropiado”, contanto que garantissem “el control de la calidad de los medicamentos derivados de remedios tradicionales a base de plantas, utilizando técnicas modernas y aplicando normas adecuadas y prácticas correctas de fabricación”. (AMS, 40.33). Esse incentivo da ampliação do uso sistemas médicos tradicionais, aliado à preocupação em normatizá-los para que pudessem ser seguros, é o padrão que ainda se mantém. Uma atenção forte às ervas medicinais, usadas quase que como sinônimo de tradicional, também.

Dois anos mais tarde o tema volta, novamente com as mesmas preocupações e sugestões: “Consciente de que las plantas utilizadas en la medicina tradicional encierran um potencial considerable, aunque en gran parte inexplorado [...]”, seria preciso fazer estudos científicos sobre a eficácia das plantas medicinais e usar terapêuticas das medicinas tradicionais quando couber. (AMS, 42.43).

Marcante também é o ano de 2000, quando sai o documento “General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine” (OMS, 2000), que tenta criar normas internacionais de pesquisa e avaliação das medicinas tradicionais. É importante chamar a atenção para a categoria que serviria para orientar a reivindicação da validade de bens terapêuticos: “Evidência de uso tradicional”. Esse uso tradicional é assim definido: “Traditional use refers to documentary evidence that a substance has been used over three or more generations of recorded use for a specific health related or medicinal purpose” (OMS, 2000). No caso da avaliação do medicamento homeopático as evidências de uso tradicional incluem: “[...] independent written histories of use in traditional or contemporary homeopathic literature, multigenerational use, homeopathic proving, records of clinical use and records of the set of symptoms provoked by a “crude” substance.” (OMS, 2000). As evidências que precisariam ser levantadas não seriam aquelas através das metodologias científicas geralmente empregadas, mas sim a evidência de que determinada prática ou medicamento é usado de acordo com a tradição. Isso é um dado importante, pois em outros documentos e comunicados, o apelo à avaliação científica será constante, no entanto os critérios de medição aqui propostos são completamente estranhos aos adotados pela ciência.

Em 2001 o tema volta a ser tocado, aparece na estratégia farmacêutica da Organização Mundial da Saúde, mas ganha apenas uma linha que muito rapidamente faz menção para “que siga promoviendo la labor de la OMS en la esfera de las medicinas tradicionales”. (AMS 54.11). Até que finalmente surge o documento lançado pela OMS que terá grande impacto não só no Brasil, mas no mundo inteiro. Lançado em 2002 ele pretende assentar as estratégias da Organização para lidar com o que ela chama de “medicina tradicional” e “medicina complementar e alternativa” durante o triênio 2002-2005. Pela primeira vez aparece o termo “medicina complementar” e “medicina alternativa”. Nos documentos anteriores se fazia menção apenas à “medicina tradicional”, sempre muito ligada à questão das ervas medicinais e aos países em desenvolvimento. Forte atenção ainda é dirigida às ervas medicinais, mas os dois novos termos adicionam complexidade ao debate.

O texto já começa salientando a dificuldade na definição desses termos:

“[...] existen dificultades a la hora de definir la terminología precisa para describir sus terapias y productos. La validez de los datos asociados es también problemática. Las metodologías utilizadas para la recogida de datos no son comparables y los parámetros no están claramente determinados.” (OMS, 2002)

Uma das preocupações expressas no documento será então tentar incentivar que os países membros criem medidas, parâmetros, e metodologias que fossem adequadas para cada caso, mas que pudessem, ao mesmo tempo, ser comparáveis.

Curiosa é a diferenciação construída pelo documento entre “Medicina Tradicional” e “Medicina Complementar e Alternativa”:

“De acuerdo con este documento, la ‘medicina tradicional’ se utiliza cuando se hace referencia a África, Latinoamérica, Sudeste asiático y/o el Pacífico occidental, donde quiera que se utilice la “medicina complementaria y alternativa” cuando se hace referencia a Europa y/o Norteamérica (y Australia). Cuando se hace referencia en un sentido general a todas esas regiones, se utiliza en general MT/MCA.”. (OMS, 2002)

Uma categorização claramente geopolítica em que os países “em desenvolvimento” e “do sul não-ocidental” participam com a tradição enquanto que aos países “desenvolvidos” do “norte ocidental” as outras medicinas aparecem como alternativa ou complementar ao modelo.

A OMS justifica seu interesse pela Medicina Tradicional (Ou seja, a medicina tradicional dos países periféricos) pelo seu amplo e crescente uso, e por ser muitas vezes o único tipo de acesso a saúde que as populações dos países mais pobres poderiam acessar. Além disso, terapeutas dessas práticas teriam grande confiança da população local. Isso é visto como uma oportunidade de prover acesso barato à saúde a um grande número de pessoas, e tal oportunidade precisaria ser aproveitada. No entanto, a própria OMS atenta para que o crescimento do uso dessas práticas precisaria produzir evidências sobre a segurança, eficácia e qualidade dos produtos das MT/MCA. Seria preciso encarar o desafio sem partir de um “entusiasmo não crítico” mas tampouco de um “ceticismo não informado”. A preocupação

sobre a “boa prática”, a segurança, e a eficácia das terapias percorrerá todo o texto. É esse aliás o motivo pelo qual a OMS recomenda aos países membros que criem políticas que deem conta das MT/MCA:

“Un número cada vez mayor de políticas nacionales tendrá el beneficio añadido de facilitar trabajo sobre temas globales tales como el desarrollo e impantación de normas y pautas internacionalmente aceptados para la investigación sobre la seguridad y la eficacia de la MT/MA” (OMS, 2002)

A OMS cita textualmente que segurança, eficácia, e qualidade seriam cruciais para a divulgação das MT/MCA, e faz um diagnóstico de que as pesquisas sobre essa área “ha[n] sido inadecuada[s], dando como resultado uma opacidad em los datos y um desarrollo inadecuado de la metodologia” (OMS, 2002). Situação que estaria atrapalhando o desenvolvimento de normas e legislações sobre o tema. As políticas nacionais, acredita a OMS, permitiriam fomentar o “uso racional, e identificar las terapias más seguras y eficaces.” Para isso seria necessário assegurar que “los conocimientos, las cualificaciones y la formación de los proveedores de MT/MCA son adecuados”.

É bom deixar claro quais seriam os quatro objetivos da estratégia para MT/MCA da Organização Mundial de Saúde:

1. Política: Integrar a MT/MCA nos sistemas de saúde nacionais, desenvolvendo e implementando políticas e programas nacionais sobre MT/MCA.
2. Segurança, eficácia e qualidade: Fomentar a segurança, a eficácia e a qualidade da MT/MCA, difundindo os conhecimentos básicos sobre MT/MCA e oferecendo diretrizes sobre normas e padrões para assegurar a qualidade.
3. Acesso: Incrementar a disponibilidade e o acesso à MT/MCA segundo seja apropriado, enfatizando o acesso das populações pobres.
4. Uso racional: fomentar terapeuticamente o uso sólido de uma MT/MCA apropriada por parte de provedores e consumidores.

A OMS salienta ainda que no começo se centrará nos dois primeiros objetivos, e justifica: “conseguir los objetivos de seguridad, eficacia y calidad proporcionará las bases necesarias para conseguir los objetivos de acceso y uso racional”. (OMS, 2002).

Vê-se portanto que a OMS entende que as políticas nacionais seriam o instrumento pelo qual cada país conseguiria implementar estudos que garantissem a segurança, a eficácia e a qualidade da MT/MCA, e uma vez essa garantia fosse conseguida, o acesso e o uso racional poderia ser implementado. Veremos na análise sobre o texto da PNPIC brasileira que não foi exatamente esse o processo que se seguiu aqui. Na verdade o texto da estratégia da OMS aparece já como se fosse uma das provas da legitimação das diversas práticas médicas lá propostas.

Além da classificação geopolítica usada na diferenciação entre Medicina Alternativa e Medicina Complementar e Alternativa, a OMS também propõe uma “definição prática” do que seriam cada uma das medicinas:

“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.” (OMS, 2002)

“Los términos ‘complementaria’ y ‘alternativa’ (y a veces también ‘no convencional’ o ‘paralela’) se utilizan para referirse a un amplio grupo de prácticas sanitarias que no forman parte de la tradición de un propio país, o no están integradas en su sistema sanitario prevaleciente”. (OMS, 2002)

Enquanto a Medicina Tradicional se define pela tradição local (em oposição ao sistema de saúde “moderno”), a Medicina Complementar ou Alternativa se define apenas pela diferença à medicina convencional. Ambas as definições abrigam, sob o mesmo guarda-chuva, práticas extremamente variadas, que não poderiam ser mais distintas entre si, mas que possuem em comum a relação com a saúde. São, como confessa o próprio texto, definições que se baseiam pelo que não são. Em tal definição assim tão ampla cabem não só as práticas

citadas pela PNPIC (Medicina Tradicional Chinesa; Acupuntura; Homeopatia; Fitoterapia; Termalismo; Crenoterapia e Medicina Antropofásica), como também o chá caseiro das avós, todos os sistemas médicos de todas as comunidades indígenas brasileiras, a cura por cristais, florais, aromaterapia, urinoterapia, reiki, reflexologia, osteopatia, cromoterapia, magnetoterapia, etc. O imperativo ético de se respeitar a tradição e a diversidade cultural parece ter se realizado a partir de uma grande homogeneização etnocêntrica.

As características positivas das MT/MCA seriam: diversidade e flexibilidade; acessibilidade; ampla aceitação entre muitas populações de países em desenvolvimento; crescente aumento de popularidade nos países desenvolvidos; baixo nível de inversão tecnológica; e uma crescente importância econômica. Já os desafios que impõem seriam: os graus variados de reconhecimento dos governos; a falta de evidência científica a respeito a muitas de suas terapias; dificuldades relacionadas com a proteção dos conhecimentos indígenas; e problemas em assegurar seu uso correto. É reiterada a preocupação a cerca da baixa pesquisa e de pesquisas mal-conduzidas em relação à MT/MCA. Seria preciso investir nessa seara para que o potencial das MT/MCA fossem explorados ao mesmo tempo em que se garantisse a eficácia e a segurança. Além disso, há o problema da universalização do tratamento. Como se lê no próprio texto da OMS:

“Las terapias de la MT/MCA a menudo se desarrollan dentro de un entorno cultural muy específico. Aunque cada vez más, se transfieren a otros entornos culturales. Esto hace surgir temas sobre seguridad y eficacia. Por ejemplo, ¿las terapias que se transfieren se aplican dentro del mismo grado de formación, habilidad y conocimiento que su entorno original?”. (OMS, 2002)

Uma coisa é uma política de saúde voltada, por exemplo, para uma determinada população indígena que repartem o mesmo universo simbólico, participam de uma mesma sociabilidade e partilham concepções de saúde semelhantes. Outra, bem diferente, é afirmar que o uso de uma prática médica possa e deva ser universalizável. No caso da homeopatia é preciso salientar que, apesar de alguns homeopatas descreverem a prática como participante de uma “racionalidade específica”, ela também tem uma ambição universalista. Diferentemente de certas práticas médicas tradicionais que reivindicam operar apenas dentro

de comunidades que partilham certo universo simbólico específico (como o xamanismo indígena, por exemplo), a homeopatia afirma sua eficácia e validade para quaisquer grupos humanos (ou mesmo em outros animais). O esforço para incluir a prática no Sistema Único de Saúde e disponibilizá-la para toda a população é consequência e exemplo dessa vocação.

Pesquisas nessas áreas, que se pretendam universalizáveis, exigem um desafio metodológico e epistemológico grande. Como já vimos no caso da homeopatia, muitos dos designs metodológicos sancionados pela ciência médica para avaliar tratamentos não são reconhecidos pelos praticantes da prática alternativa, e vice-versa. No momento em que a exigência se amplia para as outras várias práticas alternativas possíveis, a situação se complica ainda mais.

Se é verdade que o desenvolvimento de políticas públicas não se limita ao debate técnico, também é verdade, como demonstrado no texto da estratégia, que a questão técnica ocupa um papel importante. Ela acaba tendo que ser enfrentada politicamente. No Brasil, ao que parece, essa legitimação “técnica” da homeopatia veio não dos médicos ou das ciências “hard”, mas dos trabalhos das ciências humanas e do laboratório de “Racionalidades Médicas” da UERJ em particular. Antes de chegarmos a isso é necessário trazer à tona uma outra preocupação que é possível extrair do texto da OMS: O tema da propriedade intelectual de saberes tradicionais, em especial a apropriação de possíveis princípios ativos nas ervas da fitoterapia e da medicina baseada em ervas em geral.

A fitoterapia e as ervas ocupam um lugar de destaque no texto da OMS. O seu uso ampliado em países em desenvolvimento e sua adesão crescente em países desenvolvidos ampliou as preocupações sobre mal uso, formação dos terapeutas, e mesmo possíveis interações nocivas com outros medicamentos. A fitoterapia e as diversas medicinas indígenas (ou qualquer medicina baseada em ervas) teriam chamado também a atenção das grandes indústrias, sedentas por novos princípios ativos que pudessem gerar novas patentes: “Cada vez más, parece que el conocimiento de la MT está sendo apropiado, adoptado y patentado por científicos e industrias, com escasa o ninguna compensación para sus custodios originales, y sin su consentimiento informado”. (OMS, 2002). Aí entra uma das dimensões econômicas que estão ligadas às práticas alternativas e especificamente às fitoterapias. Todo um universo de tratamentos, moléculas, interações medicamentosas a serem estudados e transformados em propriedade pela indústria farmacêutica. A OMS aponta ao mesmo tempo para o grande potencial e o grande perigo (ético) desse cenário. A organização parece acreditar que,

fomentando políticas nacionais, esse perigo seja amenizado, e os potenciais mais bem explorados.

Há mais processos atuando dentro da dimensão econômica, em especial o interesse chinês: A diretora do grupo de trabalho em Medicina da OMS à época do lançamento da estratégia era a chinesa Dra Xiaorui Zhang. Praticante de Medicina Tradicional, ex-vicepresidente da Universidade de Medicina Tradicional de Beijin, ela é atualmente assessora do governo chinês em Medicina Tradicional. É importante salientar esse fato porque a China teve um papel forte na criação desse documento, e possui uma preocupação especial atrelada ao tema. Basta lembrar que a medicina tradicional chinesa é justamente uma das práticas inscritas no programa. Foi na China que o “General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine” foi lançado em 2000. Foi lá que seria realizado o primeiro congresso da OMS sobre medicina tradicional, em 2008, e de onde saiu o que ficaria conhecido como “Declaração de Beijing”, documento que afirma de maneira incisiva que: “El conocimiento de la medicina, los tratamientos y las prácticas tradicionales se deben respetar, conservar, promover y comunicar ampliamente y apropiadamente sobre la base de las circunstancias de cada país.” (OMS, 2008). O interesse pode ser de promover saúde, pode ser uma defesa cultural, mas não há dúvida que é também econômico. Para se ter uma ideia, as exportações de produtos da medicina tradicional chinesa chegaram a 3,14 bilhões de dólares em 2013. (CHINA DAILY, 2014).

Esse documento é um encontro de um feixe de interesses muito variado. A Organização Mundial da Saúde, como o próprio nome diz, é uma organização planetária. Delas participam centenas de outras organizações, institutos, e países associados. Todos com interesses diversos, diferentes ideias de saúde, diferentes propostas políticas. Alguns desses grupos tem opiniões diametralmente opostas. O grupo “Cochrane” por exemplo, é uma ONG interessada em promover a “medicina baseada em evidências”, e que realiza pesquisas diversas, de maneira independente da indústria farmacêutica. (E que levantou a polêmica sobre o Tamiflu, indicando-o como ineficaz). Suas revisões sobre homeopatia sistematicamente concluem que ela não teria eficácia maior que o placebo. Esse grupo é um dos colaboradores da Organização Mundial da Saúde. Ao mesmo tempo fazem parte da Organização as ligas homeopáticas internacionais, como a Liga Medicorum Homeopathica Internationalis e a Liga Internacional Médica Homeopática. É nesse terreno complexo de disputas e adequações que as estratégias da OMS serão definidas. Posições extremas de

negação ou legitimação talvez sejam difíceis de se estabelecer, abrindo lugar para concessões de um lado e de outro.

Como antes salientado, este não é um trabalho de análise do impacto de políticas públicas. Não se focará portanto na análise de se com a aplicação de nossa PNPIC se tenha conseguido ou não enfrentar os perigos e aproveitar os potenciais sublinhados pela OMS, mas esta é uma pergunta que se abre. Em relação, no entanto, ao processo de construção da política nacional, em particular sobre as estratégias homeopáticas, já é possível adiantar que a PNPIC parte claramente para a introdução das práticas no serviço antes dos estudos propostos.

V.II) A homeopatia no sistema de saúde antes da PNPIC.

O capítulo que descreve a história da batalha dos homeopatas pela legitimação de sua prática no Brasil já chamou a atenção para algumas das vitórias institucionais da homeopatia. Tendo isso em vista será apresentado apenas um pequeno resumo de como se deu a presença da homeopatia no sistema de saúde até o momento em que é introduzida definitivamente no SUS pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares.

Benoit-Jules Mure é o responsável por trazer a prática ao Brasil, em 1841. Enquanto esteve aqui pôde contribuir para a fundação da Escola Homeopática do Rio de Janeiro e da primeira farmácia homeopática do Brasil, um ano depois, também no Rio de Janeiro. Em 1843 é fundado o primeiro Instituto Homeopático Brasileiro. Já em 1845, seria criada a Escola Homeopática do Brasil, sob a direção de João Vicente Martins, a qual, em 1847, seria substituída pela Academia Médico-Homeopática do Brasil. Desde então vários hospitais abriram farmácias homeopáticas durante o fim do século XIX e o início do século XX. Até que, em 1966, durante o governo de Castello Branco, foi decretada obrigatória a inclusão da Farmacotécnica Homeopática em todas as faculdades de Farmácia do Brasil. Onze anos depois, em 1977, foi publicada a primeira edição oficial da Farmacopeia Homeopática Brasileira, e em 1980 o Conselho Federal de Medicina reconheceu oficialmente a homeopatia como especialidade médica. (CORRÊA ET AL, 2006).

A partir da década de oitenta o antigo INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) começa a passar por sucessivas mudanças em direção à universalização do atendimento, e forma um convênio com a Fiocruz, a Universidade Estadual do Rio de Janeiro e o Instituto Hahnemanniano do Brasil com o objetivo de institucionalizar a assistência homeopática na rede pública de saúde. Em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde, primeira conferência após a ditadura, e primeira conferência aberta à participação social, delibera em seu relatório final pela "introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o acesso democrático de escolher a terapêutica preferida". Posição que se repete na décima (1996), décima primeira (2000) e décima segunda (2003) conferências. (CONASS, 2009).

Até a implantação da atual Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, outra série de passos importantes precisou acontecer. Em 1988, resoluções da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN) - nº 4, 5, 6, 7 e 8/88, fixaram normas e diretrizes para o atendimento em Homeopatia, Acupuntura, Termalismo, Técnicas Alternativas de Saúde Mental e Fitoterapia. Sete anos depois, em 1995, é instituído o Grupo Assessor Técnico-Científico em Medicinas Não-Convencionais, por meio da Portaria GM Nº 2543, editada pela então Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde, e em 1999 a Portaria GM Nº 1230 inclui as consultas médicas em Homeopatia na tabela de procedimentos do SIA/SUS. (BRASIL, MS, 2006)

Durante todo esse tempo a homeopatia seria executada através de ações isoladas em algumas cidades, a partir da iniciativa dos gestores locais. Até que em 2003 inicia-se o esforço em se criar uma política a nível nacional que pudesse articular o atendimento das chamadas "medicinas complementares". Constitui-se o de Trabalho no Ministério da Saúde com o objetivo de elaborar a Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares (PMNPC), que acabaria se transformando na atual PNPIC, Política Nacional de Práticas Integrativas e complementares, em que se inclui a homeopatia. (DANTAS, 2007). Finalmente, em fevereiro de 2006, o documento final da política é aprovado por unanimidade pelo Conselho Nacional de Saúde, e consolida-se, assim, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde, publicada na forma das Portarias Ministeriais nº 971 em 03 de maio de 2006, e nº 1.600, de 17 de julho de 2006.

V.III) A construção da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares.

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares começa a ser costurada politicamente de maneira mais objetiva em 2003. Representantes da ABFIT (Associação Brasileira de Fitoroterapia), da AMHB (Associação Médica Homeopática Brasileira), da ABA (Associação Brasileira de Acupuntura) e da ABMA (Associação Brasileira de Medicina Antropofásica) reuniram-se com o então ministro da Saúde, Humberto Costa, para debaterem a construção da política. Decidiu-se pela implantação de um grupo de trabalho coordenado pelo Departamento de Atenção Básica e pela Secretaria Executiva. Participariam, pelo lado da burocracia estatal, representantes das Secretarias de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, e de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, além da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Pelo lado dos grupos profissionais participariam as próprias Associações Brasileiras já citadas.

Dividiu-se quatro subgrupos de trabalho representando as diversas áreas, e o subgrupo de homeopatia foi composto por: Secretaria de Atenção à Saúde; Secretaria Executiva; Secretaria de Gestão no Trabalho e Educação na Saúde; Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); Associação Médica Homeopática Brasileira (AMHB); Associação Brasileira de Farmacêuticos Homeopatas (ABFH); e Associação Brasileira de Cirurgiões Dentistas Homeopatas (ABCDH). A composição do subgrupo de trabalho, em que estão presentes as associações nacionais homeopatas, mas ausentes outras associações médicas da medicina convencional parece ter sido um importante fator a ter evitado conflitos.

O resultado do trabalho foi condensado no relatório do Primeiro Fórum Nacional de Homeopatia: A homeopatia que queremos implantar no SUS, realizado em 2004, em Brasília. Já neste documento irá se encontrar muito do que presente no texto final da política, as mesmas preocupações e estratégias. Lá já está em uso a expressão “racionalidade médica”, a preocupação com a formação, e o desafio de defender o caráter científico à prática ao mesmo tempo em que se defende sua peculiaridade epistêmica. Um exemplo que resume bem esse cenário está em uma das necessidades arroladas: “Desenvolver monitoramento permanente e **avaliações** periódicas das ações e práticas dos **profissionais homeopatas**, garantindo as

especificidades e necessidades da racionalidade homeopática.” (MS, 2004) O documento foi então pactuado na Comissão Intergestores tripartite e passou para a deliberação no Conselho Nacional de Saúde (CNS), ainda sob o nome de Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares.

A leitura das atas do CNS que tratam sobre o tema trouxe informações interessantes. Ela é apresentada na centésima sexagésima reunião ordinária do conselho, em novembro de 2005, e votada na reunião subsequente. Por força de pequenos ajustes sobre o texto da acupuntura voltaria a ser apreciada em fevereiro de 2006 para então ser aprovada por unanimidade. De cara demonstra-se a importância de um ator-chave: A Professora Doutora Madel Luz, que dirigiu o grupo sobre “Racionalidades Médicas” na UERJ. Quando a consultora técnica do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde apresenta a Política, ela assim o faz: “Começando a apresentação, explicou que a Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares do SUS foi definida a partir do documento da Organização Mundial de Saúde (OMS) ‘Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005’, que convoca os países a formular políticas na área, e do **arcabouço teórico da Professora Madel Terezinha Luz, da UFRJ [UERJ].**” (CNS, ATA 160, 2005). Mais uma vez o nome da professora aparece. De fato, seu grupo sobre “Racionalidades Médicas” é o grupo que hegemoniza o discurso sobre as chamadas “Práticas Integrativas” no Brasil, e sua definição de “Sistema médico complexo” chega a ser citada no corpo da política.

Sua descrição das práticas como “Racionalidades médicas” faz com que essas práticas ganhem um estatuto “racional-científico” que as protegem das críticas comumente a elas direcionadas como sendo práticas “arcaicas” ou “pseudocientíficas”. O termo escolhido não é um termo que tenta ser neutro, como “concepções médicas” ou “culturas médicas”. Ao usar a palavra “racionalidade” se está propositadamente querendo dar a essas práticas o mesmo estatuto epistêmico da ciência moderna. É Luz quem escreve, completando Boaventura de Souza Santos:

“O segundo processo que produzirá uma ‘vida decente’ é o resgate dos vários conhecimentos banidos ou sucumbidos pela racionalidade científica. Quando efetivada essa ação o conhecimento será ampliado e, então, ciência, religião e filosofia serão igualmente importantes para a vida humana”. (LUZ, 2012, p. 328).

Quando essa concepção for transportada para a política ela servirá como uma espécie de legitimação prévia. É interessante notar que não é portanto através das ciências médicas que a legitimação acadêmica das Práticas Integrativas (e especificamente da homeopatia) é conseguida, mas a partir das ciências humanas. O papel que Luz e o seu grupo tiveram no formato dessa Política não pode ser subestimado.

Também no CNS as palavras “qualidade”, “eficiência”, e “segurança” aparecem. A expressão “racionalização das ações” também. São palavras que precisam ser usadas para falar nos termos da ciência, e até por isso são palavras estratégicas. Um exemplo disso é a proposta do Conselho Federal de Medicina:

“sugestão do CFM 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.” (CNS, ATA 160, 2005)

Está aí clara a preocupação de associar as práticas a práticas científicas e diferenciá-las de “credences, mitos e magias”. A acupuntura, a homeopatia, fitoterapia e a medicina antroposófica seriam então conhecimento tradicional, “**mas também científico**”, e é por isso que poderiam integrar a política.

Outro exemplo se pode ler em:

“[...] lembrou que a medicina renegou a acupuntura e a homeopatia por considerá-las práticas alternativas baseadas em credences, mitos e magias, assim, salientou **a necessidade de lutar contra essa idéia**. Também destacou que há muito tempo os usuários lutavam contra o termo práticas alternativas, uma vez que pressupunha uma coisa ou outra.” (CNS, ATA 160, 2005)

Ao conectar as falas pode-se notar a importância que há em usar a palavra “integrativa” em lugar de “alternativa”. As práticas “integrariam” o campo da ciência e não precisam ser usadas em lugar de outros tratamentos ou da medicina convencional. A noção do que seria medicina complementar, alternativa, ou integrativa não é simples de ser identificada, havendo para o mesmo conceito, vários significados diferentes. O uso do termo “alternativo” varia, mas traria uma ideia mais baseada em oposição e negação de certos procedimentos ou mesmo ao arcabouço geral da medicina convencional. O termo “complementar” já estaria sob uma lógica de inclusão, que pretenderia desafiar a medicina convencional a incorporar a multiplicidade das diferentes tradições médicas. Mas mesmo esse termo já estaria cada vez mais sendo pelo termo “medicina integrativa”. (BARROS; NUNES, 2006). Essas noções trazem ainda a ideia de uma medicina de centro, sobre a qual outras orbitam, complementando-a, integrando-a ou servindo como opção alternativa. Essa ideia tampouco é incontroversa.

É interessante notar que a palavra “Integrativa”, que de fato seria incorporada ao nome da política, será usada mais tarde com um significado diferente. A prática vai ser “integrativa” no mesmo sentido em que “Integralidade”, enquanto princípio doutrinário do SUS é empregado. Na letra da lei, o princípio “Integralidade” é definido como a articulação da assistência à saúde em todos os seus níveis de complexidade, desde a promoção e prevenção até o complexo hospitalar, mas esse significado há muito foi expandido, e é hoje comumente utilizado para versar sobre as várias dimensões do fenômeno complexo da saúde, saindo da esfera puramente biológica e articulando-a com as esferas sociais e psicoafetivas. (VASCONCELOS; PASCHE, 2012).

As atas da apresentação no Conselho Nacional de Saúde dão a impressão de uma boa aceitação geral da proposta da política. As falas dos conselheiros vão sempre no sentido de apoio, complementação ou pequenos retoques no texto. Uma mudança importante contudo é proposta por vários conselheiros, mas é amplamente acatada: de que o texto deixe claro que as práticas não fiquem restritas a médicos. São exemplos:

“[...]o FENTAS [Federação Nacional dos Trabalhadores da Área de Saúde] defendia a mudança do nome Medicina Natural e Práticas Complementares, por entender que essas práticas poderiam ser exercida por qualquer profissional da saúde, desde que qualificado para isso.” (CNS, ATA 160, 2005)

“Carlos Alberto Duarte também considerou que o termo ‘Medicina Natural e Práticas Complementares’ restringia essa prática apenas à profissão médica, o que não deveria acontecer.” (CNS, ATA 160, 2005)

Os concelheiros estavam cientes da disputa legal que o tema da restrição das práticas aos médicos poderia gerar. Até por isso tentaram a estratégia de omitir uma das partes do texto da política:

“O Fórum solicitou a supressão do trecho “de acordo com a legislação vigente”, porque a legislação vigente centrava-se apenas nos médicos, desconsiderando as demais profissões da saúde” (CNS, ATA 161, 2005)

“[...] destacou que citar o trecho “de acordo com a legislação vigente”, de fato, poderia criar impeditivo legal para a execução das práticas complementares por outros profissionais da saúde, além dos médicos e, por essa razão, o FENTAS sugeriu a sua supressão.”. (CNS, ATA 161, 2005)

Fica demonstrada uma preocupação ativa com a abertura de um campo profissional amplo. Restringir as PIC à atuação de um médico significaria reduzir enormemente a oferta de serviços, afinal a grande maioria de seus praticantes não é formada em medicina. A proposta foi votada e acatada. De fato, como se imaginou, e apesar da supressão do trecho, houve tentativas de se restringir certos procedimentos aos médicos, em particular a acupuntura. A ação civil pública nº 2006.71.00.033780-3/RS de autoria do sindicato médico do Rio Grande do Sul é um exemplo. Mas a união venceu e o diploma de medicina continua sem ser uma obrigação para os praticantes das Práticas Integrativas e Complementares. Ao fim, o consenso se estabeleceu. Em fevereiro de 2016 o Conselho Nacional de Saúde aprova o novo texto da política por unanimidade.

CAPÍTULO VI: ANÁLISE DO TEXTO DA PNIC

Já na apresentação o texto da PNPIC é claro em salientar que as justificativas de sua implementação são “de natureza política, técnica, econômica, social e cultural”. (MS, 2006) As justificativas apresentadas já demonstram essa característica. A primeira que aparece é: “a crescente legitimação dessas [práticas integrativas e complementares] por parte da sociedade”. A segunda é a demanda por sua incorporação no SUS segundo as diversas Conferências Nacionais que tratam do tema da Saúde. Frisa-se a importância da demanda social como justificativa da política

O texto toca na questão técnica ao afirmar que “Estudos têm demonstrado que tais abordagens [as PIC] contribuem para a ampliação da co-responsabilidade dos indivíduos pela saúde, contribuindo assim para o aumento de exercício da cidadania.”. Tais estudos, no entanto, não são referenciados. Ao final do capítulo de apresentação se lê: “A melhoria dos serviços e o incremento de diferentes abordagens configuram, assim, prioridade do Ministério da Saúde, tornando disponíveis opções preventivas e terapêuticas aos usuários do SUS. Esta Política Nacional, busca, portanto, concretizar tal prioridade, **imprimindo-lhe a necessária segurança, eficácia, e qualidade** na perspectiva da integralidade da atenção à saúde no Brasil.” (MS, 2006). Os grifos são meus, e estão aí para chamar atenção para a presença dos mesmos termos que aparecem no documento da OMS. Segurança, eficácia, qualidade, são todos termos usados pela Organização Mundial da Saúde para descrever seus objetivos. Essa é a primeira vez que os termos irão aparecer na Política Nacional mas serão revisitados diversas vezes.

O documento apresenta qual seria o campo de atuação da política da seguinte forma: “O campo da PNPIC contempla sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos, os quais são também denominados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de medicina tradicional e complementar /alternativa.”. Os termos “sistemas médicos complexos” e “recursos terapêuticos” apontam para uma definição no rodapé que esclarece:

“Compreende-se por Sistemas Médicos Complexos as abordagens do campo das PIC que possuem teorias próprias sobre o processo saúde/doença, diagnóstico e terapêutica. LUZ.T.M, Novos Saberes e Práticas em Saúde Coletiva, São Paulo, Editora Hucitec, 2003” (MS, 2006)

“Compreende-se por recursos terapêuticos aqueles instrumentos utilizados nos diferentes sistemas médicos complexos.” (MS, 2006)

Aí está mais uma vez o nome da Professora Doutora Madel Luz, desta vez citada diretamente no texto da política e sustentando a descrição de uma categoria crucial para sua estruturação. É interessante notar que há certa circularidade na definição: O campo da PNPIC contempla sistemas médicos complexos e sistemas médicos complexos são abordagens do campo das PIC. Interessante ainda notar o uso do termo “teoria”, próprio da ciência, mas que é usado para singularizar: “teorias próprias”. Individualização que fortalece a ideia de que é o próprio sistema que julga (ou deve julgar) a si mesmo, por seus próprios critérios, por suas próprias concepções de saúde e doença. A ciência médica convencional seria apenas mais um sistema médico possível, e ela só teria alcance de julgar as práticas internas a seu sistema.

Essa lógica é extremamente benéfica à legitimação das práticas integrativas. Sendo elas uma outra coisa, uma outra epistemologia, não precisaria se firmar pelos mesmos critérios da alopatia. Seus critérios são (e deveriam ser) particulares. Essa concepção de sistema médico que não é só descritiva, mas também normativa, se combina com a categoria que dá nome ao grupo de estudos da UERJ, e que também é encontrada no texto da política: “racionalidades médicas”. Juntas formam uma eficiente defesa às críticas dos “alopatas” sobre “pseudociência”, “mito” e “ineficácia”, defesa que é levantada a partir da própria descrição teórica das práticas.

Com esse escudo em mãos apenas os oponentes mais beligerantes incomodarão. O clínico, o político, o burocrata e o paciente não tem porque entrar no debate. É um outro sistema, igualmente racional, igualmente científico. Irá funcionar de qualquer forma. Depois que o Estado aprova a política e dá mais essa chancela de legitimação, aí a naturalização é maior ainda, e a necessidade de problematizar diminui. A combinação entre essas duas formas de descrever as práticas aparece logo na descrição do que seria a homeopatia:

“A Homeopatia **sistema médico complexo** de caráter holístico, baseada no princípio vitalista e no uso da lei dos semelhantes enunciada por Hipócrates no século IV a.C. Foi desenvolvida por Samuel Hahnemann no século XVIII, após estudos e reflexões baseados na observação clínica e em experimentos realizados na época, Hahnemann

sistematizou os princípios filosóficos e doutrinários da homeopatia em suas obras Organon da Arte de Curar e Doenças Crônicas. A partir daí, **essa racionalidade médica** experimentou grande expansão por várias regiões do mundo, estando hoje firmemente implantada em diversos países da Europa, das Américas e da Ásia.” (MS, 2014)

O uso desses termos parece ser uma estratégia epistemológica e política ao mesmo tempo. Seu uso não é inocente, difícil conceber que não se saiba do poder que esses termos carregam. Isso não quer dizer necessariamente que tal descrição seja um embuste ou uma farsa criadas com fins puramente estratégicos: ela vem de dada concepção epistemológica bastante comum e atual, já visitada no capítulo sobre o debate Epistemológico: Uma concepção que reconhece a existência não de uma Epistemologia que seria exercida pela ciência, mas de várias possíveis, todas igualmente válidas a depender do contexto.

Essa concepção epistemológica “de fundo” precisa ser chamada a atenção, pois apesar de ter ganhado força e espaço, principalmente na área de ciências humanas e nos movimentos sociais, ainda recebe muita resistência em outros campos, como o campo das “ciências duras”. Não é de se espantar portanto que a formulação dessa concepção epistemológica não tenha entrado na política através de biólogos, farmacêuticos ou químicos pesquisando em seus laboratórios. Parece ter sido sim através das ciências humanas, e mais especificamente pelo capital social acumulado por uma importante pesquisadora acadêmica, com o apoio de pessoas ligadas a movimentos sociais da área da saúde pública, e em um contexto político favorável.

Na justificção do porquê da introdução da homeopatia na política o texto mantém uma estratégia de não-confrontamento com a lógica científica e médica hegemônica. Dessa maneira as justificções tocam em coisas como:

- Fortalecimento da relação médico-paciente “como um dos elementos fundamentais da terapêutica” (MS, 2006)

A crítica à “falência da clínica” é generalizada, e apontada por muitos médicos, especialmente os interessados na discussão sobre atenção básica e saúde pública. Fortalecer a relação médico-paciente é um objetivo em comum e nada polêmico.

- “Contribui para o uso racional de medicamentos, podendo reduzir a fármaco-dependência”. (MS, 2006)

Além da expressão chave “uso racional”, está presente nessa frase o argumento da redução da fármaco-dependência. Também um objetivo comum. A baixa Iatrogenia⁴ do tratamento homeopático (que seus críticos dizem ser fruto da inatividade mesma dos medicamentos) é um grande trunfo da homeopatia. As possibilidades de complicações, os tratamentos invasivos, os efeitos colaterais dos remédios da medicina convencional são bem conhecidos e temidos.

- “Atua em diversas situações clínicas do adoecimento como, por exemplo, nas doenças crônicas **não-transmissíveis**, nas doenças respiratórias e alérgicas, **nos transtornos psicossomáticos** reduzindo a demanda por intervenções hospitalares e emergenciais, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos usuários.” (MS, 2006,).

Note-se a referência a doenças “não-transmissíveis” e aos “transtornos psicossomáticos”. O uso da homeopatia em doenças transmissíveis, como AIDS e tuberculose, costuma ser muito mais polêmica, sofrendo resistências mesmo entre homeopatas. Por sua vez, mesmo os mais ferrenhos críticos à homeopatia reconhecem que ela atua em transtornos psicossomáticos (na verdade atuaria somente aí). Enquanto a homeopatia se restringe a tratamentos que os médicos alopatas julgam “não perigosos”, e que portanto “mal não fazem”, o potencial conflito é muito menor. Mas quando seu uso começa a querer

⁴ Iatrogenia refere-se a um estado de doença, efeitos adversos, ou complicações resultantes do tratamento médico.

ser usado em outras searas, a reação costuma se intensificar. Basta lembrar da crise que se deflagrou quando alguns municípios propuseram o uso de medicamentos homeopáticos para prevenir a Dengue. Não demorou para que os conselhos regionais de medicina protestassem. (CREMERN, 2011)

O texto da política seguirá tendo que lidar com essa tensão constante: de um lado, garantir “segurança”, “eficácia”, “qualidade” e cientificidade dos serviços, de outro, garantir o respeito ao que seriam as especificidades epistêmicas e metodológicas das práticas. Algumas vezes isso aparece dentro de uma mesma frase, como quando se fala das medidas que precisariam ser tomadas: “Garantir as condições essenciais à **boa prática** em Homeopatia, considerando as suas **peculiaridades técnicas**, infraestrutura física adequada e insumos.” (MS, 2006).

Assim, o texto segue salientando que é preciso “Estabelecer **critérios técnicos** de organização e funcionamento da atenção homeopática em todos os níveis de complexidade, de modo a garantir a oferta de **serviços seguros, efetivos e de qualidade** [...] com a participação das **sociedades científicas homeopáticas** reconhecidas”, mas que também seria necessário “Promover a inclusão da **racionalidade homeopática** nos cursos de graduação e pós-graduação strictu e lato sensu para profissionais da área de saúde”, e permitir “[...] um espaço de discussão acerca da formação/**episteme** homeopática e modelo de atenção.”.

Na burocracia estatal assim como no resto do mundo dito “ocidental”, a ciência costuma ser defendida como o melhor arsenal de ferramentas para se conseguir um conhecimento seguro e próximo do verdadeiro. Nesse sentido, “Ciência”, “Razão”, e seus adjetivos “científico” e “racional” são palavras que ganham alto grau valorativo. Uma decisão é acertada quando ela é “racional”. Uma política pública precisaria ser construída “racionalmente”. Para entender por que e como caem os relâmpagos seria recomendável usar a ciência. Para se construir aviões (e remédios), também. Não é à toa, portanto, que o caráter científico e racional da homeopatia precisaria ser afirmado, e que essas palavras apareçam tantas vezes no texto da política. Mesmo havendo correntes da homeopatia que não compreendem a prática como “ciência”, e que ao contrário, sejam até críticos à ciência e ao racionalismo, no texto da política o que é reforçado é o lado “cientificista”.

A tensão particularidade homeopática / homeopatia como ciência não é fácil de lidar. Como antes exposto, os princípios, métodos e leis da homeopatia vão em um sentido totalmente estranho à medicina convencional e em muitos termos incompatíveis com os princípios, métodos e leis da bioquímica. Ao mesmo tempo, a homeopatia precisaria ter “eficácia”, “segurança”, e “qualidade”. Ela precisaria, enfim, funcionar. E a “epistemologia” que costuma ser reconhecida como legítima para fazer a medição dessa eficácia é a da ciência. A mesma em que a bioquímica se apoia. O conjunto de pesquisas, revisões sistemáticas e meta-análises realizadas através dessa “episteme” científica tende a apontar para a falta de eficácia da homeopatia. Pesquisas que são logo contestadas pelos homeopatas, que não reconhecem como válido o método por elas utilizado. Por sua vez, quando chega o momento de os homeopatas apresentarem suas pesquisas são os seus métodos que são imediatamente contestados. Não estariam sob as égides do rigor científico.

No texto da política a tensão particularidade homeopática / homeopatia como ciência nunca é apresentada como uma tensão. A falta de legitimação da homeopatia nos círculos da pesquisa médica não é sequer citada. (Na ata das reuniões do Conselho Nacional de Saúde essa falta de legitimação é citada em dois momentos, e apenas para dizer que é preciso combatê-la). (CNS, ATA 160, 2005). Nenhuma pesquisa comprovando eficácia é usada para justificar a introdução da homeopatia na política. As pesquisas que são propostas já partem do pressuposto da eficácia da homeopatia enquanto prática médica e de que futuras pesquisas deveriam ser realizadas apenas no sentido de aperfeiçoá-la: “Priorizar as linhas de pesquisas em Homeopatia a serem implementadas pelo SUS, em especial aquelas que contemplem a avaliação da eficácia, da eficiência e da efetividade da Homeopatia, **visando o aprimoramento e consolidação da atenção homeopática** no SUS.” (MS, 2006). Tendo em conta que o subgrupo de especialistas que construiu a política, à exceção dos burocratas, foi todo composto por organizações de homeopatas (Associação Médica Homeopática Brasileira; Associação Brasileira de Farmacêuticos Homeopatas; e Associação Brasileira de Cirurgiões Dentistas Homeopatas), então não é difícil entender porque a eficácia da homeopatia é uma pressuposição, e porquê o silêncio sobre a controvérsia com a medicina convencional.

Sem a apresentação do impasse, e já partindo do pressuposto da eficácia da homeopatia como prática médica, um dos argumentos técnicos de sua presença na política se dá pela capacidade holística dessa “racionalidade médica”, que entende o sujeito em suas múltiplas dimensões, “[...] física, psicológica, social e cultural.” (MS, 2006). (Abre-se o parêntese para atentar para o fato de não ser citada a dimensão “espiritual”, importante para

muitos homeopatas, mas que é muito mais polêmica). A visão “integral” do sujeito pela homeopatia se compatibilizaria com o princípio de “integralidade” do SUS. “Desta forma, essa concepção contribui para o fortalecimento da integralidade da atenção à saúde”. (MS, 2006).

Outro argumento importante é o apelo à tradição: “Esta política atende, sobretudo, à necessidade de se **conhecer, apoiar, incorporar e implementar** experiências que já vêm sendo desenvolvidas na rede pública de muitos municípios e estados”. (MS, 2006) A ideia seria organizar e normatizar as práticas que estariam sendo feitas sem diretrizes, sem acompanhamento ou avaliação. Mas nota-se que apoio a essas experiências já está dado. A possibilidade de que uma vez “conhecendo-se” e “avaliando-se” essas práticas, alguma seja descartada, não é sequer vislumbrada.

É citada ainda a legitimação social, que não deixa de ser uma espécie de referência à tradição: “A partir das experiências existentes, esta Política Nacional define as abordagens da PNPIC no SUS, tendo em conta também a **crescente legitimação destas** por parte da sociedade.” (MS, 2006). Legitimação que refletiria em uma demanda por sua incorporação no SUS segundo atestariam as deliberações em diversas conferências nacionais que tocam o tema da saúde. De fato, o relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, a conferência que marca a organização do que seria o futuro Sistema Único de Saúde, cita a “introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o direito democrático de escolher a terapêutica preferida”. Sugere a “inclusão no ensino em saúde do conhecimento das práticas alternativas”, e que se invista em pesquisa para “aprofundar o conhecimento e utilização de formas alternativas de atenção à saúde”. (MS, 1986). Essa é a justificativa política para sua implementação: um respeito às decisões e apelos dos fóruns de participação social.

É uma justificativa importante, pois o controle social é um dos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde, versando sobre a capacidade que a sociedade civil precisaria ter de interferir sobre a gestão pública. É assegurado em lei que as Conferências de Saúde sejam deliberativas, ou seja, tenham o poder de determinar as prioridades das políticas de saúde. No entanto, diversos estudos tem demonstrado que a existência dos conselhos não é suficiente para garantir um verdadeiro campo democrático de negociação de amplos interesses sociais. Mesmo assim, a autoridade legitimadora do conselho é poderosa, compreendido que é como o espaço por excelência da participação social em saúde. (SALIBA ET AL, 2009) (STRALLEN

ET AL, 2006) (COHN, 2012). E, por fim, o argumento de que a Política Nacional é uma resposta a uma recomendação da Organização Mundial da Saúde: “O documento ‘Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2002- 2005’ reafirma o desenvolvimento desses princípios”. (MS, 2006).

É preciso lembrar de que o documento citado defende a criação de políticas a partir de uma dupla preocupação: a possibilidade de aproveitar um imenso potencial inexplorado de práticas terapêuticas, e o medo de que algumas dessas práticas não sejam eficazes e possam estar pondo a segurança dos pacientes em risco. “Puesto que la MT es una forma de atención sanitaria muy accesible y asequible en muchos países con ingresos bajos, la OMS está promoviendo su inclusión — **donde la seguridad y eficacia es algo probado** — en planes para mejorar el estado sanitario”. (OMS, 2002) Como se viu, a política nacional brasileira não seguiu essa ordem de passos. A segurança e eficácia da homeopatia (e de todas as demais práticas) foram pressupostas.

CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares demonstrou-se ser não uma peculiaridade brasileira, mas parte de uma tendência mundial que foi se construindo ao longo dos anos e acabou se estruturando no documento “Estratégia da Organização Mundial da Saúde sobre medicina tradicional 2002-2005”. Esse documento incita os países membros a formarem políticas que tratem do tema das chamadas “medicinas tradicionais” e “medicinas complementares e alternativas”. Obviamente cada país irá lidar com essa demanda de maneira diferente a depender dos seus próprios contextos nacionais. A PNPIC é a resposta brasileira a isso, e foi construída tendo que lidar com suas peculiaridades.

A homeopatia está incluída nessa política assim como esteve incluída no documento da OMS. Ela entra sob o enorme guarda-chuva conceitual que o termo MT/MCA (No caso da OMS), e as expressões “sistemas médicos complexos”, e “racionalidades médicas” (No caso brasileiro) abrigam. A análise crítica dos documentos permitiu afirmar que essa definição parece ter uma preocupação ética de fundo: escapar de uma visão julgada etnocêntrica que hierarquizaria diferentes saberes médicos e elegeria a medicina “científica” “ocidental” como único saber legítimo. É o reflexo, nesse campo específico, das críticas sofridas pela epistemologia iluminista de forma mais ampla. A Organização Mundial de Saúde não é a inventora, portanto, dessa homogeneização. Ela só lhe imprime um carimbo institucional importante.

Ao se tentar fugir de uma concepção que seria eurocêntrica e preconceituosa, parece que se caiu em uma armadilha, uma espécie de etnocentrismo condescendente que trata culturas e experiências muito distintas umas das outras como se fossem a mesma coisa. Práticas que são definidas não pelo que elas são em suas peculiaridades, mas, ironicamente, por sua diferença frente ao que seria “ocidental” e “moderno”. A definição de Medicina Tradicional chega ao ponto de estabelecer um critério diferenciador de “Medicina Tradicional” e “Medicina Complementária e Alternativa” que é expressamente geopolítico: o “sul ainda não desenvolvido” é o lugar da tradição, o “norte desenvolvido” o lugar do moderno, onde a tradição (que lhe é externa) vem lhe complementar ou servir como alternativa.

A homogeneização exotérica dessas práticas parece ter servido, contudo, para o fortalecimento da legitimação social de todas elas. A desconfiança que sofrem frente à medicina convencional hegemônica é realmente algo em comum a todas as experiências. Quando unificadas, somaram forças, gerando um capital político importante o suficiente para disputar espaços frente às oposições hegemônicas. É exemplar o fato de que o Termalismo, prática que estava ausente no primeiro documento apresentado pela PNPIC ao Conselho Nacional de Saúde ter sido adicionado ao texto sem o menor conflito, bastando a sugestão de um dos conselheiros e o pressuposto de que essa era uma prática médica não convencional. (ATA 160, CNS) O esforço político dos defensores da inclusão de Termalismo nesse caso foi próximo de zero. Ele estava ancorado na força das outras práticas. A homeopatia, claro, também se aproveitou disso.

O exemplo acima também indica as dificuldades e limites que os fóruns que se pretendem democráticos -- como o Conselho Nacional de Saúde -- encontram ao ter que levantar debates de conteúdo técnico. Sem formas de intermediar a conexão entre público e especialistas, nem mesmo os termos das controvérsias são propriamente conhecidos, e a aprovação de toda uma prática médica pode se dar pela sugestão em passant de um conselheiro, sem qualquer debate ou apreciação do caso.

Os termos usados no texto política brasileira não estão baseados na diferença entre “Medicina Tradicional” e “Medicina Complementar e Alternativa”. Na primeira versão sugerida o nome era “Medicina Natural e Práticas Complementares”. As atas do Conselho Nacional de Saúde demonstraram que por acharem que o termo “medicina” restringiria as práticas aos profissionais médicos, deveria ser retirada. O termo “Integralidade” por sua vez foi sugerido porque significaria que as práticas estariam “integradas” ao escopo científico. “[...] Integrativa, que consiste na medicina que utiliza o conhecimento científico convencional agregado ao conhecimento tradicional (milênar ou centenário), também científico.” (ATA 160, MS, 2005) Depois, esse termo iria servir para fazer referência ao princípio orientador do SUS, que possui o mesmo nome. Por sua vez, o termo “alternativa” nunca foi proposto. Cedo no Brasil pretendeu-se deixar claro que não seria uma questão de oposição ou de uso exclusivo.

“Práticas Integrativas e Complementares” é o termo que aparece no nome da política nacional, sendo que a política faz referência ao fato de que seu objetivo é contemplar as diversas “racionalidades médicas”. Este é um termo teórico da autora Madel Luz, desenvolvido durante a década de 90 em seu grupo de pesquisa na UERJ. É um termo que tem a mesma preocupação ética em dar estatuto epistemológico igualitário aos diversos sistemas médicos, mas com a vantagem de não defini-los a partir de uma geografia. Em um artigo em parceria com diversos autores Luz explica: “[...] existe mais de uma racionalidade médica, contrariamente ao senso comum ocidental que admite somente a biomedicina como portadora, no sentido científico do termo.” (NASCIMENTO ET AL), de onde se nota a filiação da autora à corrente crítica à epistemologia tradicional.

A princípio o termo “racionalidade” não deveria ser usado como medida ou garantia de qualidade, eficácia ou universalização de um sistema médico complexo. Uma de suas características seria “[...] um corpus de significados, concepções e proposições que se **pretendem** demonstráveis empiricamente.”. E a autora afirma ainda que “Não houve também uma tomada de posição quanto ao valor ético ou epistemológico dos sistemas médicos definidos como racionalidade médica.” (NASCIMENTO ET AL, 2013). Ou seja, pretenderia ser uma categoria “descritiva”. Claramente, no entanto, o termo “racionalidade”, em um mundo onde as ideias de racionalidade e cientificidade são tão coladas, e onde a ciência ocupa um local privilegiado no papel de dizer o que seria real, é sim um termo valorativo. Tanto é que a autora quer criticar essa colagem de “racionalidade” a apenas a biomedicina. Nesse sentido, parece difícil, nesse contexto, defender que não haveria tomada de posição do valor epistemológico desses sistemas. Ainda mais quando a própria autora desloca sua descrição de racionalidades médicas como uma proposição que **pretende** ser demonstrável para uma proposição “**capaz** não apenas de **eficácia prática**, como de **verificação e comprovação** de significados (teóricos) em **experimentação**.” (LUZ, 2005). Nesses termos, descrever algo como uma “racionalidade médica” significa dizer que aquele sistema médico possui eficácia prática, e que foi verificada e comprovada em experimentação. Definitivamente não é assim que a homeopatia, por exemplo, é vista por pesquisadores da medicina convencional. Pelo contrário. O que nos traz de volta à questão sobre quais os critérios de avaliação dessa eficácia que são aceitos tanto por homeopatas quanto por alopatas. Não parecem existir.

A autora categoriza a Homeopatia como uma racionalidade médica, o que significa que para ela esse sistema médico cumpriu com esses pré-requisitos. Seu grupo de pesquisa na UERJ é o grupo, no Brasil, que domina até hoje o discurso sociológico sobre os sistemas médicos. Sua influência no desenho da PNPIC é clara, a referência ao seu construto teórico é direta e aparece no texto da política. A legitimação acadêmica que a homeopatia não conseguiu através das ciências médicas é conseguida através das ciências humanas. No subterrâneo de toda essa história pode-se notar o importante papel que a crítica à epistemologia tradicional tomou. A possibilidade de não uma, mas várias epistemologias, a crítica ao “cientificismo”, o chamado à valorização de outro saberes, tudo isso contribuiu para criar o ambiente intelectual favorável à legitimação de práticas médicas não convencionais, a homeopatia entre elas. Essa concepção epistemológica serviu então não apenas como instrumento político, mas como contexto definidor de estratégias pragmáticas possíveis.

Obviamente as disputas epistemológicas sozinhas não seriam capazes de explicar o formato que a homeopatia tomou na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. O relato histórico da busca por legitimação da homeopatia no Brasil deixa claro que estão envolvidas, por exemplo, disputas por espaços profissionais e status. O debate científico foi só uma das estratégias em que pode se incluir o apelo direto a figuras importantes do estado, a disputa por aprovação de leis de interesse, a formação de institutos nacionais, a propaganda nos jornais, a tentativa de incluir sua prática nos currículos das instituições de ensino. As vitórias e derrotas das investidas podem estar conectadas a dimensões muito variadas, desde a habilidade política pessoal de um presidente de um instituto, passando pela atuação de centros espíritas e terreiros, até a influência de contextos sociais contra culturais.

Quando a PNPIC foi aprovada atuaram diversos fatores pragmáticos em conexão com uma série de condições favoráveis. Além do contexto epistêmico-intelectual já discutido, havia, por exemplo, no Brasil, um governo cuja política se orientava pela lógica da coalizão. Quando o Ministério da Saúde se propôs a organizar a política chamou os representantes das organizações das diversas práticas, dando-lhes autonomia e evitando conflitos. Antes, a reforma sanitária e a construção do Sistema Único de Saúde já haviam estabelecido princípios orientadores de inclusão, participação social e visão ampliada de saúde. Princípios que, como demonstrado, foram importantes na justificação da política. Há ainda:

A militância acadêmica do grupo de estudos da UERJ, que já há mais de 10 anos discutia o tema e defendia a homeopatia ultrapassou a dimensão puramente epistemológica e deu o selo de legitimação da academia à política, o que não é pouca coisa. A “falência da clínica” que até hoje impacta em uma crise de confiança nos clínicos e na medicina em geral, os inúmeros escândalos em que se envolveram e se envolvem a indústria farmacêutica, a hipermedicalização e o alto preço dos medicamentos, tudo isso vem minando a medicina convencional e gerando uma enorme demanda para a busca de outras formas de tratamento. A importância do tom conciliador do texto da política, que evita os temas mais controversos sobre a homeopatia e que tece elogios aos valores científicos que a medicina convencional adota ao mesmo tempo em que critica os aspectos da clínica que os alopatas também condenam. O fato de não haver mais no Brasil uma tradição que promova um confronto direto com a medicina convencional em si, situação que é diferente em outros países, onde a resistência à vacina por exemplo é comum entre homeopatas. (CARRILLO-SANTISTEVE ET LOPALCO, 2012). E, por fim, o lançamento em 2012 do documento da Organização Mundial da Saúde que incita os países membros a construir políticas públicas sobre esse tema. De certa forma a PNPIC é uma resposta à solicitação da OMS, e a homeopatia é uma das “Práticas Alternativas e Complementares” lá citada. É curioso pensar que os interesses culturais e econômicos da China em legitimar sua medicina tradicional e suas plantas medicinais tenham acabado atuando como um dos facilitadores da inserção da homeopatia no Sistema Único Brasileiro, mas parece ser esse o caso.

Fechada a descrição sociológica do processo que instaura a homeopatia no SUS, uma outra série de perguntas se abre. Seria interessante por exemplo olhar para a outra ponta do objeto e tentar compreender o processo de construção e adesão, nos atores sociais envolvidos, de determinada “cultura epistêmica” e/ou concepção de saúde. Nesse sentido, quais seriam as trajetórias institucionais, educacionais e pessoais dos diversos atores sociais que disputam a legitimidade da homeopatia? E de que forma tais trajetórias contribuiriam para a formação de distintas culturas epistemológicas e políticas?

Essas são perguntas que não cabem no escopo desse trabalho, mas que estão presentes no projeto de doutorado já aprovado neste mesmo programa. Espera-se que o resultado desta dissertação sirva de apoio para uma Tese que, se bem sucedida, possa lançar luz sobre como se formam e se resolvem conflitos entre essas tradições médicas distintas.

BIBLIOGRAFIA:

AKIWOWO, A. **Indigenous Sociologies: Extending the Scope of the Argument.** International Sociology, 1999. P. 14-115

AMHB - ASSOCIAÇÃO MÉDICA HOMEOPÁTICA BRASILEIRA. **Céticos versus homeopatia: conflitos de ideias e de interesses.** 2011. Disponível em: <<http://download.uol.com.br/cienciasaude/nota-oficial-amhb.pdf>> Acesso em: 27 Jul. 2014.

AMHB - ASSOCIAÇÃO MÉDICA HOMEOPÁTICA BRASILEIRA. **Institucional.** Disponível em: <<http://www.amhb.org.br/conteudo/206/157/institucional.html>>. Acesso em: 27 Jul. 2014.

AMS. Resolución 22.54, 1966

AMS. Resolución 29.72, 1976

AMS. Resolución 30.40, 1977

AMS. Resolución 31.33, 1978

AMS. Resolución 40.33, 1987

AMS. Resolución 41.19, 1988

AMS. Resolución 42.43, 1989

AMS. Resolución 54.11, 2001

ANGELL, M. **A verdade sobre laboratórios farmacêuticos.** Trad. Barcellos, W. 319p. Editora Record, Rio de Janeiro, 2007.

BARROS, N.; NUNES, E. Medicina Alternativa e Complementar no Brasil: um conceito e diferentes significados. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 2023-2039, 2006.

BEGLEY C. G, ELLIS, L. M. Drug development: raise standards for preclinical cancer research. **Nature**, 483(7391): 531-3, 2012.

BEKELMAN, J; GROSS, G. Scope and impact of financial conflicts of interest in biomedical research: a systematic review. **JAMA**; 289: 454-65, 2003

BERO, L; OOSTVOGEL, F; BACHETTI, P; LEE, K. Factors Associated with findings of published trials of Drug-Drug Comparisons: why some statins appear more efficacious than others. **PLoS Med**, 5(4): 184, 2007

BLOOR, D. **Conhecimento e Imaginário Social**. São Paulo: Unesp, 2010. 300 p.

BOIRON. Reference Document, 2013

BOURDIEU, P. “O Campo Científico”. In: Ortiz, R. **Pierre Bourdieu**. Coleção Grandes Cientistas Sociais. São Paulo: Ática, 1983.

BOURGEOIS, F; MURTHY, S; MANDEL, K. Outcome reporting among drug trials registered in clinicaltrials.gov. **Annals of Internal Medicine**, 153(3):158-66. 2010

BRASIL. CNS. Ata 160, 2005.

BRASIL. CNS. Ata 161, 2005.

BRASIL. CNS. Ata 162, 2006.

BRASIL. CNS. Relatório da oitava conferência nacional de saúde, 1986.

BRASIL, Ministério da Saúde. A homeopatia que queremos implementar no SUS. Relatório. 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. **Atitude de ampliação e acesso**. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnpic.pdf>>. Acesso em: 28 Jul. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gabinete do Ministro**. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria971_03_05_06.pdf>. Acesso em: 28 Jul. 2014.

BROWN, R. J. **Who Rules in Science? An Opinionated Guide to the Wars**. Harvard University Press, 2001. 256p.

CARRILLO-SANTISTEVE, P. ET LOPALCO, P.L. Measles still spreads in Europe: Who is responsible for the failure to vaccinate? **Clinical Microbiology and Infection** 18 (Suppl.5): 50–6. 2012.

CHINA DAILY. Jing, Y. **Pharmaceutical industry needs shot of innovation**. Disponível em: [http://www.chinadaily.com.cn/business/201402/11/content_17276108.htm.] Último Acesso 24/03/2017.

CHIRAC P; TORRELE E. Global framework on essential health R&D. **Lancet**; 367 (9522): 1560-61. 2006

COHN, A. O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos. In: **Tratado de Saúde Coletiva**, ORG: CAMPOS ET AL, Hucitec, São Paulo, 2012. P. 219 – 246.

COLLINS, H. & PINCH, T. **Doutor Golem**: como pensar a medicina. Belo Horizonte, Fabrefactum, 2010. 255 p.

COLLINS, H. & PINCH, T **O Golem à Solta**: o que você deveria saber sobre tecnologia. Fabrefactum, 2016. 252 p.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS EM SAÚDE. **As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas**. Brasília, 2009. Disponível em: <http://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_18.pdf>. Acesso em: 28 Jul. 2014.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO RIO GRANDE DO NORTE. **CRM alerta sobre uso de medicamento contra Dengue**. Rio Grande do Norte, 2011. Disponível em: <http://www.cremern.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=21713:crm-alerta-sobre-uso-de-medicamento-contradengue&catid=3>. Acesso em: 27 Jul. 2014

CORRÊA, A. D. R.; SIQUEIRA-BATISTA, R.; QUINTAS L.E.M. Similia Similibus Curentur: notação histórica da medicina homeopática. **Rev. Ass. Med. Bras.** São Paulo, v. 43, n. 4, p. 347-351, 1997.

CORRÊA, A. D.; QUINTAS, L. E. M.; SIQUEIRA-BATISTA, R.; SIQUEIRABATISTA, R.: Similia Similibus Curentur: revisitando aspectos históricos da homeopatia nove anos depois. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 13, n. 1, p. 13-31, jan.-mar. 2006.

DANTAS, F. Homeopatia e Atenção à Saúde em Serviços Públicos. **Cultura Homeopática**, São Paulo, n. 18, 2007.

DIB EL, R. **Como praticar a medicina baseada em evidências**, *Jornal Vascular Brasileiro*, 6(1):1-4, 2007.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder** Ed. Graal, 1979. 296p

GALHARDI, W; BARROS, N.; LEITE-MOR, A. A homeopatia na rede pública do Estado de São Paulo: facilitadores e dificultadores. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Florianópolis, v. 7, n. 22, p. 35-43, 2012.

GENESTRETI, G. Manifestantes se reúnem para tomar overdose de homeopáticos. **Folha de São Paulo**, São Paulo, Fev. 2011. Disponível em:<<http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/871244-manifestantes-se-reunem-para-tomar-overdose-de-homeopaticos.shtml>>. Acesso em: 27 Jul. 2014.

GLICKMAN, W; MCHUTCHISON, J ET AL. Ethical and scientific implications of the globalization of clinical research. **New Engl J Med** 360:816e23, 2009.

GLOBAL FORUM FOR HEALTH RESEARCH 2002. The 10/90 Report on Health Research 2001-2002. **Global Forum for Health Research**, Geneva.

GOLDRACE, B. **How drug companies mislead doctors and harm patients**. 1a Ed. Faber & Faber: New York, 2013. 456p.

HALL, H. Scientific American Declares Homeopathy Indispensable to Planet and Human Health. **Science-Based Medicine**, Abr. 2012. Disponível em: <<http://www.sciencebasedmedicine.org/scientific-american-declares-homeopathy-indispensable-to-planet-and-human-health/>>. Acesso em: 28 Jul. 2014.

HARDING, S.. “**A instabilidade das categorias analíticas na teoria feminista.**” Revista Estudos Feministas 1 (1) 1993

JASPERS, K. **La práctica médica en la era tecnológica**. 1.ed. Ed. Gedisa, Barcelona, 1988. 189 p.

KITCHER, P. **Science, Truth, and Democracy**. Harvard University Press. 2001. 216p.

KUHN, T. **Estrutura das Revoluções Científicas**. 10 ed. São Paulo: Perspectiva, 2010. 264 p.

LANCET. **Editorial**, Vol 366, August 27, 2005

LATOUR, B. & WOOLGAR, S. **Vida de Laboratório**; a produção dos fatos científicos. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1997. 312 p.

LATOUR, B. **Reagregando o social: uma introdução à teoria do ator-rede**. Salvador: Edufba-Edusc, 2012. 400p.

LEXCHIN, J ET AL. Pharmaceutical industry sponsorship and research outcome and quality: systematic review. **BMJ**, 326:1167-70. 2003

LORENZO C, GARRAFA V. **Clinical trials, the State and society: where does science end and profit-making begin?** [debate]. *Salud Colectiva*. 2011;7(2):166-170.

LUZ, M. **A arte de curar versus a ciência das doenças**: História social da homeopatia no Brasil. 2. Edição. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. 454 p.

LUZ, M; BARROS, N. Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas em Saúde: Uma análise sócio-histórica e suas relações com a cultura atual. In: **Tratado de Saúde Coletiva**, ORG: CAMPOS ET AL, Hucitec, São Paulo, 2012. P. 317-340.

LUZ, M. Novas práticas em saúde coletiva. In: *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina*. ORG: MINAYO, M; COIMBRA, J Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2005.

MACHADO ET AL. **Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Edições Graal. Rio de Janeiro, 1978. 559p.

MERTON, R. **Sociologia**: Teoria e Estrutura. São Paulo: Mestre Jou, 1968. 758 p.

MORIN, E. **Ciência com consciência** – Editora Bertrand. Rio de Janeiro, 2005. 350p.

NASCIMENTO ET AL. A categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 18, núm. 12, 2013. P. 3595-3604

NIHCM, **Changing Patterns of Pharmaceutical Innovation**: A research report by The National Institute for Health Care Management Research and Educational Foundation. 2002
Disponível em:

[<http://www.nihcm.org/search?searchword=innovations%20medicines&searchphrase=all>]

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

OMS. **Declaración de Beijing**, 2008

OMS. **General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine**, 2000.

OMS. **Global Forum for Health Research**, 2002

RORTHY, R. **A Filosofia e o Espelho da Natureza**. Rio de Janeiro: Relume-Dumara, 1994.

SALIBA ET AL. Conselhos de Saúde: Conhecimentos sobre as ações de Saúde. **RAP**, Rio de Janeiro, 43(6):1369-1378, nov./dez. 2009

SANTOS, B. **A gramática do tempo: para uma nova cultura política**. Cortez. 2008. 165p.

SMITH, C. **Electromagnetic and magnetic vector potential bio-information and water Homeopathy**. V. 104, The Faculty of Homeopathy, Published by Elsevier pp. 301-304, 2015

STRALEN ET AL. Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. **Ciência & Saúde Coletiva**, 11(3):621-632, 2006.

SVHA, Swiss Association of Homoeopathic Physicians. **Open letter to the Editor of The Lancet**, 2005

TEIXEIRA, M. Homeopatia: ciência, filosofia e arte de curar. **Revista de Medicina (São Paulo)**, São Paulo, v. 85, n. 2, p. 30-43, 2006.

TEIXEIRA, M. Bases psiconeurofisiológicas do fenômeno placebo-nocebo: evidências científicas que valorizam a humanização da relação médico-paciente. **Rev Assoc Med Bras** 55(1): 13-8, 2009.

TESSER, C. **Epistemologia contemporânea e saúde: a luta pela verdade e as práticas terapêuticas**. 2004.392 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

THOMAS, Y. **From high dilutions to digital biology: the physical nature of the biological signal**. Ed. Elsevier. Homeopathy (2015)

TOLEDO, K. Ativistas contra a homeopatia vão tomar ‘overdose’ no próximo sábado, 5. **Estado de São Paulo**, São Paulo, Jan. 2011. Disponível em:

<<http://www.estadao.com.br/noticias/geral,ativistas-contra-a-homeopatia-vaio-tomar-overdose-no-proximo-sabado-5-imp-,672944>>. Acesso em: 27 Jul. 2014

TRIGUEIRO, M. **Ciência, Verdade e Sociedade**: Contribuições para um diálogo entre a sociologia da ciência e a filosofia da ciência. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2012. 232 p.

UOL NOTÍCIAS. **Grupo de céticos toma "overdose" para provar que homeopatia não funciona**. São Paulo, Fev. 2011. Disponível em: <<http://noticias.uol.com.br/ciencia/ultimas-noticias/redacao/2011/02/05/grupo-de-ceticos-toma-overdose-para-provar-que-homeopatia-nao-funciona.htm>>. Acesso em: 27 Jul. 2014

VASCONCELOS, C; PASCHE, D. O SUS em perspectiva. In: **Tratado de Saúde Coletiva**, ORG: CAMPOS ET AL, Hucitec, São Paulo, 2012. P. 559-590

WALSH, C. **¿Son posibles unas ciencias sociales/culturales otras? Reflexiones en torno a las epistemologías decoloniales**. Nomadas. 2007. No 26. P. 102-113.