



Marta Rocha de Castro

**A importância dos saberes
tradicionais e científicos para as
práticas de cuidado em fitoterapia no
SUS**

Tese de Doutorado

Tese apresentada como requisito parcial para
obtenção do grau de Doutor em Geografia
pelo Programa de Pós-graduação em
Geografia, do Departamento de Geografia e
Meio Ambiente da PUC-Rio.

Orientador: Prof. Dr. Rodrigo Penna Firme Pedrosa
Co-orientador: Prof. Dr. Paulo Henrique de Oliveira Léda

Rio de Janeiro,
agosto de 2021



Marta Rocha de Castro

**A importância dos saberes
tradicionais e científicos para as
práticas de cuidado em fitoterapia no
SUS**

Tese apresentada como requisito parcial para
obtenção do grau de Doutor em Geografia pelo
Programa de Pós-graduação em Geografia, do
Departamento de Geografia e Meio Ambiente
da PUC-Rio. Aprovada pela comissão
examinadora abaixo:

Prof. Rodrigo Penna Firme Pedrosa

Orientador

PUC- Rio

Prof. Paulo Henrique de Oliveira Léda

Co-orientador

Fiocruz

Prof. Clóvis Ricardo Montenegro de Lima

IBICT

Prof. Marcelo Alonso Moraes

PUC- Rio

Prof. José Borzacchiello da Silva

PUC- Rio

Prof. Rodrigo Alejandro Hidalgo Dattwyler

PUC- Chile

Rio de Janeiro, 06 de agosto de 2021

Todos os direitos reservados. A reprodução, total ou parcial do trabalho, é proibida sem a autorização da universidade, da autora e do orientador.

Marta Rocha de Castro

Graduou-se em Fisioterapia pela Universidade Católica de Petrópolis em 2001. Pós Graduação em neurofuncional e acupuntura. Em 20016 concluiu o mestrado pelo programa EICOS, UFRJ em que pesquisou sobre Medicina Tradicional Chinesa, incluída na linha de pesquisa medicinas tradicionais e práticas integrativas da saúde. É docente na área de acupuntura e Práticas Integrativas da Saúde

Ficha Catalográfica

Castro, Marta Rocha de

A importância dos saberes tradicionais e científicos para as práticas de cuidado em fitoterapia no SUS / Marta Rocha de Castro ; orientador: Rodrigo Penna-Firme ; co-orientador: Paulo Henrique Léda. – 2021.

138 f. ; 30 cm

Tese (doutorado)–Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Geografia e Meio Ambiente, 2021.

Inclui bibliografia

1. Geografia e Meio Ambiente – Teses. 2. Fitoterapia. 3. Plantas medicinais. 4. Geografia da saúde. 5. Autoatenção. 6. SUS. I. Penna-Firme, Rodrigo. II. Léda, Paulo Henrique. III. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Geografia e Meio Ambiente. IV. Título.

CDD: 910

Agradecimentos

Na filosofia oriental o sentimento de gratidão é a “essência de todas as essências” e ao expor esse sentimento mandamos para o universo que queremos mais daquilo que estamos agradecendo em nossas vidas. Sou grata em primeiro lugar por todo o processo de aprendizagem, constante e permanente, pois só o conhecimento nos transforma. O conhecimento é o amor pela verdade.

Agradeço aos meus orientadores da pesquisa. Ao orientador Rodrigo- Penna-Firme pelos quatro anos de orientação e por ter possibilitado a leveza durante todo o processo. Agradeço ao Paulo Léda, meu co-orientador, pela orientação, acolhimento e disponibilidade. Sua expertise foi de grande importância na pesquisa.

Agradeço a minha família, em especial a minha mãe, pelos valores ensinados e por torcer sempre pelos meus projetos. Ao Victor, meu sobrinho pelo carinho, ao Márcio pelo companheirismo e compreensão e a Moxa, minha fiel cadelinha pela alegria diária. Aos amigos que sempre me acompanham na trajetória da vida. Agradeço a PUC- RJ e ao departamento de Geografia e meio ambiente pela oportunidade da realização do doutorado. Aos membros da banca agradeço pela disponibilidade e pelas contribuições que tenho certeza que serão valiosas para a pesquisa.

Por fim, agradeço ao universo pelas oportunidades que tenho na vida de ampliar meus conhecimentos e pela minha força, persistência e dedicação em tudo o que me disponho a fazer. Foi a soma de todas essas pessoas, seres e de todas as forças que tornaram possível a realização deste trabalho.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

Resumo

Castro, Marta Rocha de; Pedrosa, Rodrigo Penna Firme. **A importância dos saberes tradicionais e científicos para as práticas de cuidado em fitoterapia no SUS.** Rio de Janeiro, 2021. 138p. Tese de Doutorado. Departamento de Geografia e Meio Ambiente, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

A presente tese inserida no campo da Geografia da saúde, contextualiza o uso de plantas medicinais e apresenta a sua retomada nos sistemas oficiais de saúde dos países membros da OMS, principalmente no território brasileiro após o nascimento do SUS e da criação da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF). Considerando a distribuição desigual da medicina moderna nos territórios, o uso de plantas permaneceu sendo alternativa de cuidado para pessoas que têm acesso restrito à assistência médica e aos medicamentos industrializados e também por populações que possuem forte vínculo com os territórios em que vivem. A tese teve como principal objetivo compreender os obstáculos do desenvolvimento da PNPMF no Brasil. Além de compreender se houve a valorização dos saberes tradicionais e da biodiversidade brasileira, como recomenda a PNPMF, de entender se a fitoterapia praticada no SUS tem impacto nas formas de cuidado com a saúde e de verificar a distribuição geográfica das empresas que produzem os fitoterápicos no Brasil. A pesquisa foi dividida em quatro etapas. A primeira etapa, em que colhemos os dados primários, foi realizada através de entrevistas semi-estruturadas em profundidade com atores importantes na criação e no desenvolvimento da PNPMF. A segunda etapa foi realizada através da análise das atas das reuniões do Comitê Gestor da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, a terceira etapa foi feita através da análise da lista de 1483 registros de fitoterápicos disponíveis no site da Anvisa e a quarta fonte de informações foi uma pesquisa em base de dados com 14 espécies nativas do Brasil, retiradas de cartilhas populares afim de verificar o potencial fitogeográfico e tecnocientífico dessas espécies. Através de uma triangulação dos dados, em que a Anvisa e a literatura especializada representam o conhecimento técnico-científico, as cartilhas populares representam o conhecimento tradicional e as espécies nativas representam o território, as

relações, saberes e formas de cuidado, concluímos que após 15 anos da criação da PNPMF não houve valorização da biodiversidade e do conhecimento tradicional, pois a maioria dos fitoterápicos comercializados no Brasil são elaborados a partir de espécies exóticas ou adaptadas. Não houve fomento à criação ou permanência de empresas brasileiras, pois as exigências da Anvisa não as favorece, é limitado o número de pesquisas científicas com espécies nativas e não há verba suficiente para o desenvolvimento desses programas nas unidades de atenção primária da saúde, pois não existe uma lei que viabilize investimentos para isso. Em relação à transformação e oferta de outras formas de cuidado, autocuidado e autoatenção não acontece, pois os programas utilizam mais fitoterápicos industrializados seguindo os moldes da medicina moderna, prescritiva e focada nos sintomas, estando o conhecimento das espécies e do uso, portanto da ligação com esta prática de cuidado com a autonomia e autoatenção vinculado com a falta de acesso aos serviços da medicina.

Palavras-chave

Fitoterapia, plantas medicinais, geografia da saúde, autoatenção, SUS

Abstract

Castro, Marta Rocha de; Pedrosa, Rodrigo Penna Firme. **The importance of traditional and scientific knowledge for phytotherapy care practices in the SUS.** Rio de Janeiro, 2021. 138p. Tese de Doutorado. Departamento de Geografia e Meio Ambiente, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

His thesis, inserted in the field of health geography contextualizes the use of medicinal plants and presents its resumption in the official health systems of countries members of the WHO and mainly in the Brazilian territory after the birth of the SUS and the creation of the National Policy on Medicinal Plants and Herbal Medicines. Considering the unequal distribution of modern medicine in the territories, the use of plants remained a care alternative for people who have restricted access to medical care and industrialized medicines, usually residing in peripheral and economically vulnerable areas. In order to understand the obstacles to the development of the PNPMF in Brazil, the appreciation of appreciation of traditional knowledge, the Brazilian biodiversity that has a significant number of medicinal plants, and therefore with potential for the development of the national herbal medicine industry and also to understand how to inclusion of this practice in primary health care has the potential to contribute to new forms of care and self-care. The research was divided into four stages. The first stage, in which we collected the primary data, was carried out through in- depth semi- structured interviews with importante actors in the creation and development of the PNPMF. The second stage was carried out through the analysis of the meetings of the Management Committee of the National Policy on Medicinal Plants and Herbal Medicines, the third stage was carried out through the analysis of the list of 1483 records of herbal medicines available on the ANVISA website, through which the number of native species used in the manufacture of medicines, the geographic distribution of the companies that manufacture them in Brazil, and the fourth source of information was a database search with 14 native species from Brazil, taken from related popular booklets to verify the phytogeographic and technoscientific potential of these species. Through a triangulation of data, in which Anvisa and specialized literature represent technical-scientific knowledge, popular booklets represent traditional knowledge and native species represent the

territory, relationships, knowledge and forms of care, we conclude that after 15 years since the creation of the PNPMF, there was no appreciation of biodiversity and traditional knowledge, as most herbal medicines sold in Brazil are made from exotic or adapted species. here was no encouragement for the creation or permanence of Brazilian companies, as Anvisa's requirements do not favor them, the number of scientific researches with native species is limited and there is not enough money for the development of these programs in primary health care units, as it does not there is a law that makes investments viable for this. Regarding the transformation and offer of other forms of care, self-care and self-attention, it does not happen, as the programs use more industrialized herbal medicines, following the molds of modern, prescriptive and symptom-focused medicine, with knowledge of species and use, therefore of the connection with this practice of care with autonomy and self-attention linked to the lack of access to medical services.

Keywords

Phytotherapy, medicinal plants, geography of health, self- care, SUS.

Sumário

1. Introdução	18
2. Gênese do Projeto	25
3. Fundamentação teórica	27
3.1. A dicotomia entre o tradicional e o moderno	27
3.2. O uso de plantas medicinais e o nascimento da medicina moderna	32
3.3. Política de ciência e tecnologia: injustiça espacial e espaços opacos	37
3.4. Geografia médica e da saúde: Espaço e território	42
3.5. A construção do SUS e da ANVISA no Brasil	46
3.6. A influência das organizações internacionais de saúde nas políticas de saúde brasileiras e o reconhecimento da fitoterapia no SUS	54
3.7. Política Nacional de Práticas Integrativas e complementares (PNPIC) e Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF): Um breve histórico	57
4. Objetivos	62
4.1. Objetivo geral	62
4.2. Objetivos específicos	62
5. Procedimentos metodológicos e éticos	63
6. Resultados e discussão	65
6.1. Política nacional de plantas medicinais e fitoterápicos no Brasil: Motivações e desafios após 15 anos de inclusão	65
6.2. Fitoterápicos registrados: Indústria farmacêutica e a produção de fitoterápicos de bioativo único	74
6.3. Houve conciliação entre saberes tradicionais e científicos?	82
6.4. Indicadores fitogeográficos e tecno-científicos de espécies nativas como parametro de reconhecimento dos saberes tradicionais	89

6.5. Valorização da biodiversidade brasileira: Exclusão das nativas do escopo sanitário como exemplo de valorização do capital normativo	98
6.6. Os diferentes significados da saúde, da doença e do cuidado: Autocuidado e autoatenção	106
7. Considerações finais	116
8. Referências	121
9. Apêndices	131
9.1. Aprovação comitê de ética: Plataforma Brasil	131
9.2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	133
9.3. Roteiro de entrevista semi- estruturada	135
9.4. Cartilhas populares utilizadas na pesquisa	136
9.5. Artigos publicados durante a escrita da tese	138

Lista de Figuras

Figura 1 — A medicalização dos ciclos da vida humana representada numa charge.	35
Figura 2 — Propaganda que exalta a força curativa da natureza presente nas plantas.	36
Figura 3 — Aspirina produzida e comercializada pela Bayer no século XIX.	37
Figura 4 — Divulgação da penicilina como a droga maravilhosa do fungo.	38
Figura 5 — Carteira de beneficiário do INAMPS.	47
Figura 6 — Documentos que reconheceram a fitoterapia no SUS.	56
Figura 7 — Instituições governamentais envolvidas na gestão da PNPMF.	60
Figura 8 — Síntese do processo de revisão e adequação do âmbito regulatório feito pela Anvisa para atender a PNPMF	61
Figura 9 — composição de um arranjo produtivo local.	72
Figura 10 — Distribuição das indústrias farmacêuticas com fitoterápicos registrados na Anvisa.	81
Figura 11 — Biomas presentes no território nacional.	99

Lista de Gráficos

Gráfico 1 — Diversidade de plantas e fungos do Brasil.	100
Gráfico 2 — Espécies exóticas que contém o maior número de fitoterápicos registrados.	105
Gráfico 3 — Espécies nativas que contém o maior número de fitoterápicos registrados.	106

Lista de Quadros

Quadro 1 — Diferenças entre as categorias medicamento fitoterápico e produto tradicional fitoterápico.	53
Quadro 2 — Objetivos e diretrizes da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares.....	58
Quadro 3 — Objetivos e Diretrizes da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos	59
Quadro 4 — Principais motivações e desafios na criação e manutenção de programas municipais de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.....	74
Quadro 5 — Espécies nativas selecionadas das cinco cartilhas analisadas, em ordem alfabética de nome botânico.	91

Lista de Tabelas

Tabela 1 — Perfil dos entrevistados.....	67
Tabela 2 — Quantitativo de Indústrias Farmacêuticas por Estados e a quantidade de fitoterápicos registrados na Anvisa.	79
Tabela 3 — Indicadores fitogeográficos das espécies nativas selecionadas das cartilhas analisadas	93
Tabela 4 — Indicadores tecnológicos das espécies nativas selecionadas das cartilhas analisadas.	95

Lista de Abreviaturas e Siglas

AAS	ácido acetilsalicílico
ACBANTUD	Associação Nacional Cultural de preservação do patrimônio Bantu
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAP	Caixa de Aposentadoria e Pensão
CEME	Central única de medicamentos
CF	Constituição Federal
CDB	Convenção sobre a diversidade biológica
CGPNPMF	Comitê Gestor da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos
CNS	Conferência Nacional de Saúde
FFFB	Formulário de Fitoterápicos da Farmacopeia Brasileira
FV	Farmácia Viva
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MTC	Medicina Tradicional e Complementar
MT	Medicina Tradicional
MAPA	Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento
MS	Ministério da Saúde
MF	Medicamento Fitoterápico
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PNPICS	Política Nacional de Práticas Integrativas e complementares da saúde
PNPMF	Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos
PUC- RJ	Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro
PTF	Produtos tradicionais fitoterápicos
RDC	Resoluções da Diretoria Colegiada
RSB	Reforma sanitária brasileira
RENISUS	Relação Nacional de Plantas Medicinais de interesse do SUS

SBEE	Sociedade Brasileira de Etnobiologia e Etnoecologia
SNVS	Sistema Nacional de Vigilância Sanitária SUS: Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFC	Universidade Federal do Ceará

*“Gratidão é uma carta de amor que
enviamos para o universo”*

Buda

*“A medicina se fundamenta na natureza,
a natureza é a medicina, e somente
naquela devem os homens buscá- la. A
natureza é o mestre do médico, já que
ela é mais antiga do que ele e ela existe
dentro e fora do homem”*

Paracelso

1

Introdução

A utilização de plantas com finalidades terapêuticas existe desde os tempos remotos, porém, as formas de uso e as técnicas de produção/fabricação foram modificadas de acordo com os períodos históricos e os contextos sociais. Até o início do século XX, desprovidos de outros recursos técnicos para os cuidados com a saúde, as diversas sociedades humanas desenvolveram e acumularam conhecimentos próprios a respeito dos usos terapêuticos das plantas. Após a primeira guerra mundial, o avanço do conhecimento científico, representado pela descoberta da penicilina, teve como aliado o processo de industrialização das sociedades, acarretando profundas transformações nas práticas terapêuticas e, conseqüentemente, no ensino e nas pesquisas médicas, sobretudo no ocidente (RIBEIRO, 2015).

No que diz respeito às plantas medicinais, as transformações proporcionadas pelo desenvolvimento tecnológico e científico, em particular a biomédica, as colocaram como fonte de substâncias para o desenvolvimento de medicamentos, resultando na exclusão do ensino da fitoterapia da formação dos profissionais de saúde (CALIXTO & YUNES, 2001). Um processo gradual e contínuo de mudanças que acarretou na centralidade do medicamento sintético como prática terapêutica hegemônica. Romper ou, pelo menos, reduzir essa centralidade é um dos grandes desafios científicos contemporâneos, o qual passa pelo reconhecimento da fitoterapia como prática de cuidado a ser utilizada nos serviços de saúde. No Brasil, esse movimento ganha corpo com as mudanças proporcionadas no sistema de saúde após a criação do Sistema Único Saúde (SUS).

Em decorrência do SUS, os diversos grupos étnicos como povos indígenas, pescadores, camponeses, quilombolas, ribeirinhos, entre outros, podem contribuir na construção das políticas de saúde¹. Nesse contexto, as plantas medicinais foram um dos elementos da cultura e da terapêutica destes grupos reivindicado para

¹ O Ministério da Saúde publicou a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), instituída pela Portaria nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011, o qual explicita desejos de mudanças nas atuais políticas de saúde, reforçando a integração de saberes e práticas de cuidados tradicionais. Disponível em bvsms.saude.gov.br.

introdução no SUS. No entanto, cada grupo, com suas semelhanças e particularidades, produz seu próprio corpo de conhecimento e repertório terapêutico elaborando conceitos de saúde e doença influenciados pela cosmovisão a respeito do mundo natural e espiritual sobre a saúde (FREITAS, 2014; SAAD et al., 2021). Se, por um lado, deve-se respeitar as particularidades culturais e territoriais para manutenção das práticas terapêuticas desses grupos étnicos, por outro, desde a colonização do território brasileiro, muitas transformações ocorreram, levando a perdas do conhecimento tradicional por falta de registros. Uma das consequências da colonização foi proporcionar o contato entre distintas sociedades e introduzir no território brasileiros espécies exóticas, principalmente as de origens europeias e africanas.

Dessa forma, ao longo do período de colonização europeia, sobretudo nos séculos XV e XVI, em particular na América Latina, local em que a colonização europeia se deu de forma mais acentuada, foi gerado “um legado epistemológico impedindo os demais povos de enxergar o mundo a partir das epistemes que lhes são próprias” (LANDER, 2005, p. 3). As dimensões culturais e espirituais, os significados do cuidado e do adoecer foram desconsideradas e, nesse sentido, as políticas e programas de saúde adotam uma visão mais centrada no combate às doenças e agentes etiológicos, desconsiderando todos os outros aspectos do adoecimento, inclusive as questões ecológicas. Estas concepções de saúde-doença foram aos poucos perdendo credibilidade para as europeias, aprofundadas com o desenvolvimento dos medicamentos sintéticos e da biomedicina. Logo após a primeira guerra, o Brasil alinha-se aos EUA e sofre forte influência do modelo biomédico adotado por esse país. Por isso, o uso de plantas medicinais ficou restrito às camadas populares da sociedade brasileira, um processo que ainda permanece, mas em lenta desconstrução e ressignificação após a criação do SUS, conforme explicado a seguir, no capítulo 5 do referencial teórico.

A medicina popular apresenta uma dinâmica própria de reprodução, sendo ressignificados de acordo com a realidade, a época e os diferentes contextos socioculturais nos quais se inserem (CAMARGO, 2011). Pode-se dizer que a medicina popular é caracterizada por intervenções curativas nitidamente sacralizadas que não considera o ser humano apenas como um ser biológico, mas o abrange em sua dimensão simbólica (BARBOSA, 2004). Nesse contexto, as plantas podem atuar diretamente como agente de cura e/ou ser instrumento para a

comunicação ou de acesso ao sagrado que auxilia no cuidado à pessoa. Hoje, benzedadeiras, erveiros (as) e parteiras são agentes de cura contemporâneos que utilizam as plantas como parte dos recursos terapêuticos em suas práticas de cuidado, derivada da tradição indígena na América do Sul (LUZ, 2005). As receitas de remédios caseiros, que atravessaram gerações, trazem autonomia, o princípio do autocuidado, além da valorização dos saberes locais sobre o uso da flora, que é um aspecto fundamental da reprodução cultural desses grupos. No entanto, tais práticas despertaram pouco interesse econômico, exceto as plantas que foram alvo de pesquisas para transformá-las em produtos comerciais, ao extrair substâncias de interesse terapêutico para atender à crescente expansão do capitalismo industrial farmacêutico (NEWMAN, 2016).

No contexto de uma sociedade capitalista industrial, a hegemonização dos métodos científicos voltados para o desenvolvimento tecnológico dos medicamentos sintéticos passou a ser a norma, o que tem sido alvo de inúmeras análises críticas. Um dos impactos da adoção quase hegemônica da indústria farmacêutica tem sido a crença de que apenas aquilo que é industrializado e comercializado, de acordo com os critérios estabelecidos pelo conjunto de instituições/atores que criam e regulam as próprias normas, tem eficácia e segurança. No entanto, diversos medicamentos que foram aprovados de acordo com normas regulatórias vigentes (ensaios pré-clínicos e clínicos) foram retirados do mercado por causarem danos à saúde dos usuários e, em casos mais graves, levaram a óbitos. Um caso famoso aconteceu com a Cerisvatina (Baycol® - Bayer), que mesmo após diversos casos de toxicidade, efeitos adversos e casos publicados de rabdomiólise, o medicamento permaneceu por um tempo sendo prescrito por alguns médicos. A retirada do mercado ocorreu apenas após ampla divulgação na mídia dos efeitos tóxicos causados por esse medicamento. Vale ressaltar que após um medicamento obter autorização para comercialização e uso clínico, os estudos devem continuar. Essa é a fase quatro de estudos, pois somente depois de amplo uso pela população é que serão conhecidas todas as possíveis reações adversas e outras possibilidades de uso. Em outras palavras, significa dizer que a autorização para comercialização de um medicamento, o avalia segundo parâmetros predefinidos de segurança e eficácia que apresentam limites metodológico e amostral. Esses limites serão mais bem avaliados após o uso

continuado do medicamento. Por isso, os estudos de farmacovigilância² (ou de fase quatro) são importantes (FERREIRA et al., 2009).

Assim, o método científico sempre foi aliado dos processos industriais: quando a ciência se preocupa em comprovar, replicar e universalizar, ela cria padrões de produção e desenvolve máquinas e processos para produzir em grande escala, uma característica marcante da “revolução industrial” (BARROS, 1983). Consequentemente, como fruto desse processo de industrialização da sociedade, o ensino médico precisou ser normatizado e padronizado para atender ao capitalismo industrial. Dessa forma, a política educacional voltada para a formação dos trabalhadores da saúde passa a ser científica, no sentido de “expulsar” aquilo que é popular ou não é passível de análise pelos métodos científicos utilizados na biomedicina. Um das consequências foi a mudança no “objeto” da prática médica, afetando diretamente a relação doente-médico e as práticas de cuidado. O ser humano, antes visto como sujeito do processo terapêutico, transformou-se em consumidor de tecnologia médica.

Outro desafio criado pela expansão tecnológica e científica da medicina tem relação com o acesso. Essa medicina é onerosa, não chega à todas as pessoas e nem em todos os espaços, gerando o que Milton Santos (2006) chama de “espaços opacos”, que são espaços marginalizados socialmente, economicamente e não têm acesso aos recursos disponíveis nos chamados, “espaços luminosos”, tema que será explorado no capítulo 3 da fundamentação teórica (SANTOS, 2006).

No entanto, a partir dos anos 1970, o modelo da medicina científica/moderna começa a ser contestado por diversas razões, dentre elas a falta de acesso das populações mais pobres às tecnologias médicas e as iatrogenias provocadas pelos medicamentos, com destaque para o caso da talidomida, que causou malformação em um número expressivo de crianças após a ingestão deste medicamento por suas mães. (LEANDRO, 2015) e muitos outros medicamentos sintéticos, que causaram toxidade e mortes como: fenfluramina, dexfenfluramina (inibidores de apetite), mibefraldina (anti- hipertensivo) e rofecoxibe (tratamento

² Farmacovigilância é definida como “a ciência e atividades relativas à identificação, avaliação, compreensão e prevenção de efeitos adversos ou quaisquer problemas relacionados ao uso de medicamentos”. Cabe à farmacovigilância identificar, avaliar e monitorar a ocorrência dos eventos adversos relacionados a medicamentos utilizados na população após o registro, com o objetivo de garantir que os benefícios relacionados ao uso desses produtos sejam maiores do que os riscos por eles causados.

de artrite) (FERREIRA et al., 2009). O que demonstra os limites dos atuais métodos científicos em avaliar a segurança das tecnologias médicas.

A insatisfação, portanto, entra na pauta dos diversos movimentos sociais, que reivindicam a incorporação de outras formas de cuidado e a valorização das medicinas tradicionais. Ao mesmo tempo, a indústria farmacêutica investe em programas de pesquisas voltados para a bioprospecção de recursos genéticos, onde a flora medicinal e as comunidades dos países em desenvolvimento tornam-se alvos desses programas. Essas circunstâncias estimulam a criação de fóruns de discussões com a criação de arcabouços regulatórios (GRANJA et al., 1999). Se, por um lado, a indústria farmacêutica pertencente aos países desenvolvidos exige o reconhecimento de patentes como forma de proteger seus produtos. Por outro, povos tradicionais dos países em desenvolvimento reivindicam a proteção de seus recursos genéticos, como estratégia de possuir autonomia sobre o uso dos recursos genéticos e conhecimento associados (TORRES, 1983).

Considerando o que foi exposto, a presente pesquisa procurará responder as seguintes questões:

- Quais são os principais entraves para o desenvolvimento da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF)?
- Após 15 anos de sua implementação, objetivos e diretrizes da PNPMF têm sido alcançados?
- Essa política tem favorecido interesses nacionais e internacionais do mercado farmacêutico?
- A institucionalização do uso de plantas medicinais aumenta a autonomia dos usuários fortalecendo a autoatenção e o autocuidado?
- Existe uma valorização do conhecimento popular e tradicional a respeito do uso de plantas, conforme preconizado na PNPMF?
- A biodiversidade brasileira é valorizada na PNPMF?

Ao buscar respostas para os questionamentos elencados acima, parte-se do pressuposto de que tanto a valorização da biodiversidade brasileira, quanto dos conhecimentos associados a ela não foi alcançada, em decorrência da falta de investimentos e de mudanças profundas no arcabouço regulatório da área de medicamentos e da saúde de modo geral, sobretudo após o reconhecimento de patentes. O que pressupõe a transformação da fitoterapia em uma prática de

cuidado apoiada apenas na prescrição de fitoterápicos industrializados elaborados segundo as farmacotécnicas mais modernas, cujo termo mais utilizado é fitomedicamento em propagandas pelas indústrias farmacêuticas. Nesse sentido, a hipótese discutida é que a fitoterapia reconhecida pelo SUS se limita em uma prática de cuidado centralizada no tratamento de doenças/sintomas, desvalorizando saberes tradicionais autóctones, a geograficidade e a fitogeografia da flora nativa. Tal fato reduz a prática da fitoterapia à prescrição de produtos industrializados, de forma muito semelhante à da prática alopática, o que não proporciona mudanças profundas nas práticas de cuidado, um dos objetivos dessa política de saúde.

Diante desse cenário, a presente tese foi estruturada em cinco partes, além de uma breve seção introdutória e a descrição a respeito da gênese do projeto. A primeira parte é a fundamentação teórica que foi dividida em sete capítulos. O **capítulo 1** aborda a dicotomia entre os conceitos tradicional e moderno; o **capítulo 2** apresenta o nascimento da ciência moderna, o avanço tecnológico da biomedicina; o **capítulo 3** traz os conceitos de espaços opacos e injustiça espacial para abordar a distribuição desigual da biomedicina e seus avanços tecnológicos/científicos no espaço; o **capítulo 4** explicita os conceitos geográficos de espaço e território na saúde e geografia da saúde; o **capítulo 5** faz uma retrospectiva a respeito do nascimento do SUS e da criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e seus impactos na regulação dos medicamentos; o **capítulo 6** é sobre a influência das organizações internacionais de saúde nas políticas de saúde brasileiras e o reconhecimento da fitoterapia no SUS e, por fim, o **capítulo 7** descreve a criação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) e da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF).

A segunda parte traz os objetivos geral e específicos da presente tese. A terceira parte é composta pelos procedimentos metodológicos e éticos utilizados. A quarta parte diz respeito aos resultados e discussão. Para uma melhor compreensão, optou-se por dividir em seis seções. Cada seção aborda um tema específico. A primeira seção discute as motivações e os principais desafios na criação e no desenvolvimento dos programas de plantas medicinais e fitoterápicos. A segunda seção faz uma análise dos fitoterápicos registrados na Anvisa. A terceira seção decorre a respeito da conciliação entre saberes tradicionais e científicos. A quarta seção faz uma investigação a respeito de indicadores

fitogeográficos e tecnocientífico de espécies nativas. A quinta seção avalia a exclusão da espécies nativas do Brasil do âmbito regulatório sanitário produzido pela Anvisa. A sexta seção aborda os significados de autocuidado e autoatenção. Finaliza-se a presente tese com as considerações finais a respeito da hipótese avaliada e dos resultados obtidos para estudá-la.

2 Gênese do Projeto

A mim, sempre incomodou a forma como as pessoas se cuidam e se relacionam com a própria saúde. O excesso de medicação, a busca incessante por especialistas, a baixa qualidade nutricional da alimentação e a ausência de atividades físicas regulares, enfim, a falta de consciência em relação à saúde. Atuei por dois anos como Fisioterapeuta em uma unidade de atenção primária da saúde na periferia de uma cidade do interior do Estado do Rio de Janeiro. Durante esse período, foi possível observar a postura dos trabalhadores da saúde dessa unidade na perspectiva da implantação de novos projetos e serviços voltados para a prevenção de doenças. Na época, fui transferida para essa unidade a convite do médico que ali atuava para fazer parte de um projeto de prevenção e agravos de dores na coluna e fibromialgia. Além disso, era notório a tentativa dos gestores em reduzir custos com medicamentos. Foi, então, que notei o uso e o conhecimento da população local a respeito de chás para diversos sintomas, bem como troca de receitas desses milagrosos remédios caseiros em atividades em grupo organizadas por mim.

Após alguns anos retornei para a vida acadêmica para realizar a minha dissertação de mestrado sobre Medicina Tradicional Chinesa, uma das práticas integrativas e complementares reconhecidas pela PNPIC. Durante a pesquisa bibliográfica para elaboração da dissertação, encontrei textos que relatavam a implementação de programas de plantas medicinais e fitoterapia na atenção primária no SUS. Entretanto, questionava o porquê da não evolução de grande parte desses programas, pois não compreendia os motivos de não darem certos diante da rica biodiversidade brasileira, dos saberes e práticas da população, bem como do arcabouço do SUS que, em certa medida, é favorável a inserção da fitoterapia. Assim ao finalizar o mestrado, já tinha em mente um projeto que investigasse os programas de plantas medicinais e fitoterápicos no SUS, a fim de identificar as barreiras impostas ao desenvolvimento da fitoterapia. Em 2017, ingressei no programa de doutorado no Departamento de Geografia e Meio Ambiente da PUC- RJ e aos poucos fui construindo e desenhando a presente pesquisa. Durante a trajetória da pesquisa pude compreender alguns motivos pelos

quais os programas de fitoterapia no SUS não alcançam os êxitos que eu imaginava. Pude identificar algumas barreiras como a hegemonia da medicina moderna muito enraizada em nossa cultura. Além disso, o imediatismo é outra característica muito forte em nossa cultura que interfere de forma negativa, inclusive nos interesses políticos que também se apresentou como um obstáculo para o desenvolvimento desses programas.

3

Fundamentação teórica

3.1

A dicotomia entre o tradicional e o moderno

A fronteira entre o tradicional e o moderno foi elaborada a partir do século XVIII, em consequência ao fenômeno de globalização, ao cientificismo e a evolução das técnicas, ocasionando uma homogeneização das culturas, sobretudo a científica. O moderno seria uma forma de expressar uma dada realidade histórica, política e teórica. A modernidade foi construída e imposta pelos “países centrais” aos demais países. No entanto, a difusão e imposição da modernidade não ocorre de forma homogênea, ou seja, ela é desigual em sua difusão, não atinge as pessoas e os lugares da mesma forma (SANTOS, 2001). Outro fator é a diversidade política, cultural e histórica das sociedades que faz com que o processo de modernização não ocorra de forma hegemônica em todos os lugares (JUNIOR, 2015).

Populações e territórios que não alcançaram ou não passaram pelo processo de modernização são qualificados como tradicionais ou primitivos. Embora exista nuances entre as definições teóricas no que se referem aos conceitos de “moderno” e “tradicional”, esse último está relacionado, em geral, aos que não tiveram acesso aos processos de modernização proporcionados pelos avanços tecnológicos e científicos. Portanto, a qualificação de tradicional coloca esses povos no lugar de primitivos, de não evoluídos. Nesse contexto, a modernidade é caracterizada por um período histórico que teve início no século XVII na Europa, a qual foi estruturada e consolidada pela revolução industrial através de uma sociedade capitalista. Outra característica forte que marca a modernidade é o cientificismo, pois a ciência se alia ao capital industrial para replicar e universalizar através de padrões de produção e consumo (JÚNIOR, 2015).

Com isso o tradicional ficou estereotipado como “atrasado”, por não acompanharem a expansão científica e tecnológica característica das sociedades modernas capitalistas. A dicotomia instalada entre os dois conceitos traz a

concepção de que eles são excludentes, como se fizessem parte de momentos históricos diferentes e ainda, como se a instalação do moderno eliminasse por completo o tradicional (JUNIOR, 2015). Esta dicotomia cria o estigma “purista” de que o Tradicional, ou as populações tradicionais, para se manterem tradicionais, devem seguir certos padrões que os diferencie do moderno, como o não acesso a tecnologias modernas, por exemplo.

Nas últimas décadas cresce a busca pela valorização de hábitos e conhecimentos tradicionais, principalmente como forma de minimizar efeitos negativos sobre diversos aspectos da vida proporcionados pelas técnicas modernas. Uma delas refere-se à busca pelos saberes e medicinas tradicionais que, em certa medida, encontra-se aliado à conservação dos ecossistemas. Além disso, a medicina moderna começa a ser contestada pelos efeitos colaterais da medicalização e da necessidade de formas mais eficientes para se prevenir o adoecimento, comum nas medicinas tradicionais, denotando a importância inclusiva do moderno e tradicional.

Apesar das consequências negativas do avanço desigual dos benefícios trazidos pela modernidade, é o próprio contato cultural, produzido no bojo do capitalismo moderno, que tem provocado resgates culturais (PENNA-FIRME, 2015). De acordo com Penna-Firme (2015), é o encontro entre grupos diversos que contribui para que os grupos não modernos lutem pela ampliação do reconhecimento de novos direitos socioambientais, como por exemplo, o direito aos benefícios associados aos conhecimentos tradicionais e o direito de permanência em seus territórios. Por isso, em geral, o conceito de população tradicional se mistura com o de população rural. Algumas populações rurais são consideradas populações tradicionais.

Nesse sentido, Arruda (1999) define populações tradicionais como povos que apresentam integração com o meio ambiente e se identificam com o meio rural. Para esse autor, as populações tradicionais apresentam fraca articulação com o mercado e utilizam os recursos naturais apenas para sua subsistência, fazem uso de tecnologias de baixo impacto derivadas de conhecimentos patrimoniais e, normalmente, de base sustentável e a mão de obra é principalmente familiar. Normalmente não têm registro legal do local de moradia, sendo o direito adquirido pelo tempo de ocupação do território.

Para Diegues (2001), as populações tradicionais apresentam características como: dependência com a natureza, elaboração de estratégias de manejo dos recursos naturais, moradia e ocupação do território que vivem por diversas gerações, reduzida acumulação de capital, importância da simbologia, mitos, rituais associados à caça, à pesca e as atividades extrativistas, autoidentificação por pertencer à determinada cultura. Apesar do conceito de populações ou comunidades tradicionais generalizar os diversos grupos em uma categoria, existe diferenças entre eles. Diegues et al. (2001) enumeram alguns grupos que compõem a categoria de populações tradicionais: extrativistas, seringueiros, castanheiros, quebradoras de coco babaçu, ribeirinhos, pescadores artesanais, varjeiros, faxinalenses, comunidades de fundo de pasto, pomeranos, ciganos, geraizeiros, vazanteiros, piaçabeiros, pantaneiros, entre outros povos que se identifiquem como tradicionais.

No geral, essas populações apresentam saberes importantes sobre a natureza e seus ciclos, adotam modelos sustentáveis e de baixo impacto ambiental. Uma outra característica dessas comunidades se refere às formas de cuidado com a saúde, suas medicinas e os significados de saúde e doença. Essas práticas terapêuticas fazem uso do conhecimento tradicional para cuidarem de sua saúde, o qual pode ser definido como: “o conjunto de saberes e saber-fazer a respeito do mundo natural, sobrenatural, transmitido oralmente de geração em geração” (DIEGUES, 2000, p. 30). Ao se caracterizar como de transmissão intergeracional, essas práticas incorporam, portanto, o conceito de tradicionalidade ou de tradicional, seguindo a mesma lógica explicitada anteriormente, ou seja, considerada “não moderna” ou, em outras palavras, não “portadora de saberes científicos”.

De um modo geral, práticas terapêuticas utilizadas por populações tradicionais são estudadas por antropólogos e outros cientistas sociais e, muitas vezes, realizadas em países em desenvolvimento, categorizada como “medicina primitiva”. Após a segunda guerra mundial, outras denominações foram utilizadas, tais como medicina camponesa, medicina folclórica e medicina rural. O termo medicina tradicional surge após a década de 1960 (HALL et al., 2012). E no caso específico da medicina tradicional brasileira, nessa época esteve muito associada aos povos indígenas e objeto de pesquisa por etnobotânicos. Uma disciplina científica recente, cujos estudos estiveram mais centralizados em

comunidades indígenas amazônicas na década de 1970 (ELISABETSKY & CASTILHOS, 1990). A organização desse campo de pesquisa foi proporcionada pelo cenário político promovido pela Convenção sobre Diversidade Biológica (CDB), que reconheceu o papel das populações tradicionais e seus conhecimentos tradicionais para o desenvolvimento científico (DIEGUES et al., 2000). A relevância da medicina tradicional e das plantas medicinais é destacada também na fundação da Sociedade Brasileira de Etnobiologia e Etnoecologia – SBEE, em 1996, onde a maioria dos sócios fundadores era docente e/ou pesquisador em etnobotânica. (FONSECA et al., 2005).

Hoje compreende-se que a medicina tradicional é composta por sistemas médicos complexos, com origens diversas e recursos terapêuticos que trazem uma abordagem que buscam estimular os mecanismos naturais de promoção e recuperação da saúde (BRASIL, 2002). Alguns autores a diferenciam da medicina popular, a qual pode ser definida sistema médico fundamentado no saber empírico acumulado, cujos valores são embasados no contexto sociocultural local (CAMARGO, 2014). Outro conceito foi criado após a incorporação desses saberes no sistema médico que a definiu como medicina alternativa, complementar ou integrativa, uma maneira que a diferenciar da medicina científica e biomédica. Nesse contexto, se refere a um conjunto de práticas com ontologia e epistemologia diferente da medicina moderna ou biomedicina (SOUSA E TESSER, 2017). Por sua vez, todas elas compartilham de um olhar integrativo de cuidado e possuem lógicas culturais ou cosmovisões próprias, de acordo com as necessidades de seus povos e os recursos naturais e não naturais disponíveis em cada local e época histórica.

A posição de inferioridade das medicinas “tradicionais” se agrava no período após a segunda guerra mundial, quando a medicina ocidental, em função do avanço técnico-científico, permite uma maior intervenção médica sobre o corpo humano. A emergência de uma maior produtividade econômica solicitava uma medicina que surtisse efeitos mais rápidos aos seres humanos para que os mesmos, ao adoecerem, voltassem logo a produzir (QUEIROZ, 1966; CZERESNIA et al., 2016). A este período é incorporado a ideia de civilização e cientificismo ao conhecimento médico. A ciência biomédica caracteriza a doença como um objeto em um processo contínuo de investigação biológica, reforçando a

intensão de trazer para a biologia um modelo fragmentado e experimental da física (CZERESNIA et al., 2016).

A expansão tecnológica da medicina moderna tem extrema importância para o sistema de saúde, pois, prolongou a vida, descobriu o tratamento de inúmeras doenças e diminuiu a incidência de outras, mantendo-se, contudo, fortemente pautada no tratamento e não na prevenção de doenças. Dessa forma, não promove a emancipação do “paciente” em relação aos tratamentos, aos profissionais “autenticados” ou habilitados pela indústria da medicina e, logicamente, das tecnologias médicas das quais todo sistema depende e retroalimenta. Além do mais, parece que a biomedicina atingiu o seu nível máximo expansão. No entanto, não é o único modelo de saúde viável, legítimo e desejável. Uma das razões pela qual as denominadas medicinas tradicionais são conhecidas como complementares é justamente o fato de apresentarem características que a medicina moderna não apresenta e, dessa forma, complementarem essa medicina, prevalecendo uma espécie de pluralismo médico e de saberes.

No entanto, a não cientificidade das práticas da medicina tradicional, incluindo o uso das plantas medicinais é entendido por muitas pessoas como credence, isso aparece de forma implícita quando se referem a elas da seguinte forma: eu acredito em chás, eu não acredito em acupuntura e não percebemos o mesmo quando se trata de medicamentos ou procedimentos tecnológicos. Isso demonstra que mesmo com todas essas práticas médicas em evidência na atualidade, as mesmas ainda são percebidas com descrença por não serem rotuladas como científicas. Sendo assim, as sociedades ocidentais modernas constituem a imagem de futuro, de “moderno” para o resto do mundo, o modo de vida ao qual se chegaria naturalmente se não fosse por sua composição racial inadequada, sua cultura arcaica ou tradicional, suas práticas mágico- religiosos (LANDER, 2005, p. 14).

Assim, a relação inicial da medicina moderna com o uso das plantas medicinais, resultou na desqualificação das práticas aqui referidas como tradicionais e, portanto, exclusão do ensino médico no Brasil. A fase seguinte, que permanece em vigor, busca a revalorização de certas práticas e saberes “pré-modernos” como estratégia de marketing de vendas, exemplo disso é que empresas farmacêuticas estrangeiras estão comprando empresas nacionais de

pequeno porte, produtoras de fitoterápicos. Na fase atual, há o aumento no uso dos fitoterápicos industrializados, os quais são reconhecidos pelos sistema de saúde, em detrimento do uso direto das plantas. Como consequência, a regionalidade e a particularidade culturais estão perdendo seu espaço para produtos industrializados padronizados, mas que se utilizam da tradição como estratégia de valorização da marca. Diante desses fatos, no próximo capítulo será abordado o nascimento da ciência e da medicina moderna e as consequências na prática do uso de plantas e fitoterápicos.

3.2

O uso de plantas medicinais e o nascimento da medicina moderna

O primeiro relato escrito sobre o uso de plantas data de 4.000 anos a.C.. Arqueologistas encontraram, nas ruínas de Nippur (antiga Suméria, atual Iraque), uma tábua de argila contendo nomes de plantas medicinais entre elas, a *Thymus vulgaris* L., utilizada como expectorante até os dias atuais. O país com uma tradição mais longa e forte no uso de plantas é a China e de lá veio a primeira obra escrita sobre plantas medicinais, contendo a descrição de 360 espécies, feita pelo imperador Shen Nung, datada de 2.800 a.C.. Uma das vantagens da China na produção e transmissão de conhecimentos sobre plantas é que é um dos países com a tradição escrita mais antiga (CAVALLAZZI, 2006). O registro escrito do conhecimento é uma forma de conservação do conhecimento ao longo de gerações, bem como permite avaliar mudanças com o passar do tempo.

No ocidente, Hipócrates tem um papel importante ao ser considerado o pai da medicina. Ele viveu de 468 a 377 a.C. na Grécia e concebeu tratamentos à base de plantas medicinais. Galeno, que viveu século II d.C, deu continuidade aos preceitos médicos de Hipócrates, mas foi o responsável por desenvolver misturas de plantas para tratar as enfermidades dos gladiadores, o que ficou conhecido como fórmulas galênicas, termo utilizado até os dias atuais (CAVALLAZZI, 2006).

Assim como na Europa, os Ameríndios também utilizavam plantas de acordo com as suas práticas culturais. O Brasil, em particular, pela dimensão territorial e diversidade biocultural, as plantas representam importante fonte de recurso de tratamento e cura das enfermidades até os dias atuais. Com a

colonização inicia-se o intercâmbio de plantas e saberes dos povos originários do Brasil com europeus e africanos escravizados. Esse intercâmbio influenciou na formação da nossa medicina, resultando numa mescla de práticas, saberes e de espécies vegetais, que configura do que hoje é a medicina popular brasileira, reunindo dimensões simbólicas, religiosas e espirituais (BARBOSA et al., 2016)

Por séculos o uso de plantas permaneceu como o principal recurso de cura em todo o mundo, visto que tal cenário começa a mudar apenas com a revolução industrial e científica do século 19. Isso transformou a forma como o ser humano enxergava a si mesmo e aos fenômenos do universo e da natureza. Emergia um mundo à base de cálculos e experimentos, desprovido de significados simbólicos e espirituais, tendo a química como grande forma motriz de mudança e surgimento da terapêutica moderna. Muda-se a organização social, a interação do ser humano com a natureza, o qual atua como agente de dominação e controle para exploração industrial e, paulatinamente, cria-se as bases científicas da medicina.

É claro que todas essas mudanças não aconteceram de uma hora para a outra, mas sim gradualmente. Tem início na Europa a forma como os fenômenos deveriam ser estudados e as mudanças nas práticas científicas que marcam essa nova era. A data exata desta revolução varia segundo autores, mas o pico da revolução científica data do início do século XVII (HENRY, 1998). Portanto, não houve um rompimento total com o passado, mas transformações graduais e hegemônicas na forma de analisar os fenômenos a partir da elaboração e testagem de hipóteses, baseadas na criação de metodologias e resultados reprodutíveis. Assim, a natureza, desconhecida e temida, passa a ser objeto de investigação, a fim de conhecê-la e dominá-la.

A “revolução científica” e a mudança intelectual culminam com o nascimento da ciência moderna. Uma ciência baseada na técnica. Mariconda (2006) cita quatro importantes características da ciência moderna: 1 - centralidade da ação prática e instrumental; 2 - confluência e união da ciência e da técnica; 3 - matematização e mecanização da natureza; 4 - liberdade de pensamento ancorada no método. Portanto, a concepção de ciência que surge, está aliada a uma nova concepção da racionalidade científica para a qual há uma estreita relação entre o trabalho científico e técnico. (RIBEIRO, 2015). De acordo com Milton Santos (1996), estamos diante de algo novo, denominado pelo meio técnico-científico-informacional, caracterizada pela união entre a ciência e a técnica. A prática

médica segue essa tendência e passa a ser caracterizada pelo mecanicismo, biologismo, especialização, ênfase na medicina curativa, na tecnologia e nos aparatos técnicos em constante evolução.

A medicina moderna passa a ser praticada com base na união dos instrumentos técnicos com os experimentos, por exemplo, o microscópio, o qual revelou estruturas e organismos desconhecidos aos seres humanos e permitiu o desenvolvimento de técnicas para estudá-los. Dessa forma, o desenvolvimento dos instrumentos cada vez mais sofisticados aliada às técnicas de pesquisa, modifica a relação entre profissionais da saúde e pacientes, tornando-a mais distante (RIBEIRO, 2015). O que torna a medicina uma aliada para o desenvolvimento tecnologias e de produtos, consolidando o que hoje é conhecido como complexo industrial da saúde. Esse fato foi descrito por Illich (1978) como “empresa médica”³³. De acordo com esse autor, medicina aos poucos vai se tornando uma lucrativa indústria e a população consumidores em potencial dessa grande indústria, que abrange desde os planos de saúde aos exames preventivos. Surge, portanto, uma estrutura social e política baseada no consumo de serviços médicos, a qual transforma o ensino médico em locus de reprodução dessa cultura e as pessoas transformadas em consumidoras de serviços e tecnologias médicas, a partir de uma forte estratégia de divulgação e propaganda. A ponto da medicalização dos ciclos de vida humana se transformar em tema de charge disponível na internet de autor não identificado (Figura 1).

³ Um conceito semelhante ao que é hoje conhecido como Complexo Industrial da Saúde por envolver diversos setores, tais como fornecedores de matérias-primas e equipamentos, serviços e produtos médicos numa complexa cadeia que se retroalimenta.



Figura 1 — A medicalização dos ciclos da vida humana representada numa charge.

Fonte: Google.

Um marco importante para a construção deste mercado médico é o Relatório de Flexner de 1910, construído por uma aliança entre a corporação médica, o grande capital e as universidades. O relatório de Flexner foi resultado da articulação entre a Associação Médica Americana, a indústria de serviços médicos como hospitais, laboratórios e clínicas, empresas de insumos e equipamentos de saúde e fundações de amparo à pesquisa (PAZGLIOSA E DA ROS, 2008).

Por este relatório, foi recomendado que só fizessem parte das grades curriculares dos cursos de medicina as disciplinas que tivessem base científica. Ocorre então uma padronização nos cursos de medicina e na formação dos profissionais médicos, que passam a dar ênfase aos tratamentos de patologias e pautam-se por uma medicina baseada em um requinte tecnológico cada vez maior (PAZGLIOSA E DA ROS, 2008; RIBEIRO 2015).

Após o relatório, algumas mudanças na formação médica aconteceram, tais como: o número de escolas que ensinavam homeopatia foi reduzido a mais da metade, a última escola médica de fitoterapia foi fechada um ano após a publicação do relatório (1911), assim como as escolas de medicina para negros também foram fechadas (RIBEIRO, 2015). Porém, o uso de plantas e fitoterápicos ainda permaneceu por muitos anos como sendo os principais recursos de cura/tratamento em todo o mundo, apesar da exclusão da fitoterapia das escolas médicas.

Entretanto, essa exclusão pode ser considerada parcial, pois a prática da fitoterapia também se manteve informalmente entre a classe médica. Em suma,

manteve-se por tradição cultural e consumo sem prescrição médica e/ou recomendados a partir da experiência clínica de alguns médicos que não abandonaram a prática da fitoterapia (Figura 2).

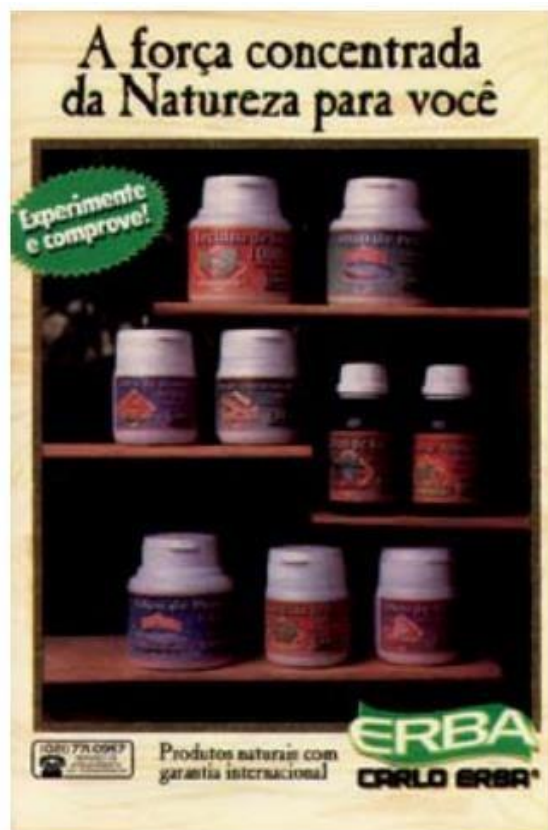


Figura 2 — Propaganda que exalta a força curativa da natureza presente nas plantas.

Fonte: (BUENO & TAITELBAUM, 2008)

Segundo Pazgliosa e Da Ros (2008), o modelo proposto por Flexner gerou efeitos na formação médica, como a dependência por exames tecnológicos que distanciam as relações entre o paciente e o profissional e as tornam verticais, apropriação pela saúde do paciente, além de uma medicina totalmente medicamentosa. Este foi um momento de virada epistemológica da medicina, de uma mudança de paradigma que colocam em cheque fundamentos e práticas que concebem corpos, saúde e meio ambiente como entidades/mercadoria separadas e passíveis de “ajustes” (ILLICHI, 1978). Assim, o ser humano passa a ser cada vez mais investigado por intermédio de tecnologias, tanto para se chegar à um diagnóstico quanto para a indicação de um tratamento. Fica, em segundo plano, o indivíduo que adocece e dá-se ênfase à doença e/ou as partes do corpo afetadas por

ela. Embora a evolução das técnicas e dos exames tenha possibilitado a intervenção precoce em muitas doenças, tem proporcionado aumento nos custos dos tratamentos e tornado a relação entre médico paciente burocrática e assimétrica (SILVA, 2014).

A despeito desse afastamento do ser humano que adoece, o complexo industrial da saúde se fortaleceu apoiado em políticas científicas e de saúde direcionadas para o seu desenvolvimento, o que levou a uma ruptura de outras práticas de saúde. No caso da fitoterapia, a estratégia adotada não proporcionou investimentos adequados em pesquisas e políticas públicas que gerasse respostas ao enfrentamento dessa realidade. Como consequência, apenas aprofundou as desigualdades de acesso aos serviços e tecnologias médicas, conforme será demonstrado a seguir.

3.3

Política de ciência e tecnologia: injustiça espacial e espaços opacos

A história do complexo industrial da saúde começa a ser escrita em 1860 quando foi realizada a síntese do AAS (ácido acetilsalicílico), o qual recebeu o nome comercial de Aspirina® em 1899, atribuída pela empresa alemã Bayer (Figura 3).



Figura 3 — Aspirina produzida e comercializada pela Bayer no século XIX.

Fonte: Rainsford (2004)

Vale ressaltar a síntese do AAS baseou-se no uso de *Salix alba*, planta europeia tradicionalmente utilizada até os dias de hoje para combater febres e processos inflamatórios (RAINSFORD, 2004). Após a segunda guerra mundial os medicamentos farmoquímicos ganham maior destaque e popularidade. Soldados feridos em campos de batalha tiveram as suas vidas salvas pela descoberta da penicilina (Figura 4), direcionando a pesquisa e o ensino médico para o combate dos agentes etiológicos. Assim, a introdução da penicilina acarretou profundas transformações tecnológicas e científicas no sistema médico, direcionando-o para a produção industrial de medicamentos sintéticos e, como consequência, mudanças curriculares no ensino médico (RIBEIRO, 2017).



Figura 4 — Divulgação da penicilina como a droga maravilhosa do fungo.

Fonte: Google

A produção de medicamentos passa por algumas fases na história. Primeiro a produção era artesanal, através das plantas, as quais também eram insumos para pequenas indústrias locais ou farmácias que as transformavam em produtos de alcance regional ou nacional. Nesta fase, o que definia o sistema de produção era a técnica (BICUDO, 2010). Este período se intensifica após a segunda guerra mundial, em 1945, e se estende até 1970. Nessa fase o que define o sucesso da terapêutica é o conhecimento científico e tecnológico aliado aos insumos sintéticos. A ciência aparece como verdade absoluta, e intensifica ainda

mais a hegemonia dos países mais desenvolvidos, aparecendo como um fator de submissão da política internacional.

O sucesso clínico desse medicamento no combate a infecções bacterianas fez com que o uso de plantas aos poucos fosse substituído pelos antibióticos na prática médica, além de fortalecer a aliança das pesquisas e procedimentos médicos voltados para o controle ou combate às doenças (SAAD et al., 2021). Como consequência, a medicina moderna tem expansão vertiginosa no século XX apoiada pelas indústrias farmacêuticas e de equipamentos, transformando o setor saúde em campo de disputa do capitalismo industrial, aprofundando as desigualdades territoriais de acesso às tecnologias médicas.

Para a análise desta desigualdade no acesso à tecnologia biomédica, que abrange desde produtos à serviços médicos, serão utilizados os conceitos de injustiça espacial e espaços opacos. A evolução da ciência e da tecnologia não ocorreu de forma homogênea, começou nos países centrais e chegou mais tarde aos países periféricos e em desenvolvimento. Este fator contribui com a desigualdade ou uma injustiça espacial no acesso aos objetos e tecnologias. De acordo com Fonseca e Barbosa (2017), “de fato, a produção/a distribuição desigual dos objetos no espaço é multifatorial e multifacetada e pode gerar injustiças espaciais, pois o espaço tanto é reflexo como condição para a (in) justiça” (FONSECA & BARBOSA, 2017, p. 76).

O conceito de justiça espacial na geografia surge no final do século XX, quando as desigualdades espaciais e sociais aumentaram. Segundo esse conceito, a justiça contém e é contida pelo espaço e a relação entre ambos pode ser expressa pela distribuição espacial dos objetos (FONSECA & BARBOSA, 2017). Um dos pioneiros nesse estudo é David Harvey. Esse autor publicou em 1983 o livro intitulado “Social Justice in the City”, no qual a injustiça espacial é descrita como consequência das diversas razões que impedem que serviços ou objetos cheguem até determinado espaço. Tais razões podem ser de ordem econômica, política, social, cultural, acessibilidade, como distâncias e falta de transporte, estradas, problemas climáticos, entre outros.

Por sua vez, Santos (2001) cria e utiliza as categorias “territórios luminoso e opaco” para analisar o fenômeno das desigualdades de determinados serviços, objetos, técnica e tecnologias no espaço. Os territórios que possuem maior densidade técnica, informacional e científica e, por essa razão, atraem mais

tecnologia e capital, são os territórios luminosos. Por outro lado, aquele território em que essas características não estão presentes, atraem menos tecnologia e capital, são os chamados territórios opacos. Dessa forma, a tecnologia é uma nova forma de analisar o território na medida em que a inserção e distribuição ocorre de forma desigual nos territórios e no espaço. Os territórios luminosos, em decorrência da maior densidade tecnológica e política, participam e despertam mais interesses das empresas. Portanto, as indústrias produtoras de medicamentos e tecnologias médicas se concentram nos territórios luminosos, enquanto os territórios opacos dependem diretamente desta produção.

Em outras palavras, significa dizer que o monopólio tecnocientífico e industrial reflete-se na distribuição espacial desigual do conhecimento e das tecnologias, aprofundando a injustiça espacial. Quem detém o conhecimento tecnocientífico é protagonista da produção tecnológica e das normativas sanitárias que, no campo da saúde, tem impacto direto na saúde das populações. No caso dos medicamentos, o protagonismo dos países desenvolvidos reflete-se na distribuição extremamente desigual de acesso da população. Por isso, em 1990, a Organização Mundial de Saúde (OMS) identificou que 23% da população mundial consomem 60% da produção. Tal fato demonstra que grande parcela da população não tem acesso à assistência à saúde e muito menos à farmacêutica (BERMUDEZ, 1992). Ou seja, o alinhamento do capitalismo industrial com a produção científica aprofundou ainda mais as desigualdades no acesso e na distribuição das tecnologias e serviços da biomedicina. Uma das consequências desse monopólio tecnocientífico e industrial encontra-se refletida nos registros de patentes de medicamentos. De acordo com Akkari et al. (2016), EUA e Europa despontam como as regiões detentoras do maior número de patentes farmacêuticas. Outro país com destaque nesse cenário é a China que assumiu a segunda posição dentre os países com o maior número de patentes no setor. No que se refere ao Brasil, ainda segundo esse mesmo autor, as indústrias farmacêuticas concentram-se na produção de medicamentos genéricos e possuem baixo investimento em pesquisa e desenvolvimento.

Portanto, o Brasil, além de sofrer as consequências da dominação do conhecimento e tecnologias pelos países desenvolvidos, apresenta injustiça espacial decorrente das desigualdades inter-regionais. No caso da saúde, tem impacto direto sobre a distribuição territorial e acesso aos serviços de saúde pela

população. Por exemplo, ao analisar fatores como individuais (gênero, raça, idade) e geográficos (residência), foi observado “que o acesso aos serviços de saúde é mais expressivo entre mulheres brancas e aumenta proporcionalmente com a idade; bem como entre os residentes nas áreas urbanas e regiões ricas do país” (FAHEL, 2007, p. 2). Esse dado foi corroborado por Travassos et al. (2006), ao demonstrar que acesso é fortemente influenciado pela condição social das pessoas e pelo local onde residem. Este padrão existe tanto para os adultos como para as crianças. Outro estudo comprova que existe uma diferença no acesso à medicamentos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil, encontraram maiores prevalências entre os idosos na região Sul do país comparado a região Nordeste (OLIVEIRA et al., 2016).

Outro importante fator que pode alterar o acesso ou reduzir as desigualdades diz respeito às políticas de saúde. Nesse sentido, alguns territórios considerados luminosos, como é o caso dos EUA, demonstram injustiças no acesso aos serviços da medicina moderna, onde grande parte de sua população, não pode usufruir desta medicina e de seus benefícios tecnológicos. Segundo Paiva (2020), a desigualdade no acesso aos serviços de saúde nos EUA decorre do fato de a oferta do serviço de saúde não está calcado no direito de cidadania, como no Brasil, mas ser uma relação de mercado.

Frente a esse cenário de extrema desigualdade brasileira, que se aprofundou com as políticas de saúde implementadas durante o governo militar e com neoliberalismo econômico dos anos 1980, a sociedade civil organizada exigiu que a saúde fosse um direito fundamental, reconhecido pelo Estado brasileiro. Essa reivindicação é garantida pela constituição federal de 1988 e serve como pressuposto da criação do SUS em 1990. Neste sentido, o SUS adotou como princípios a universalidade, a equidade e a integralidade, sendo os dois primeiros focados em resolver as desigualdades de acesso aos serviços de saúde. E ainda deve obedecer aos princípios organizacionais de descentralização e regionalização dos serviços (PONTES et al., 2009). Cabe ressaltar que o denominado movimento da “reforma sanitária”, que culminou com a criação do SUS, aliou-se também a outros movimentos sociais que exigiam outras formas de cuidado, considerando tanto as diferentes medicinas tradicionais quanto práticas relacionadas ao meio ambiente e agrícola, em especial as práticas agroecológicas, como forma de cuidado das pessoas e do território. Assim, antes da criação do SUS, existiam

grupos com iniciativas que buscavam introduzir a fitoterapia como prática de cuidado, uma das mais conhecidas era o projeto Farmácia Viva, que teve como protagonista o Prof. Matos, na década de 1980, na Universidade Federal do Ceará (UFC)⁴, no Estado do Ceará. Dessa maneira, as categorias geográficas de espaço e território são de extrema importância para os estudos e ações em saúde, em particular para a fitoterapia em razão dos vínculos territoriais e bioculturais das diversas etnias que compõem o Brasil. Portanto, o próximo capítulo expõe a importância dos conceitos geográficos na saúde, a fim de explicar como SUS elaborou suas diretrizes objetivando reduzir as injustiças espaciais.

3.4

Geografia médica e da saúde: Espaço e território

O espaço é um dos conceitos centrais para a geografia e passa por diversas definições desde a sua aplicação física/geométrica, como uma porção da superfície terrestre, até a definição de espaço social que é o espaço produzido por uma sociedade, onde as relações sociais acontecem (SOUZA, 2013). Por sua vez, o conceito de espaço sempre atraiu os epidemiologistas, por contribuir na localização das doenças e suas dinâmicas de contaminação, controle, causas, etc. Assim, a espacialização da saúde em distritos sanitários, unidades e equipes de saúde permite que seja feita uma análise integrada do ambiente e a sua influência na saúde da população, permitindo a inclusão de práticas de acordo com as necessidades encontradas. Portanto, o espaço é uma categoria de síntese e convergência onde se manifestam diversos processos envolvidos nas condições de vida das populações e permite entender o processo saúde-doença como manifestação social (BORTOLOZZI, 2009).

A epidemiologia sempre foi a ponte entre a geografia e a saúde, porém, o conceito de espaço utilizado pela epidemiologia, por muitos anos, foi o espaço físico, geométrico, o qual predispõe o risco e o aparecimento de doenças (MONKEB et al., 2008). No entanto, a partir da década de 1970, período marcado por diversas mudanças, movimentos sociais e sanitaristas, duras críticas foram feitas aos fatores de risco empregados na epidemiologia. Nesse mesmo período,

⁴ Repositório Institucional UFC: Plantas medicinais da caatinga do Nordeste brasileiro: etnofarmacopeiado professor Francisco José de Abreu Matos

houve a emergência de novas doenças, a redução de doenças infecciosas e o aumento de doenças crônicas e degenerativas, mostrando a necessidade de novas abordagens Segundo Bortolozzi (2009), o surgimento de um novo perfil sanitário é responsável pela crise que se instaura na ciência epidemiológica, bem como a necessidade de buscar formas mais eficientes de entender a doença como manifestação coletiva.

Este movimento ganhou vários adeptos na saúde pública brasileira, ajudando a difundir o conceito de espaço geográfico, em substituição ao espaço geométrico tradicionalmente utilizado pela epidemiologia (MOKEN et al., 2008, p. 14). No Brasil, Milton Santos foi o maior difusor do conceito de espaço geográfico, mesmo não tendo se dedicado diretamente ao tema da geografia da saúde, o autor influenciou diversos pesquisadores que estudaram as questões espaciais na saúde, pelo fato de proporcionar uma revisão epistemológica dos conceitos de espaço e território, influenciando o campo da Geografia da Saúde (BORTOLOZZI, 2009). Assim como houve uma evolução no conceito de espaço, houve também uma evolução no conceito da Geografia Médica e da Saúde.

Existe uma diferença entre os termos Geografia Médica e Geografia da Saúde, embora sejam usados para se referir aos estudos que usem conceitos geográficos para trabalhar temas relacionados à saúde. No entanto, a Geografia da Saúde dá ênfase ao suporte dos serviços oferecidos pela comunidade, com evidência para o impacto dos cuidados de saúde na saúde e o bem-estar da população (SANTANA, 2014, p. 4).

Hipócrates foi um precursor na Geografia Médica e da Saúde ao associar o estudo das doenças com os lugares e o ambiente. A primeira contribuição para a Geografia Médica é o tratado da escola de Hipócrates, intitulado “Os ares, as águas e os lugares” que trazia estudos das doenças relativos aos fenômenos geofísicos no final do século V a.C.. Outros estudos surgiram nos séculos XVIII, XIX e XX voltados para a relação das doenças infecciosas e o ambiente (SANTANA, 2014).

O conceito evoluiu e a Geografia da saúde hoje trata de questões relacionadas as desigualdades de acesso aos serviços de assistência médica, tendo em vista que grande parte dos artigos publicados nesta área são relativos às desigualdades em saúde, e ainda sobre as políticas públicas de saúde,

envelhecimento e o aumento nas opções de cuidado ou ainda na pobreza e exclusão e as consequências na saúde (SANTANA, 2014).

Assim, Geografia da Saúde é renovada ao fazer uso do conceito do espaço geográfico para análises do processo saúde/doença de determinada população. Para Milton Santos, (1997, p. 2) o espaço geográfico é “um conjunto indissociável de sistemas de objetos (fixos) e de ações (fluxos) que se apresentam como testemunhas de uma história escrita pelos processos do passado e do presente”. O espaço passa a ser pensado para além das geometrias e sua característica física, as relações sociais são postas em um papel central, além de ter introduzido a importância da técnica para o entendimento do conceito (BORTOLOZZI, 2009).

Segundo Moken (2003, p. 37),

a identificação e localização dos objetos, seus usos pela população e sua importância para os fluxos das pessoas e de matérias, são de grande relevância para o conhecimento da dinâmica social, hábitos e costumes e para a determinação de vulnerabilidades de saúde, originadas nas interações de grupos humanos em determinados espaços geográficos.

Nossa compreensão do espaço para o presente estudo e a sua inserção com a geografia da saúde parte da análise da distribuição geográfica do SUS, que divide as unidades básicas de saúde em áreas programáticas que veremos com detalhes na seção seguinte. A divisão por área permite que se visualize as condições de saúde de determinada população, hábitos, necessidades de serviços e uso de determinadas práticas de saúde. As unidades básicas ou primárias da saúde oferecem terapias e técnicas de cuidado de diversas origens e idades que convivem no mesmo espaço e servem de ações em saúde para as pessoas de acordo com as suas diversas queixas e comprometimentos com a saúde, como a escolha pelo uso de um medicamento moderno ou pelo uso de uma receita caseira com base em uma planta utilizada pelos ancestrais que atravessou gerações, também pela necessidade ou opção da realização de um exame com alta tecnologia ou apenas pelo diagnóstico através da língua ou da palpação do pulso utilizado há mais de 4.000 anos pela Medicina Tradicional Chinesa. Todos esses recursos e técnicas coexistem nas unidades de atenção básica da saúde no Brasil.

Ao destacar a técnica no conceito de espaço, Santos, 2006 evidencia o papel que o mercado desempenha no setor saúde nos dias atuais, que determina uma produção pragmática “cujas formulações começam no resultado e não nas

causas e, por isso, não atinge a maior parte da população (especialmente segmentada) que não tem acesso à saúde” (BORTOLOZZI, 2009, p. 35). A afirmação de que as formulações começam no resultado e não nas causas é reforçada por Santos (2001), quando diz que na globalização primeiro se cria um produto para depois criar o consumidor, tema esse que vamos trabalhar quando analisarmos a produção de fitoterápicos, na parte IV, capítulo IV.2.

Além do conceito de espaço, a Geografia da saúde também faz uso do conceito de território, o qual nasce com uma dupla conotação, material e simbólica. Dessa forma, etimologicamente aparece tão próximo de *terra-territorium* quanto de *térreo territor* (terror, aterrorizar), ou seja, tem a ver com dominação (jurídico-política) da terra e com a inspiração do terror, do medo (HAESBAERT, 2007). O território é também um espaço, porém singularizado: sempre tem limites que podem ser políticos- administrativos ou de ação de um determinado grupo de atores sociais. Internamente é relativamente homogêneo, com uma identidade que vai depender da história de sua construção, e o mais importante, é portador de poder – nele se exercitam e se constroem os poderes de atuação tanto do Estado, das agências e de seus cidadãos (MONKEN et al., 2008). Os territórios podem ser distinguidos de acordo com aqueles que os constroem, sejam eles indivíduos, grupos sociais/culturais, o Estado, empresas ou instituições (HAESBAERT, 2007).

O conceito de território atravessa diversas discussões, até o rompimento com a tradicional visão política. Para Santos (2001) o território é determinado pelas diferentes funções espaciais ou pelos diferentes usos espaciais incorporando as relações políticas e econômicas. As suas discussões mais recentes incorporam o fator cultural admitindo que, além da conotação política e econômica, o território também carrega uma conotação simbólica. Ao compreender as relações que se desdobram em diferentes funções e usos espaciais, torna-se possível delimitar territorialmente um espaço para a implementação de ações práticas de saúde (FARIA E BORTOLOZZI, 2009, p. 37).

Portanto, o interesse pelo conceito de território na saúde nasce com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), com a delimitação dos territórios da saúde e passa a ser concebido como uma área político-administrativa, além da sua redefinição do seu conceito utilizado nas políticas públicas de saúde (MOKEM et

al., 2008). Um conceito importante para analisar e discutir as relações entre comunidades, saberes, práticas e ecossistemas.

3.5

A construção do SUS e da ANVISA no Brasil

As políticas públicas se constituem em ações e medidas do Estado em resposta aos problemas de interesse público que emergem na sociedade (FERRAZ & KRAICZYK, 2010). Políticas públicas afetam a vida das pessoas nos diferentes locais em que vivem, pelo fato de reordenarem as relações sociais no âmbito local e também por conectá-las a uma ordem mundial mais abrangente, desencadeando em uma reordenação sociocultural (FERREIRA, 2010). As políticas públicas de saúde são as que mais se aproximam do cotidiano da população, não apenas da parcela que depende exclusivamente da assistência médica dos serviços públicos de saúde, mas todos os cidadãos, uma vez que dependemos dos serviços geridos pelo Estado como a vigilância sanitária, vacinações, campanhas educativas e orientações preventivas de doenças, entre outros.

No Brasil, foi somente após a segunda guerra mundial que o Estado assumiu responsabilidades financeiras em relação à saúde da população. Entre 1887 e 1930, todos os assuntos que se referiam a saúde pública eram tratados pelo Ministério da justiça, e suas ações se limitavam ao combate as endemias e ao saneamento das cidade. Em 1923, surge a Previdência social, no mesmo ano é criada a Caixa de Aposentadoria e Pensão (CAP), que oferecia assistência médica e direitos trabalhistas como a pensão. Diversas caixas de pensões foram criadas e distribuídas por classes de trabalhadores. Portanto, apenas quem possuía vínculo trabalhista tinha direito a assistência médica. Em 1930, é criado o Ministério da Saúde e Educação e, apenas, em 1953, cria-se um ministério para cada uma dessas pastas. Em 1966, é criado o INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), o qual torna-se o principal órgão de assistência à saúde que, posteriormente, em 1977, é criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), o qual assume a assistência médica aos segurados. Entre as décadas de 1950 e 1970, as políticas de saúde são divididas em duas vertentes principais, uma de cunho “campanhista/sanitarista” e outro assistencialista. A primeira responsável pela campanhas de vacinação e combate às epidemias e a segunda

direcionada para a classe trabalhadora para a qual eram voltadas as ações de assistência e serviços médicos. Assim, eram exigidos vínculos empregatício para ter acesso aos serviços de saúde fornecidos pelas caixas de pensões e pelo INAMPS (Figura 5), além do estímulo aos serviços privados de saúde (PAULUS E COORDONI, 2006).

Figura 5 — Carteira de beneficiário do INAMPS.

Fonte: <https://www.professorvalterdossantos.com/2021/03/INAMPS-CARTEIRA-DE-IDENTIDADE-DE-BENEFICIARIO.html>

A exclusão de grande parte da população do acesso à saúde somada ao aprofundamento das desigualdades regionais, fizeram com que os movimentos sociais questionassem e exigissem mudanças nas políticas de saúde, de forma que não fossem tão dependentes da produção e consumo de bens e serviços, padronização da vida e aumento da contaminação ambiental em escala global (PAIM, 2013; FIGUEIREDO, 2018). No âmbito da saúde, coletivos, como o “Movimento Social Urbano”, atuaram pela reforma sanitária iniciada nos anos 1960 e 1970 nos Estados Unidos e na Europa (PAIM, 2013; LUZ, 2005). Tanto na Europa, EUA e Brasil, esses movimentos lutavam pela universalização da atenção da saúde básica, melhores condições de saúde das populações, principalmente da população socioeconomicamente mais vulnerável, além de apresentar como uma

das suas propostas a democratização da saúde nas periferias das grandes cidades brasileiras através do resgate às origens a práticas da medicina tradicional (PAIM, 2018).

No Brasil, foi notória a ação do movimento pela “Reforma Sanitária Brasileira” (RSB), um movimento social e democrático que em pleno regime militar tinha como proposta, dentre outras pautas de reivindicação, a melhoria das condições de saúde da população. Para Paim (2008), o RSB contemplava a ideia de saúde como direito social, o que alicerçou a democratização da saúde no país com a Constituição Federal (CF) de 1988. A CF definiu princípios e diretrizes políticas que, posteriormente, serviram de base para o atual sistema de saúde nacional, o SUS.

Um marco para a reforma sanitária e o nascimento do novo sistema de saúde no Brasil foi a 8ª Conferência Nacional da Saúde (CNS), realizada em 1986. A primeira conferência que foi aberta à sociedade, resultou no sistema unificado e descentralizado da saúde e formou as bases para a carta da atual CF, que rege todo o ordenamento jurídico do Brasil desde então (PAIVA, 2014). Segundo o artigo 196 da CF de 1988:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2016, p. 122).

A atual CF integrou saúde, previdência e assistência, reconheceu o direito à saúde como “um dever do Estado, incluindo a criação do SUS, universal, público, participativo, descentralizado e integral” (PAIM, 2013, p 1932). Portanto, o SUS foi idealizado e planejado para alterar profunda e positivamente toda a estrutura das políticas de saúde no Brasil. Para tanto, introduziu um conjunto articulado de ações preventivas, curativas e de alta complexidade. Para atingir esse objetivo definiu três princípios doutrinários: (1) universalidade nos serviços, segundo o qual, a saúde é direito de todos e dever do estado, independente de vínculos empregatícios todos passam a ter direito á saúde; (2) integralidade na assistência, as pessoas têm direito de serem atendidas na íntegra de suas necessidades, em um conjunto articulado de ações preventivas, curativas e de alta complexidade; (3) equidade, tem relação direta com os conceitos de igualdade e

justiça, busca-se com este princípio reconhecer as diferenças nas condições de vida e saúde e nas necessidades das pessoas.

Portanto, o SUS representa um rompimento com modelo previdenciário, modelo no qual a assistência médica era direcionada a segmentos populacionais específicos, nesse caso, ao cidadão que possuía vínculo empregatício. No entanto, o setor privado permanece, pois ele foi assegurado pelos artigos 119 (§ 1º - participação da iniciativa privada na provisão de serviços de saúde, desde que de forma complementar, sob as diretrizes e regras deste sistema público) e 197 (ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado) (BRASIL, 2008b, p. 125). Assim, por exemplo, alguns hospitais são mantidos por recursos públicos e geridos por associações privadas, entidades de serviços sociais autônomos e sem fins lucrativos como exemplo, os hospitais das forças armadas e hospitais da rede SARAÍ (PAIM, 2012, p. 75).

A outra intervenção feita no setor saúde pelo SUS é de natureza estrutural. Aqui os conceitos de espaço e território foram incorporados, que veremos na próxima parte deste capítulo. Com a descentralização promovida pelo SUS houve a divisão no modelo de assistência em atenção primária, secundária e terciária. A primária prioriza a prevenção de doenças e a promoção da saúde, sendo os serviços oferecidos nos postos de atenção primária ou unidades básicas de saúde (UBS). A atenção secundária inclui serviços especializados da medicina, como por exemplo, consultas com especialistas, serviços fisioterapia, psicoterapia entre outros. O nível terciário se refere aos hospitais e serviços mais complexos de saúde (PAIM, 2009).

As UBSs são os primeiros locais em que as relações profissionais/usuários acontecem, local em que diversas práticas de origem e idades distintas convivem, além de ser o local de visualizar através do espaço as diversas necessidades da população e análise de quais serviços e assistências podem ser adequados. É a conhecida “porta de entrada” do SUS por ser referência e contrarreferência aos níveis secundários e terciários, ou seja, o sistema deve atuar em rede para fornecer assistência à população.

Outra iniciativa importante foi a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), em 1999, que tem o papel de promover e proteger a

saúde da população e intervir nos riscos decorrentes da produção e do uso de produtos e serviços sujeitos à vigilância sanitária, em ação coordenada com os estados, os municípios e o Distrito Federal. Nesse contexto, a vigilância sanitária é a forma mais complexa da saúde pública por atuar na vigilância de produtos e serviços relacionados com a segurança e qualidade, evitando riscos para a saúde (TEIXEIRA & PAIM, 2000). É um campo interdisciplinar em razão das diversas áreas, tecnologias e processos envolvidos na elaboração de produtos e serviços. Portanto, a Anvisa tem como missão garantir que produtos alimentícios, serviços de saúde e medicamentos cheguem para o consumo da população com segurança, sem que causem danos a saúde e, por isso, encontra-se no campo da prevenção de doença. Além dos produtos, a vigilância atua nos ambientes, em fatores de riscos associados aos produtos, insumos e nos serviços relacionados com a saúde. A vigilância sanitária foi definida como um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir e prevenir riscos à saúde, além de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente. Portanto, a Anvisa alinha-se ao papel do Estado moderno em sua função reguladora da produção econômica do mercado e do consumo em benefício da saúde humana (PAIM, 2000, p. 17).

No Brasil, ações de vigilância sanitária começaram a ocorrer no século XVIII, em conformidade com o modelo adotado em Portugal. Concentrando-se em políticas para conter a disseminação de doenças (TEIXEIRA & PAIM, 2000). Com a consolidação e expansão das indústrias farmacêutica e alimentícia, após a segunda guerra mundial, houve profundas mudanças na atuação da vigilância sanitária em decorrência do aumento da produção e de consumo de medicamentos e alimentos industrializados (LUCCHESI, 2001). Até 1988, a vigilância sanitária se ocupava de controlar e fiscalizar os serviços de portos e aeroportos e fronteiras, medicamentos e alimentos, bem como o exercício profissional relacionado a saúde (PAIM, 2000, p 15). Após a criação da Anvisa, observa-se um caráter mais burocrático, pois torna-se responsável pela elaboração de resoluções e normas. A inspeção sanitária torna-se mais restrita e dividida com as esferas estaduais e municipais (LUCCHESI, 2001).

A reorganização da vigilância sanitária é também impulsionada por uma série de problemas. Entre os anos de 1996 e 1998 no Brasil, houve escândalos relacionados à falsificação de medicamentos que levaram a morte de usuários, esquemas de corrupção, venda de medicamentos contrabandeados, venda de

medicamentos de baixa qualidade e/ou com validade vencida. Ocorreu também a tragédia radioativa em Goiânia - GO, em 1987, em decorrência do abandono de uma ampola de Césio utilizada por um serviço de radioterapia. Tais fatos reafirmaram a necessidade de uma reestruturação na serviço de vigilância coordenado pelo Estado (SILVA, 2018).

Como consequência, a Anvisa foi criada pela Lei. 9.782 em 1999, sucedendo a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária, tendo como missão promover e proteger a saúde da população, intervir nos riscos decorrentes da produção e do uso de produtos e serviços sujeitos à vigilância sanitária, de acordo com os princípios do SUS (CARVALHO et al., 2012). A criação da Anvisa e o apoio aos órgãos estaduais e municipais proporcionaram melhoria na estrutura e funcionamento do sistema de saúde através da estruturação de um Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS).

Entretanto, os maiores desafios na atuação da Anvisa decorrem de suas funções esbarrarem em campos de interesse econômico e do mercado, como a avaliação de agrotóxicos, controle de tabagismo, qualidade de alimentos e medicamentos. Outro desafio encontra-se nas bases da criação da Anvisa, que tem como fundamentação o modelo hegemônico da medicina moderna centrada nas doenças e medicamentos, fator esse que contribui com um olhar de certa desconfiança em relação à outras formas de cuidado (SILVA, 2018). Esse fator se mostra como um obstáculo para as empresas de medicamentos não alopáticos, como os homeopáticos e os fitoterápicos no Brasil, desafios esses que veremos com detalhes mais adiante, no capítulo de resultados, parte IV.1.

Apesar da inegável importância que o desenvolvimento tecnológico trouxe para a prática clínica, os riscos também são cada vez maiores. O uso indiscriminado de medicamentos e, em particular de antibióticos, podem acarretar danos direto ao organismo humano ou promover o surgimento de bactérias super-resistentes. Segundo Paiva *et al.* (2013), o uso excessivo de antibiótico acelera os mecanismos de defesa das bactérias, perdendo a eficiência do medicamento. De acordo com Silva (2018), a cada dia 829 brasileiros morrem devido a eventos adversos, em hospitais públicos ou privados, em razão do uso inadequado e abusivo de medicamentos prescritos. Portanto, o uso excessivo e inadequado produz mais agravos que benefícios à saúde, um dos motivos que a população exige outras práticas de cuidado.

Na sociedade moderna a complexidade das relações Estado e sociedade se fundamenta nos interesses dos diferentes atores envolvidos nesta relação. Nesse contexto, o Estado é o centro do poder que é usado de forma coercitiva para delimitar a liberdade e os interesses individuais com a coletividade. De acordo com Bobbio (2019), o Estado ao exercer o seu poder político de forma corrupta, beneficia apenas quem o governa. Assim, o alinhamento do Estado com o mercado tem forte influência no desenvolvimento das políticas públicas e, por isso, há interferência direta nas políticas de saúde, sobretudo aquelas que podem favorecer empresas nacionais e de pequeno porte, como é o caso da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Por isso, observa-se que houve a retirada de fitoterápicos elaborados com plantas nativas e aumento na introdução de produtos contendo espécies exóticas, conforme apresentado na parte IV, capítulo IV.4 da.

Após a criação da Anvisa foram elaboradas diversas legislações (resoluções, instruções normativas e portarias) que abordam de forma direta ou indireta plantas medicinais e fitoterápicos, como mostra a figura 6. Abordaremos aqui apenas os marcos sanitários vigentes que foram elaborados como fruto da PNPMF. No ano de 2010, ocorreu uma importante mudança que foi o reconhecimento da “Farmácia Viva” por meio da Portaria 886/2010, a qual instituiu a Farmácia Viva no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Desde então, a ANVISA fez várias resoluções que propiciaram uma série de mudanças e inovações nas legislações sanitárias do país.

Tais mudanças abrangem tanto a área industrial quanto o segmento magistral. Para este último segmento o SUS adotou a Farmácia Viva que deve seguir as Boas Práticas estabelecidas pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 18/2013. Além disso, em 2011, foi lançada a 1ª edição do Formulário de Fitoterápicos da Farmacopeia Brasileira (FFFB) que oficializa formulações e as padroniza. Em 2018, foi lançado o primeiro suplemento e, em 2021, a 2ª edição desse formulário.

No que se refere aos industrializados, a Anvisa criou, através da RDC 26/2014, duas categorias: medicamentos fitoterápicos (MF) e produtos tradicionais fitoterápicos (PTF). Conforme essa resolução, a indústria farmacêutica deve seguir regras específicas para registro e/ou notificação desses produtos. A RDC 26/2014 definiu como MF os que passaram por testes clínicos

padronizados para avaliação de segurança e eficácia. Já os PTF incorporaram o conceito de tradicionalidade de uso na legislação sanitária, ou seja, como PTF foram selecionadas elaborados os seguintes critérios: registros de uso contínuo igual ou superior a 30 anos; utilizado sem a supervisão médica; somente para uso tópico ou oral; as indicações devem ser coerentes com o uso tradicional. Cada uma dessas categorias também contém uma relação de espécies contendo as informações para a obtenção do registro simplificado. Ressalta-se que produtos elaborados por comunidades tradicionais não são passíveis de registro ou notificação conforme os princípios da RDC nº 26/2014 e, por sua vez, não devem ser comercializados com fins medicinais. Vale ressaltar a RDC 26/2014 aplica-se à indústria farmacêutica de fitoterápicos dos segmentos públicos ou privados. As diferenças entre os produtos foram resumidas na quadro 1 abaixo:

Quadro 1 — Diferenças entre as categorias medicamento fitoterápico e produto tradicional fitoterápico.

Diferenças	Medicamento Fitoterápico (MF)	Produto Tradicional Fitoterápico (PTF)*
Comprovação de Segurança e Eficácia/Efetividade (SE)	Por estudos clínicos	Por demonstração de tempo de uso (tradicionalidade)
Boas Práticas de Fabricação (BPF)	Segue a RDC nº 17/2010	Segue a RDC nº 13/2013
Informações do fitoterápico para o consumidor final	Disponibilizadas na Bula	Disponibilizadas No Folheto informativo
Formas de obter a autorização de comercialização junto à Anvisa	Registro ou Registro simplificado	Registro, Registro simplificado ou Notificação

*PTF são uma nova classe de medicamentos criada pela Anvisa com o intuito de deixar mais claro para a população se o produto que ela está utilizando passou por todos os testes clínicos de segurança e eficácia ou se foi aprovado por tempo de uso tradicional seguro e efetivo.

As regras estabelecidas pela Anvisa para a produção de fitoterápicos são rígidas porque os fitoterápicos são considerados medicamentos e, por isso, devem cumprir os requisitos necessários para serem enquadrados nessa categoria. Portanto, as normativas sanitárias podem ser um dos maiores entraves no crescimento da indústria de fitoterápicos no Brasil, em particular, quando se considera as desigualdades regionais.

3.6

A influência das organizações internacionais de saúde nas políticas de saúde brasileiras e o reconhecimento da fitoterapia no SUS

Na década de 1970, a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) e Organização Mundial de Saúde (OMS) relatam que os custos dos tratamentos médicos aumentaram em decorrência das tecnologias médicas e da multiplicidade de especializações exigidas para atender aos sistemas de saúde. Esse maior custo financeiro fez com que apenas uma parte da população tenha acesso aos tratamentos oferecidos, ao mesmo tempo em que permaneceu a necessidade de promover mudanças nas condições de vida da maior parte da população, em decorrência do aumento das doenças crônicas. Em outras palavras, o desenvolvimento científico e tecnológico aliou-se ao capital de tal forma que a manutenção e reprodução deste modelo médico aprofundou as desigualdades territoriais, consolidando e promovendo diferenciações socioespaciais (SANTOS, 2006). Como consequência, houve a geração de dois polos, de um lado, países desenvolvidos e detentores de tecnologia e conhecimento científico para o desenvolvimento de novas tecnologias médicas e, do outro, países em desenvolvimento que são consumidores das tecnologias produzidas e submetidos ao arcabouço tecnocientífico e regulatório.

Perante estas desigualdades e as abordadas no capítulo anterior, instituições, pesquisadores e movimentos sociais da saúde reivindicaram mudanças nas políticas de saúde que as alterassem de modo que fossem incluídas práticas, modelos de formação médica e abordagens ampliadas das doenças e suas consequências sociais. Em 1978, durante a primeira Conferência de Cuidados Primários à Saúde, realizada na cidade de Alma-Ata, no Cazaquistão, foi proposta a Atenção Primária à Saúde (APS) como forma de reorganização dos serviços de saúde, tendo como pressupostos a territorialização das ações de saúde. Para atender a esses pressupostos, foi orientado que os países deveriam organizar a APS baseada na Medicina de Família e Comunidade, cujas ações devem ser planejadas de forma territorializada, tendo a família como núcleo central do cuidado. Uma das consequências da exclusão de grande parte da população aos serviços de saúde foi a manutenção das práticas populares de saúde, onde o recurso terapêutico mais utilizado são plantas medicinais (OLIVEIRA, 2010; VEIGA, 2011). Diante disso, organizações internacionais, como a OMS e OPAS,

passam a recomendar a formulação de políticas voltadas para o reconhecimento da fitoterapia e outras práticas médicas tradicionais e sua inclusão nos sistemas de saúde.

Na década de 1980, ocorreu no Brasil um movimento social por mudanças no sistema de saúde, que ficou conhecido como movimento pela reforma sanitária brasileira, conforme já mencionado anteriormente, que culminou com a criação do SUS. Portanto, o SUS foi criado com a finalidade de “superar a clássica oposição entre assistência e prevenção, entre indivíduo e coletividade, que durante muitos anos caracterizou as políticas de saúde no Brasil” (MATTA E MOROSINI, 2008, p. 39).

Ao mesmo tempo em que a sociedade civil reivindicava mudanças nas políticas de saúde brasileira, o governo brasileiro buscava dar mais autonomia ao país em relação à pesquisa e produção de medicamentos. A fim de fornecer essa autonomia, foi criada a Central de Medicamentos (Ceme) em 1971 (BRASIL, 1971), que concentrou as políticas voltadas para a assistência farmacêutica, liderada pelo Ministério da Saúde. Uma das estratégias adotadas pela Ceme foi definir o estudo das plantas medicinais como uma das prioridades de investigação clínica através da Portaria n.º 212, de 11 de setembro de 1981. Para realizar as pesquisas decidiu-se pela criação do Programa de Pesquisas de Plantas Medicinais (PPPM), em 1982. Portanto, a criação da Ceme era convergente com as orientações preconizadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, que, em seu relatório final, propunha a maior presença estatal na produção farmacêutica.

O PPPM contribuiu para o desenvolvimento da fitoterapia, com embasamento científico, por meio da realização de projetos pesquisas voltados para o estudo de espécies nativas usadas na medicina popular. A seleção das espécies foi realizada por uma comissão de pesquisadores que estabeleceram critérios de ordem médica, antropológico-social, botânico-econômico e econômico. Entre os anos de 1983 a 1996, o Programa financiou 110 projetos, envolvendo 24 instituições de ensino e pesquisa e empresas, conseguindo reunir mais de 50 pesquisadores, tendo sido realizadas análise de 74 plantas, das quais 10 apresentavam investigação avançada. Estas pesquisas promoveram a realização de trabalhos multidisciplinares e contribuíram para a formação e consolidação de grupos de pesquisas na área de plantas medicinais. Nessa trajetória, entre os anos

de 1985 e 2005, as plantas medicinais e a fitoterapia foram contempladas em documentos de conferências nacionais de saúde, resoluções interministeriais e convênios entre órgãos do governo e a sociedade civil, tendo como marco o Seminário Nacional de Plantas Medicinais, Fitoterápicos e Assistência Farmacêutica, realizado pelo Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (DAF/SCTIE/MS). Nesse seminário foi aprovado a Proposta de Política Nacional de Plantas Medicinais e Medicamentos Fitoterápicos, elaborada em 2001, e oficializado um grupo de trabalho interministerial (GTI)⁵, coordenado pelo Ministério da Saúde, para discutir e elaborar a Política de Plantas Medicinais e Medicamentos Fitoterápicos, a qual foi aprovada em 22 de junho de 2006 por meio do Decreto Presidencial nº 5.813 (BRASIL, 2006). Outros documentos importante para o reconhecimento do uso de plantas e da fitoterapia no SUS foi a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares da Saúde (PNPIC), também aprovada 03/05/2006 pela Portaria GM nº 971 e o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, publicado em 09 de dezembro de 2008 pela Portaria Interministerial nº 2960 (Figura 6). A seguir são fornecidos mais detalhes a respeito dessas políticas.

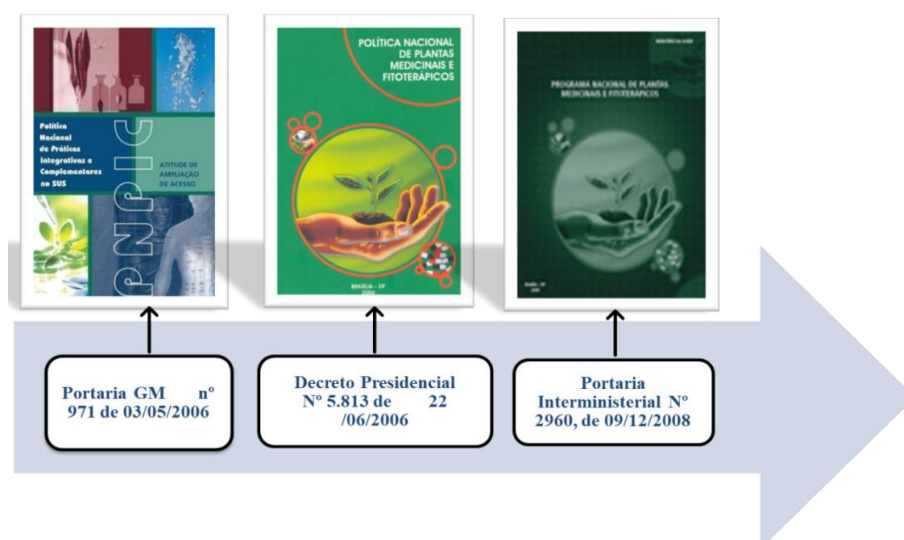


Figura 6 — Documentos que reconheceram a fitoterapia no SUS.

⁵ Esse grupo de trabalho contou com a representação da Casa Civil e dos ministérios da Integração Nacional; Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior; Desenvolvimento Agrário; Ciência e Tecnologia; Meio Ambiente; Agricultura, Pecuária e Abastecimento; Desenvolvimento Social e Combate à Fome, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária e da Fundação Oswaldo Cruz e foi instituído pelo Decreto no 10.447, em 17/2/2005.

3.7

Política Nacional de Práticas Integrativas e complementares (PNPIC) e Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF): Um breve histórico

A denominação de práticas integrativas e complementares (PICs) foi cunhada pelo Ministério da Saúde na ocasião da elaboração da PNPIC. As práticas integrativas na saúde incluem não somente as medicinas orientais ou as medicinas tradicionais regionais e populares, mas também a medicina homeopática e sistemas terapêuticos distintos daqueles da nossa racionalidade médica (LUZ, 2005, p. 153). A orientação é que as PICs sejam oferecidas nas UBSs, tendo como foco promover e realizar intervenções para o cuidado e a recuperação da saúde individual e coletiva, centrada na integralidade do indivíduo e contribuindo para o fortalecimento dos princípios fundamentais do SUS, além de ampliar a possibilidade de tratamentos ofertados aos usuários. O que possibilita ao indivíduo a escolha de outras práticas de cuidados com a saúde.

Um marco importante no avanço dessas práticas foi primeiro Congresso Internacional de Práticas Integrativas e Complementares, realizado em 2018, na cidade do Rio de Janeiro/RJ. No evento foi anunciada a inclusão pelo Ministério da Saúde de dez novas práticas integrativas no SUS, entre elas a terapia de florais, cromoterapia e a constelação familiar. Ao todo, hoje, são previstas 29 práticas. Dentre elas, a fitoterapia e as plantas medicinais são as únicas contempladas com uma política específica, a PNPMF.

A criação dessas políticas (PNPIC e PNPMF) foi em consequência de uma luta anterior a criação do SUS, em que atores como pesquisadores, gestores, profissionais de saúde e usuários influenciaram e incentivaram, conforme já explicado anteriormente. Consequentemente, a PNPMF tem como objetivos centrais: 1) ampliar as opções terapêuticas na perspectiva da integralidade na atenção à saúde; 2) valorizar o conhecimento tradicional; 3) fortalecer a indústria farmacêutica nacional; e, 4) construir o marco regulatório para a produção, distribuição e uso das plantas. Os quadros 2 e 3 abaixo resumem os objetivos e diretrizes da PNPIC e da PNPMF.

Quadro 2 — Objetivos e diretrizes da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

Objetivos	Diretrizes
Incorporar e implementar a PNPIC no SUS, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde	Estruturação e fortalecimento da atenção em PIC no SUS
Contribuir ao aumento da resolubilidade do Sistema e ampliação do acesso à PNPIC, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso	Desenvolvimento de estratégias de qualificação em PIC para profissionais no SUS, em conformidade com os princípios e diretrizes estabelecidos para Educação Permanente
Promover a racionalização das ações de saúde, estimulando alternativas inovadoras e socialmente contributivas ao desenvolvimento sustentável de comunidades	Divulgação e informação dos conhecimentos básicos da PIC para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando as metodologias participativas e o saber popular e tradicional
Estimular as ações referentes ao controle/participação social, promovendo o envolvimento responsável e continuado dos usuários, gestores e trabalhadores nas diferentes instâncias de efetivação das políticas de saúde	Estímulo às ações intersetoriais, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações
	Fortalecimento da participação social
	Provimento do acesso a medicamentos homeopáticos e fitoterápicos na perspectiva da ampliação da produção pública, assegurando as especificidades da assistência farmacêutica nestes âmbitos na regulamentação sanitária
	Garantia do acesso aos demais insumos estratégicos da PNPIC, com qualidade e segurança das ações
	Incentivo à pesquisa em PIC com vistas ao aprimoramento da atenção à saúde, avaliando eficiência, eficácia, efetividade e segurança dos cuidados prestados
	Desenvolvimento de ações de acompanhamento e avaliação da PIC, para instrumentalização de processos de gestão
	Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências da PIC nos campos da atenção, da educação permanente e da pesquisa em saúde
	Garantia do monitoramento da qualidade dos fitoterápicos pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária

Fonte: Elaboração própria a partir de BRASIL (2006, p. 24-27)

Quadro 3 — Objetivos e Diretrizes da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos

Objetivos	Diretrizes
Garantir à população brasileira o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, promovendo o uso sustentável da biodiversidade, o desenvolvimento da cadeia produtiva e da indústria nacional	Estruturação e fortalecimento da atenção em PIC no SUS
Ampliar as opções terapêuticas aos usuários, com garantia de acesso a plantas medicinais, fitoterápicos e serviços relacionados a fitoterapia, com segurança, eficácia e qualidade, na perspectiva da integralidade da atenção à saúde, considerando o conhecimento tradicional sobre plantas medicinais	Desenvolvimento de estratégias de qualificação em PIC para profissionais no SUS, em conformidade com os princípios e diretrizes estabelecidos para Educação Permanente
Promover o desenvolvimento sustentável das cadeias produtivas de plantas medicinais e fitoterápicos e o fortalecimento da indústria farmacêutica nacional neste campo	Regulamentar o cultivo; o manejo sustentável; a produção, a distribuição, e o uso de plantas medicinais e fitoterápicos, considerando as experiências da sociedade civil nas suas diferentes formas de organização
Promover o uso sustentável da biodiversidade e a repartição dos benefícios decorrentes do acesso aos recursos genéticos de plantas medicinais e ao conhecimento tradicional associado	<p>Incentivar a formação e capacitação de recursos humanos para o desenvolvimento de pesquisas, tecnologias e inovação em plantas medicinais e fitoterápicos</p> <p>Fomentar pesquisa, desenvolvimento tecnológico e inovação com base na biodiversidade brasileira, abrangendo espécies vegetais nativas e exóticas adaptadas, priorizando as necessidades epidemiológicas da população</p> <p>Promover e reconhecer as práticas populares de uso de plantas medicinais e remédios caseiros</p> <p>Promover a adoção de boas práticas de cultivo e manipulação de plantas medicinais e de manipulação e produção de fitoterápicos, segundo legislação específica</p> <p>Promover o uso sustentável da biodiversidade e a repartição dos benefícios derivados do uso dos conhecimentos tradicionais associados e do patrimônio genético</p> <p>Promover a inclusão da agricultura familiar nas cadeias e nos arranjos produtivos das plantas medicinais, insumos e fitoterápicos</p> <p>Estimular a produção de fitoterápicos em escala industrial</p> <p>Estabelecer uma política intersetorial para o desenvolvimento socioeconômico na área de plantas medicinais e fitoterápicos</p>

Fonte: Elaboração própria a partir de BRASIL (2006, pp. 20-23)

Cabe ressaltar, portanto, que a temática plantas medicinais e fitoterápicos tornou-se objeto de uma política específica supracitada, cujas ações foram explicitadas no Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF) (BRASIL, 2008) sob a coordenação do Ministério da Saúde apoiada por um comitê gestor do programa de caráter interministerial (Figura 7) e com representantes da sociedade civil organizada dos seguintes setores: Agricultura Familiar; Agricultura; Biomas (Amazônia, Caatinga, Cerrado, Mata Atlântica/Ecossistemas Costeiros e Marinhos, Pampa e Pantanal); Indústria Farmacêutica; Magistral; Pesquisa; Povos e comunidades tradicionais; Serviços de Saúde - Gestor Municipal e/ou Estadual do SUS. Dessa forma, o Ministério da Saúde assumiu o papel de agente catalisador do desenvolvimento das ações direcionadas para plantas medicinais e fitoterápicos. Uma delas diz respeito à retomada das ações propostas pela Ceme que é diminuir a dependência tecnológica e o fomento a indústria de fitoterápicos no Brasil, levando-se em conta a biodiversidade brasileira (BRASIL, 2006a).



Figura 7 — Instituições governamentais envolvidas na gestão da PNPMF.

Fonte: Elaboração própria a partir de Brasil (2008)

Conforme visto anteriormente, os fitoterápicos passaram a ser reconhecidos como medicamentos com regras diferenciadas em função da necessidade de atender as características do segmento. Além disso, já existiam várias iniciativas em curso nos serviços de saúde públicos desde a década de 1980. Isto é, antes da criação do SUS, tendo como referência o projeto “Farmácia

Viva”, idealizado pelo Prof. Francisco Jose de Abreu Matos. Assim, decidiu-se criar uma legislação específica para atender as iniciativas que adotaram esse modelo. Em 2010, foi instituída a farmácia viva no SUS (BRASIL, 2010), por meio da Portaria 866, de 20 de abril de 2010. Esse serviço foi regulamentado pela RDC 18/2013 (Brasil, 2013), possibilitando a produção de fitoterápicos pelas secretarias municipais de saúde e a sua distribuição para a população atendida nas unidades de saúde. Portanto, ao longo dos últimos anos todo o arcabouço regulatório foi revisto para atender ao segmento público e privado, conforme resumido na figura 8 abaixo.

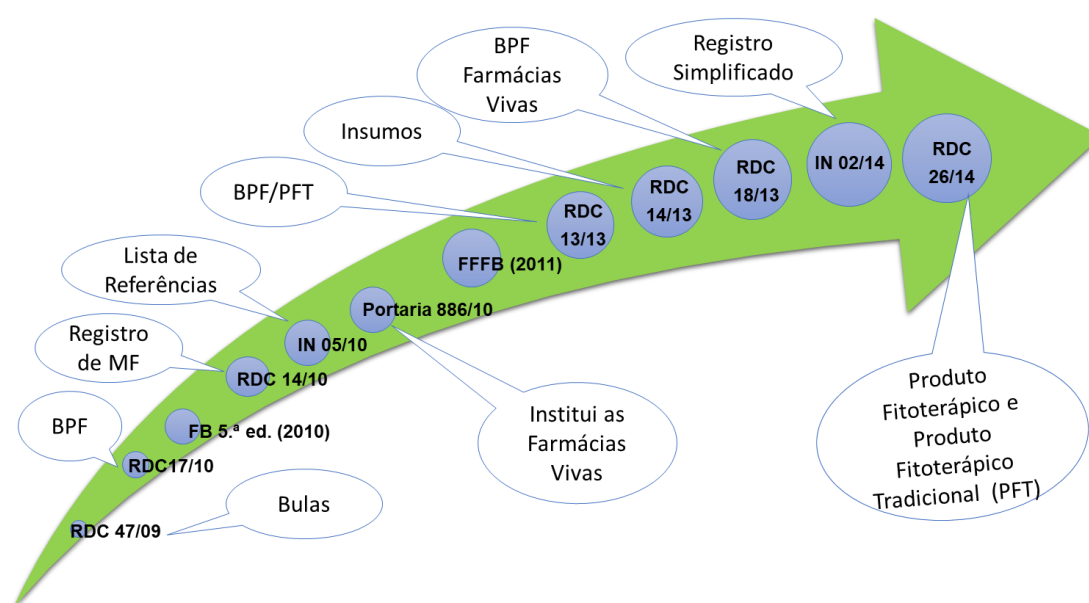


Figura 8 — Síntese do processo de revisão e adequação do âmbito regulatório feito pela Anvisa para atender a PNPMF

Esses marcos regulatórios para o registro dos fitoterápicos contribuíram para a assistência farmacêutica, pois melhoraram o perfil de produtos disponíveis no mercado. Ao mesmo tempo em que aumentaram o número de espécies para registro simplificado, tornando mais viável o registro com base na tradição de uso, ampliaram o rigor no controle de qualidade, além do estabelecimento de boas práticas para a fabricação (OLIVEIRA et al., 2015). Portanto, a ênfase no sistema regulatório contribuiu para a assistência farmacêutica, porém o uso de plantas na forma de remédios ou de acordo com as diferentes cosmovisões de povos tradicionais, sobretudo indígenas e de populações de religiões de matriz africana não foram contemplados, como veremos adiante na seção de resultados e discussão.

4

Objetivos

4.1

Objetivo geral

Analisar as motivações e os desafios na criação e no desenvolvimento da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF).

4.2

Objetivos específicos

Compreender a relação entre as medicinas tradicionais e medicina moderna, tendo em vista que a fitoterapia é uma prática que une o conhecimento científico ao popular; Analisar se a valorização do conhecimento tradicional e da biodiversidade ocorreu conforme está previsto nos objetivos e diretrizes da PNPMF

Avaliar a relação entre o autocuidado/autoatenção e o uso de plantas medicinais Avaliar se houve fomento à produção nacional de fitoterápicos e verificar a distribuição geográfica das empresas que produzem fitoterápicos no Brasil

5 Procedimentos metodológicos e éticos

A metodologia consistiu em investigações realizadas por meio de trabalho de campo, entrevistas e pesquisas de informações em bases de dados disponíveis na internet e na literatura especializada. A primeira fonte de informações foram as unidades de saúde do município do Rio de Janeiro. A escolha dessas unidades ocorreu em razão do histórico de ações em fitoterapia promovida por esse município. Segundo dados disponíveis no site da secretaria municipal de saúde⁶⁶ existiam 48 unidades oferecendo esse serviço, de acordo com consulta realizada entre os anos de 2017 e 2018. Outras fontes de informações foram investigadas em razão das dificuldades em obter dados nas unidades de saúde do município do Rio de Janeiro. Assim, realizou-se entrevistas semiestruturadas com profissionais pertencentes ao SUS de outras cidades do Estado do Rio de Janeiro (Volta Redonda, Barra Mansa) e de outros estados: Joinville (SC), São José (SC), Betim (MG) e Salvador (BA) e também com profissionais que já atuaram em programas de plantas medicinais no Rio de Janeiro, antes e depois da criação da PNPMF. Esse momento serviu para avaliar, segundo a ótica de cada ator e/ou grupo de atores, o processo de implementação da PNPMF, a construção dos programas em diversos municípios, os entraves existentes em diferentes períodos e etapas destes programas e a influência dessas práticas na autonomia em relação aos cuidados com a saúde dos usuários.

Além dos atores supracitados, foram entrevistados profissionais que participaram do processo de implementação da PNPMF junto ao Ministério da Saúde. Esses profissionais contribuíram com seus pontos de vistas a partir da experiência deles como atores sociais que participaram na construção dessa política. Foram identificados e selecionados a partir da pesquisa de campo. Parte das entrevistas foram realizadas por chamada de vídeo, telefone e por e-mail em razão das restrições impostas pela pandemia. As entrevistas foram realizadas após a aprovação do projeto via Plataforma Brasil⁷ e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi assinado pessoalmente ou enviado por e-mail. Ambos

⁶⁶ www.rio.rj.gov.br/web/sms/praticas-integrativas.

⁷ CAAE: 20457719500005279

estão disponíveis para consulta no apêndice 2 e 3 respectivamente, da presente tese. As entrevistas foram elaboradas para coletas informações a respeito de três assuntos principais. O primeiro abordou questões relacionadas à criação e desenvolvimento do programa de plantas medicinais e fitoterápicos. O segundo eixo versou sobre questões relacionadas aos benefícios da fitoterapia no SUS. Por último, questionou-se a visão do entrevistado (a) a respeito do modelo biomédico predominante e a atuação da Anvisa e seu papel na PNPMF.

A segunda fase da pesquisa consistiu na análise dos dados coletados nas entrevistas, os quais foram confrontados ou apoiados por informações disponíveis em bases de dados e na literatura especializada. Utilizou-se da relação de fitoterápicos registrados na Anvisa, a fim de fundamentar e analisar a influência das normativas da Anvisa a respeito das nativas, sobre o perfil das espécies utilizadas e a distribuição geográfica das empresas produtoras de fitoterápicos no Brasil. Para verificar a origem das espécies foram consultados bancos de dados específicos de botânica, a saber: trópicos (www.tropicos.org), The Plant List (<http://www.theplantlist.org>) e Flora do Brasil (floradobrasil.jbrj.gov.br). Esses sites fornecem o nome em latim aceito para a maioria das espécies e relaciona os sinônimos conhecidos. No entanto, priorizou-se a Flora do Brasil para confirmar a origem das espécies nativas. Em relação aos registros de depósitos de amostras botânicas utilizou-se o SpeciesLink (<http://www.splink.org.br/>) que integra dados primários de coleções científicas tornando-a disponível, de forma livre e aberta na Internet. Além disso, dispõe de ferramentas de análise onde é possível verificar o número de registros existentes para cada uma das espécies consultadas e sua distribuição no território nacional. Outros bancos de dados utilizados foram Scopus, Web of Science e The Lens, a fim de examinar a quantidade de publicações científicas e patentes a respeito das espécies analisadas.

6

Resultados e discussão

Com o propósito de responder as hipóteses da pesquisa e os objetivos expostos na parte II, a discussão foi dividida em quatro seções: a primeira traz a análise sobre as motivações para a implementação da PNPMF e dos programas de fitoterapia em unidades de saúde no Brasil e os desafios para o desenvolvimento desta política, segundo a percepção e experiência dos participantes da pesquisa. A segunda seção traz dados sobre o uso de espécies nativas e exóticas e sobre a distribuição geográfica das empresas que fabricam fitoterápicos, com base nos registros de fitoterápicos disponíveis no site da Anvisa. A terceira seção faz uma análise a respeito da valorização da biodiversidade brasileira e da geograficidade das plantas com base em espécies contidas em cinco cartilhas populares. A quarta seção traz os resultados sobre a valorização do conhecimento tradicional e científico sobre o uso de plantas com base nas informações colhidas nas atas das reuniões do Comitê Gestor da PNPMF e, por último, uma discussão sobre os diferentes significados de saúde/ doença e cuidados, avaliando se a implementação dos programas de fitoterapia e plantas medicinais no SUS contribuiu para uma maior autonomia e para a autoatenção das pessoas em relação aos cuidados com a saúde.

6.1

Política nacional de plantas medicinais e fitoterápicos no Brasil: Motivações e desafios após 15 anos de inclusão

Essa seção reúne os resultados obtidos após análise de dados primários e secundários da pesquisa, a fim de investigar as motivações e os desafios enfrentados pelo SUS na implantação da fitoterapia. A primeira fonte de informações foram as Unidades Básicas de Saúde (UBSs) do município do Rio de Janeiro. Ao realizar consulta na internet observei que eram descritas 48 UBSs que ofertavam a fitoterapia. Entretanto, ao visitar quatro dessas unidades com o intuito de realizar entrevistas, não havia atividade com plantas medicinais e/ou fitoterapia em nenhuma delas. Diante da falta de confiança nos dados disponíveis na internet,

resolvi ligar para as unidades antes de visitá-las. Das 21 unidades que consegui falar com os profissionais, nenhuma delas tinha atividades em plantas medicinais e/ou fitoterapia. Ao serem questionados sobre os motivos do encerramento, informaram vários, tais como: desligamento do profissional responsável por conduzir as atividades de fitoterapia na UBS, algumas ofereciam apenas fitoterápicos industrializados e em outras havia cultivo de plantas medicinais em hortas. Essa última atividade era apoiada por uma empresa terceirizada, mas em decorrência do encerramento do contrato as atividades estavam suspensas, aguardando a renovação. A fim de buscar compreender os motivos desse desmonte, resolvi entrar em contato com a gerência do Programa de Práticas Integrativas e Complementares do município do Rio de Janeiro. A coordenação informou que o programa continuava, porém existiam problemas com a renovação do contrato com a empresa terceirizada, conforme informado nas UBS. Por isso, muitas atividades estavam suspensas, sobretudo as que envolviam o cultivo (hortas) e ações educativas em grupo. O que demonstra a fragilidade dessas ações, que ao não serem incorporadas como parte das atividades dos trabalhadores concursados do SUS local, são descontinuadas com término da terceirização.

Ao falar do desmonte dos programas de fitoterapia na cidade do rio de Janeiro, Thiago 28 anos, diz:

o programa foi criado para não se manter, você não criou mecanismos para que a cadeia produtiva daquele determinado lugar conseguisse ser autossuficiente e conseguisse se manter mesmo, os recursos vinham fundo a fundo. Então por esse recurso vir fundo a fundo, quando chega na secretaria de saúde, o que a secretaria de saúde vai fazer? Vai pegar esse recurso para tuberculose ou vai cuidar das plantinhas?!

Diante desses fatos, resolvi buscar outras fontes de informações para a pesquisa por meio de entrevistas a outros municípios, tanto do estado do Rio de Janeiro quanto de outros estados, assim como pesquisadores diretamente relacionados a execução de projetos em plantas medicinais e/ou que contribuíram na construção da PNPMF. As entrevistas foram elaboradas com base em três eixos principais. O primeiro eixo foi de questões relacionadas à criação e desenvolvimento do programa de plantas medicinais e fitoterápicos. O segundo eixo abordou questões relacionadas aos benefícios da prática da fitoterapia no

SUS. Por fim, questionou-se o modelo biomédico predominante segundo o ponto de vista dos entrevistados, bem como a atuação da Anvisa e seu papel na PNPMF.

Foram realizadas 13 entrevistas entre outubro de 2019 e maio de 2020. Quanto a perfil dos entrevistados, a maior parte tem formação em farmácia (4), seguidos de medicina (3) e enfermagem (3) e outros profissionais (enfermeiros, dentistas) com idades que variaram entre 28 e 65 anos e tempo médio de experiência na área de 20 anos, conforme tabela 1. Vale ressaltar que a quantidade de entrevistas foi reduzida em razão da pandemia. Após as restrições sanitárias, foi possível realizar dez entrevistas de forma remota, quatro por e-mail e seis por chamada de vídeo, via aplicativo WhatsApp®. As entrevistas presenciais e por chamada de vídeo tiveram uma duração de aproximadamente uma hora. Entretanto, a falta de interação com os entrevistados acarretou perda de informações. Observei esse fato ao comparar as entrevistas realizadas de forma presencial e remota.

Tabela 1 — Perfil dos entrevistados.

Nº	Formação	Tempo de atuação (anos)	Vínculo Institucional
1	Farmacêutico	16	Secretaria de Saúde de Betim - MG
2	Farmacêutico	15	Unidade de saúde- Barra Mansa
3	Farmacêutico	20	Fiocruz
4	Farmacêutico	Não informado	Jardim Botânico e Farmanguinhos
5	Médico	35	Aposentado (HFA)
6	Médico	10	Autônomo (vínculo anterior: prefeitura municipal de Barra Mansa)
7	Médico	30	IBICT
8	Enfermeiro	12	Prefeitura Municipal Rio de Janeiro
9	Enfermeiro	Não informado	Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro
10	Enfermeiro	8	Prefeitura Municipal de Belo Horizonte
11	Nutricionista	20	ABFIT (Associação Brasileira de Fitoterapia)
12	Naturólogo	5	Atualmente autônomo Vínculo anterior: Policlínica de Barreiros, SC
13	Dentista	Não informado	Secretaria de Saúde de Volta Redonda

Dentre os entrevistados(as), quatro participaram da criação de programas de fitoterapia anteriores ao reconhecimento oficial pelo SUS, ou seja, antes de 2006. Apenas três não participaram diretamente da implementação de um programa de fitoterapia no SUS. O motivo de suas ações foi em razão dos seus interesses e conhecimento técnico na área.

Diversos fatores foram apresentados pelos entrevistados e reforçados por outros dados que serão apresentados aqui. Os principais fatores mencionados como barreiras para a consolidação da fitoterapia no SUS foram: falta de adesão ou reconhecimento pelos gestores do SUS, formação médica fortemente alinhada à indústria farmacêutica e aos procedimentos biomédicos e ausência do ensino da fitoterapia nos cursos de formação acadêmica. Esses fatores, de certa forma, já foram apresentados como barreiras no referencial teórico à implantação da fitoterapia no SUS. Nesse contexto, de acordo com Claudio, 59 anos, *“a formação desigual dos profissionais de saúde em relação a estas iniciativas, que não as inclui de modo irregular”*. Outros autores também citaram a falta de conhecimento dos profissionais como fator limitante. De acordo com Matsuchita (2015), os prescritores possuem conhecimentos insuficientes para a prescrição correta de fitoterápicos. Azevedo (2011) e Fontenele et al. (2013) corroboram que a falta de conhecimento são barreiras na expansão da fitoterapia no SUS.

Um dos entrevistados reconheceu que o tema é interdisciplinar e, por isso, exige estudos de outras disciplinas, o que pode dificultar ou desestimular a formação de profissionais para atuar no tema. Segundo Alam (65 anos) *“a fitoterapia é uma área de conhecimento muito ampla, muito sofisticada e exige que você tenha conhecimento de vários campos dos saberes e muitos profissionais começam uma formação e desanimam no meio do caminho”*. Essa afirmação é confirmada por Almeida (2003) ao explicar que a fitoterapia requer conhecimentos botânicos e farmacológicos específicos para praticá-la de forma adequada. Há também que considerar a forte influência da agenda do Ministério da Saúde nas ações locais. As equipes de saúde das UBS podem até demonstrar interesse em aprender a respeito de plantas medicinais e fitoterapia, entretanto não há incentivo. O cotidiano do trabalho é capturado pelas demandas dos programas voltados para o controle de doenças (dengue, hipertensão, diabetes, etc). Ou seja, não há espaço para a construção de outras lógicas ou abordagens em saúde. (LÉDA, 2019). Este fator demonstra a importância de incentivos voltados para

programas que alcançaram ter êxito no tema para criar capacidade de influenciar as atuais políticas de saúde.

A respeito da formação médica alinhada as práticas biomédicas e da ausência da fitoterapia nas cadeiras das formações na área da saúde, Bittencourt (2001) identificou uma preferência e maior confiança da classe médica pelos fitoterápicos industrializados, por acreditarem que o mesmo carrega um respaldo científico e se alinha com as bases da medicina moderna. Em relação a isso, Thiago, 28 anos relata:

quando você tem um medicamento embalado e rotulado esse medicamento fitoterápico para os médicos e seguro e eficaz, traz segurança para o médico ou prescritor, ele entra no dilema é o ou eu prescrevo aquilo que tem risco de matar o paciente ou eu passo algo que vai me deixar de boa, por eu estar passando um medicamento fitoterápico com selo da Anvisa.

Diante disso, não é coincidência que um dos produtos mais prescritos seja o *Ginko biloba* L., uma espécie exótica produzida por laboratórios transnacionais que investem no desenvolvimento de produtos altamente tecnológicos, baseados em extratos secos e nanotecnologia, dados esses que serão reforçados na próxima seção quando analisamos as espécies mais utilizadas na fabricação dos fitoterápicos, assim como as indústrias que mais os fabricam.

Outros dos desafios apontados foram as exigências sanitárias impostas pela Anvisa. Torres (2013) afirma que a complexidade na regulamentação sanitária é um dos obstáculos que precisa ser superado nesta área. De acordo com Mara (43 anos) “*a Anvisa cria regras que fica difícil produzir fitoterápicos no Brasil*”. A Anvisa, como entidade alinhada aos pressupostos da medicina moderna, exige que se tenha capital, no sentido político e financeiro, para que as normativas sanitárias sejam cumpridas. Em relação a isso o entrevistado Emanuel, relata: “*o problema é sempre o mesmo, não tem verba, não tem dinheiro e as normas estabelecidas pela Anvisa exigem grana*”.

Isso pode ser explicado pelas normas de Boas Práticas exigidas para a fabricação de fitoterápicos e como isso dificulta a permanência das Farmácias Vivas, reforçando que esse modalidade de serviço é exclusiva do SUS. Essa discussão acontece desde 2009, quando foi pauta da reunião do Comitê Gestor da PNPMF realizada nos dias 24 e 25 de novembro. Nessa ocasião foi dito que as normas de Boas Práticas de Manipulação estavam prontas, esperando a publicação

da Portaria de Farmácia Viva pelo Ministério da Saúde. Mencionam que o controle de qualidade das farmácias vivas, sugerindo que seja o mesmo controle utilizado para as farmácias de manipulação (setor privado). Foi mencionado também a necessidade de Boas Práticas para produção de planta seca (droga vegetal). Ainda em relação às Boas Práticas de Fabricação para os fitoterápicos, foram relatadas durante as reuniões do Comitê Gestor da PNPMF as dificuldades existentes para pequenas e médias empresas conseguirem liberação por parte da Anvisa. Outro tema referiu-se ao controle da qualidade, sendo apresentado os itens que mais dificultam a obtenção de registro dos fitoterápicos.

A atuação da Anvisa como um dos entraves para o registro de fitoterápicos foi comprovada pela pesquisa, que será mais detalhada na próxima seção, quando avaliamos 1185 fitoterápicos registrados nessa instituição. Identificamos que dentre estes, 849 (72%) encontram-se caducos ou cancelados e 336 (28%) válidos. O produto com registro caduco ou cancelado mais antigo é do ano 2.000, logo após a criação da Anvisa, em 1999. Dentre estes registros, não foi possível analisar a composição de 14 (1,2%) deles, pois esta informação não estava disponível na Anvisa e nem em outras bases de dados na internet. Apenas a análise desses registros já demonstra que a maior parte dos fitoterápicos encontram-se caducos ou cancelados, demonstrando o impacto das mudanças em normativas sanitária (OLIVEIRA, 2010). Isso significa dizer que as empresas não conseguiram renová-los ou até mesmo desistiram de fazê-lo. Essa renovação é feita a cada 5 anos.

Outro obstáculo identificado foram os de ordem políticos e financeiros que parecem caminhar juntos, pois a falta de interesse governamental neste tipo de projeto, não viabiliza verbas para o desenvolvimento dos mesmos. Para Isa (54 anos) “*os políticos se colocam na frente do projeto para ganhar os votos, mas depois não se interessam mais e fica lá sem verba e sem incentivo*”. Para que a ausência de verbas seja suprida, é preciso uma lei que gere financiamento próprio para a PNPMF, e temos apenas uma portaria, e não uma legislação. Segundo Pablo (48 anos):

É eu acho que embora a gente tenha muito comemorado por a gente ter a política de PNPIC, na verdade a gente precisa é de uma lei, uma lei que garanta o orçamento para essas políticas, que tenha um financiamento, por exemplo, o único financiamento que a PNPMF teve até hoje foi da assistência farmacêutica.

A maioria das questões encontradas como desafios para o desenvolvimento desses programas são consequências da falta de legislação específica, que não gera financiamento próprio para a política, tais como: fornecimento irregular de insumos, adequação do local conforme exigências legais e recursos para capacitação da equipe.

Uma das estratégias adotadas pelo Ministério da Saúde, a fim de financiar projetos voltados para a fitoterapia foi o lançamento de editais para projetos de Arranjos Produtivos Locais (APLs), os quais podem ser definidos como: “aglomeração de empresas, localizadas em um mesmo território, que apresentam especialização produtiva e mantêm algum vínculo de articulação, entre si e com outros atores locais” (FERREIRA et al., 2017). Esses atores podem ser universidades, associações empresariais, governos, instituições de pesquisas que estimulem a cadeia produtiva de plantas medicinais e fitoterápicos. De acordo com Torres (2013), os APLs favorecem a troca de conhecimento, científico e tradicional, e priorizam o desenvolvimento local e regional. Essa configuração de financiamento para os programas de plantas medicinais e fitoterápicos, possibilita verbas para ampliar a formação dos profissionais na área de fitoterapia, fortalece a inclusão de agricultores familiares que tende a utilizar de maneira racional os insumos produtivos e contribui com a manutenção da biodiversidade do país, por isso é uma das estratégias para a PNPMF (BRASIL, 2012). Outro ponto forte é a possibilidade da participação social, além de priorizar o desenvolvimento local e regional. Essa abordagem reforça a utilização dos conceitos geográficos na saúde, com organização dos serviços em rede, e os princípios organizacionais do SUS, como a descentralização e a regionalização. Nesta configuração o governo se mostra como o principal articulador entre os demais atores, como mostra a figura 9 abaixo.

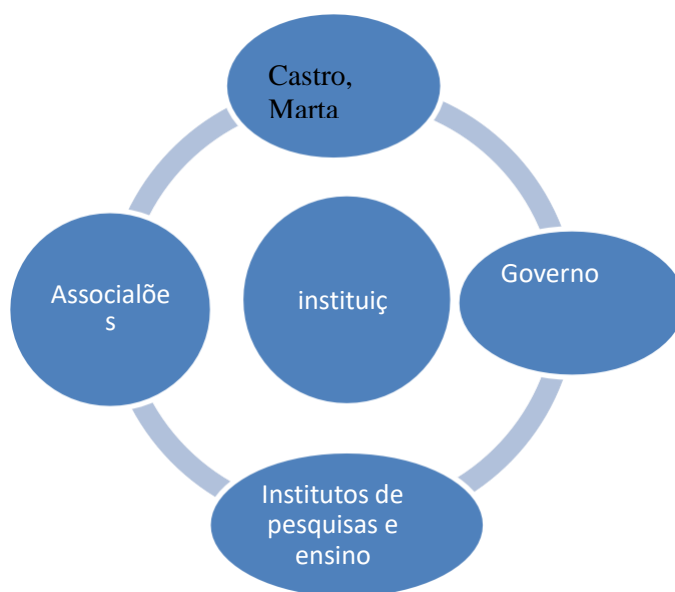


Figura 9 — composição de um arranjo produtivo local.

Fonte: Adaptado de Ferreira et al. (2017)

No entanto, alguns desafios foram identificados por Ferreira et al. (2017) ao entrevistarem coordenadores de 23 secretarias de saúde que trabalham com a abordagem de APLs. Os desafios encontrados foram: a gestão de dos recursos financeiros, a formalização de contratos e parcerias, mudanças governamentais que muitas vezes implicam em uma mudança no quadro dos funcionários. Além disso, há falta de comprometimento, possivelmente por falta de compreensão do projeto, e dificuldades na aquisição de materiais. Neste sentido, os coordenadores afirmam que as secretarias municipais e estaduais de saúde não estão familiarizadas com os tramites na compra de materiais específicos para o andamento desses projetos. Além da necessidade de a população local servir como uma motivação para a inclusão desses programas, o protagonismo, em geral, é de trabalhadores da saúde que se interessam pela fitoterapia e contribuem para a inclusão no SUS, com ou sem apoio dos gestores locais.

Os princípios estruturais do SUS, descritos no capítulo 5 do referencial teórico, aparece como uma das motivações para a implementação desses programas no SUS. Para o entrevistado Thiago (28 anos), uma das motivações na criação dos programas em unidades de saúde passa pela necessidade da população que reside cada local, ou seja, a divisão por áreas programáticas da atenção básica,

a geografia da saúde aplicada ao SUS é um dos fatores que podem determinar a implementação dos programas de plantas medicinais e fitoterápicos em determinados locais. Thiago relata duas experiências vivenciadas por ele:

o Fitoconde, que é um programa de fitoterapia em São Francisco do Conde, na Bahia e eu tô vendo aqui no estado do Rio, em Paty do Alferes, que começa sempre com um levantamento da necessidade da comunidade. Por exemplo, se a comunidade precisa daquele determinado atendimento, aí começa a trabalhar com esse tipo de atendimento

A motivação por via de interesses políticos, por questões populistas com fins de arrecadar votos aparece como uma das principais motivações também. Nesse sentido, Isa (54 anos) relata que *“a coisa mais comum de acontecer é de político querer montar esses programas para aparecer, mas depois já viu né?”*. Nessa mesma linha, Pablo (46 anos) reafirma os interesses dos políticos ao informar que: *“muitas vezes parte de políticos, dessas questões populistas, para ganhar votos”*. Para Alan (65 anos) o próprio eleitorado não contribui: *“...os eleitores brasileiros são mal acostumados, se contentam com migalhas e esse projeto demora para que colham os resultados”*. Isso indica que há tentativas de utilizar a fitoterapia como motivações eleitoreiras e populistas em razão de ser uma prática que encontra respaldo popular. Segundo os entrevistados, é uma atividade cujos resultados precisam de tempo para se consolidar, de forma a ter seus benefícios evidenciados. O que significa dizer que é necessária uma mudança cultural em relação às práticas de cuidados que são atualmente ofertadas, em decorrência que as práticas biomédicas são direcionadas para o combate de doenças com pouca ou nenhuma perspectiva de promover saúde ou autocuidado.

Atualmente, a estratégia adotada, apesar dos problemas elencados acima, foram os APLs através de financiamento específico para projetos. A escolha dessa modalidade deu-se em razão de coadunar os princípios do SUS e com as diretrizes da PNPMF, ou seja, reforçam as trocas de saberes tradicionais, favorecem a participação social, o uso sustentável da biodiversidade e de espécies nativas. No entanto, as barreiras impostas são tão fortes que se observa uma diminuição expressiva no número de farmácias vivas e um crescimento na distribuição de fitoterápicos industrializados no SUS. O que indica que apenas a criação de políticas sem um arcabouço jurídico e político não garante a sustentabilidade das

farmácias vivas implantadas. O quadro 3 abaixo mostra as principais motivações e os principais desafios para os programas de fitoterapia no SUS.

Quadro 4 — Principais motivações e desafios na criação e manutenção de programas municipais de Plantas Medicinais e Fitoterápicos

MOTIVAÇÕES	DESAFIOS
Interesses políticos populistas	Falta de apoio político
Envolvimento e interesse dos trabalhadores da saúde	Ausência ou formação deficitária de profissionais da saúde habilitados para trabalhar com fitoterapia
Necessidade da população local	Ausência de verbas
Ampliação das opções de práticas de cuidados ofertadas à população	Normas sanitárias impostas pela Anvisa

6.2

Fitoterápicos registrados: Indústria farmacêutica e a produção de fitoterápicos de bioativo único

Essa seção analisa o posicionamento da indústria farmacêutica em relação à sua atração cada vez maior pela produção dos fitoterápicos e de que forma as normativas sanitárias vigentes contribuem para que empresas transnacionais dominem esse setor. Avaliamos, ainda, as regiões do Brasil de maior concentração de indústrias farmacêuticas que, conforme o esperado, geograficamente se estabelecem nas regiões com maiores concentrações de renda do país. Os resultados aqui apresentados foram obtidos após analisar 1185 fitoterápicos registrados. Essas informações encontram-se na base de dados da Anvisa na internet⁸. A discussão foi apoiada em informações fornecidas pelos entrevistados da presente pesquisa, observou-se também os relatos dos integrantes do Comitê Gestor da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos presentes nas atas da reuniões que aconteceram em Brasília, no período de 2009 a 2015, outros estudos já realizados sobre o tema e em bases de dados em botânica.

⁸ (<https://consultas.anvisa.gov.br/#/medicamentos>).

A produção industrializada de medicamentos coloca a ciência e a medicina moderna em posição hegemônica. Como consequência, a descoberta e a produção de medicamentos têm a sua distribuição desigual no espaço e, portanto, não chegam da mesma forma para todas as pessoas e nem desempenham a mesma função e ação em todos os territórios, podendo ser expressas nos conceitos de injustiça espacial e espaços opacos, conforme discutido no capítulo 3 da fundamentação teórica. Em última análise, a condição de acesso ao desenvolvimento científico é o que define a centralidade e a marginalidade de cada território em relação à produção de tecnologias em saúde (BICUDO, 2006). Portanto, o território expressa as relações de poder existentes e as mudanças que nele observamos ao longo dos processos históricos (SANTOS, 2001; SANTOS, 2006.)

Nos relatos das entrevistas, a influência das normativas sanitárias como aliadas dos processos industriais foi mencionada diversas vezes. De acordo com um dos entrevistados (Claudio, 59 anos):

É uma relação contraditória. Por um lado, a indústria se alimenta das plantas medicinais para o desenvolvimento de novos medicamentos. Por outro, as plantas medicinais podem ser concorrentes fora do seu controle porque opera com outros pressupostos e métodos.

Entretanto, contraditório não é a palavra mais adequada. Isso é fruto de uma construção histórica apoiada por decisões políticas voltadas para o desenvolvimento científico e industrial em apoio aos medicamentos de síntese. A hegemonia desse modelo tende a excluir a fitoterapia e, por sua vez, os fitoterápicos das políticas de saúde.

O *lobby* da indústria farmacêutica contra os fitoterápicos não se fundamentou somente na suposta inferioridade da eficácia na cura a enfermidades e elevada toxidez das plantas medicinais em comparação com os medicamentos sintéticos. Investiu-se em estratégias políticas e científicas de fortalecimento da indústria de medicamentos sintéticos que se expandiu após a segunda guerra mundial, ancorada no sucesso dos antibióticos. Uma estratégia que se mantém até os dias atuais no Brasil. Assim, o discurso de ineficácia da fitoterapia é frequente e amparado pela falta de estudos clínicos, cuja falta de estudos é reflexo direto da falta de uma política científica direcionada ao setor. Esse fato foi pauta de

discussão durante uma das reuniões do Comitê Gestor da PNPF quando foi amplamente divulgado em programa de TV, no ano de 2010, que a fitoterapia não possuía eficácia. Entretanto, um dos idealizadores do programa fazia pesquisas com plantas nativas da Amazônia. Restava saber quais os interesses em tal divulgação da ineficácia da fitoterapia e quem eram os patrocinadores dessa pesquisa. A esse respeito, uma das técnicas da Anvisa, declarou

os fitoterápicos já não eram bem-vindos dentro da Anvisa e assim, por causa de um senhor mal- intencionado, vamos enfrentar muito mais problemas para trabalhar esse assunto dentro da Agência. Se estava difícil discutir a norma de Farmácia Viva, agora será mais difícil.

Esse fato demonstra como é feita a construção de narrativas a respeito da eficácia da fitoterapia. Outro entrevistado (Alan, 65 anos, médico) corrobora os conflitos de interesses ao mencionar: *“Ele foi pago pela indústria farmacêutica para falar isso, além de aprender na faculdade de medicina mesmo, já que a indústria também interfere na formação médica”*. Apesar de toda essa narrativa, observa-se hoje uma ressignificação dos fitoterápicos e, por sua vez, a apropriação pelas indústrias farmacêuticas e conseqüentemente um novo discurso sobre esta prática. Diante disso, o conceito de natural ou da natureza é atribuído aos fitoterápicos frente à necessidade de conquistar consumidores que buscam outros recursos terapêuticos, tecnologias ou práticas médicas.

Compreendemos o reposicionamento da indústria farmacêutica em relação aos fitoterápicos através análise de Milton Santos (2001), em seu livro, *“Por uma outra globalização”*. Segundo o autor, o consumo muda ao longo do tempo e que nos dias atuais as empresas hegemônicas produzem o consumidor antes de produzir o produto, o que ele chama de despotismo do consumo. Ou seja, *“organiza-se primeiro o consumo para depois organizar a produção”* (SANTOS, 2001, p. 24). Seguindo essa lógica, o uso das plantas e fitoterápicos se tornaram atrativos nos últimos anos em consequência ao crescimento de seus consumidores aliado a perspectivas de mudanças em estilos de vida. Alguns estudos recentes demonstram a crescente atração da indústria farmacêutica internacional pelo mercado de fitoterápicos e as consequências eminentes deste processo.

Ribeiro (2017) identificou de 1980 a 2008 (período anterior e logo após a criação da PNPMF) existia um predomínio de farmácias vivas no SUS que

ofertavam fitoterápicos em apoio à assistência farmacêutica. As ações fundamentavam-se na construção de grupos que favoreciam o acolhimento das heranças culturais do lugar e a incorporação de um caráter mais regional, já que eram priorizadas as plantas cultivadas nos hortos associados às farmácias de manipulação. Interessante notar que é justamente no período que é institucionalizada a fitoterapia no SUS, através da PNPMF, que diminui o número de farmácias vivas e hortos comunitários, o que deveria ser ao contrário. Dentre os desafios que podem justificar tal situação, Ribeiro (2017) aponta para as dificuldades e entraves de compra e aquisição de matéria-prima, insumos vegetais, a rigidez normativa e a falta de normatização mais adequadas às realidades regionais e locais dos programas de fitoterapia, por parte da Anvisa. Por outro lado, Caccia-Bava et al. (2017) notaram maior distribuição de fitoterápicos industrializados em municípios mais populosos e com melhores condições socioeconômica. Além disso, foi constatado que medicamento fitoterápico industrializado tem sido mais utilizado do que as plantas medicinais ou medicamento fitoterápico manipulado.

Hasenclever et al. (2017) mostraram que, entre 2009-2015, as 25 empresas produtoras nacionais de fitoterápicos foram compradas por 10 empresas estrangeiras, mostrando a crescente atratividade deste setor por parte das multinacionais. Os mesmos autores demonstraram que existe uma negligência em relação ao conhecimento tradicional e seus praticantes por não haver uma diretriz específica para a atuação deles nos programas e pesquisas de plantas medicinais e fitoterápicos. Também identificou como um dos principais obstáculos neste setor a atuação da Anvisa.

A Anvisa se apresenta como entidade alinhada aos pressupostos da medicina moderna, o que exige que se tenha capital (político e financeiro) para que as normativas sanitárias sejam cumpridas. Em relação a isso o entrevistado Emanuel, relata: *“o problema é sempre o mesmo, não tem verba, não tem dinheiro e as normas estabelecidas pela Anvisa exigem grana”*. Por isso, segundo Bicudo (2006; p. 128) *“os agentes mais bem situados politicamente são aqueles que logram obter as maiores parcelas de um capital normativo desigualmente distribuído na escala planetária.”*

Diante desse quadro, as normas técnicas, sanitárias e científicas são excludentes, mantendo a hegemonia dos medicamentos sintéticos ou dos

fitoterápicos industrializados no discurso de eficácia e segurança fornecido pela ciência. Com isso, as medidas adotadas valorizam justamente os países que já dominam as tecnologias médicas, tornando países como EUA, Reino Unido, Suíça, França, Alemanha e Japão como núcleos, tanto de desenvolvimento e produção de tecnologias de medicamentos quanto na definição das normas a serem utilizadas pelas indústrias farmacêuticas no mundo (RADAELLI, 2008). Neste contexto, países como a China e a Índia tornam-se produtores e fornecedores mundiais de insumos químicos para a fabricação de medicamentos. Sobre a compra de insumos vindos da China, uma representante do Centroflora informa que *“as principais indústrias de insumos vegetais foram extintas no Brasil, na década de 60 e que o mercado é totalmente dependente da importação. complementou que os extratos utilizados no país normalmente vêm da china, por um décimo do preço e com adulterações e/ou contaminação”*. O Brasil, por sua vez, tornou-se um importador de insumos destes países e reproduz as formulações seguindo o estabelecido pelas normas técnicas e sanitárias, para as quais não possui protagonismo ou papel decisório a ponto de liderar mudanças neste setor (FRANCULINO, 2015).

Como consequência, de acordo com Bicudo (2006) a maior parte das indústrias nacionais ficaram incapacitadas de submeter seus produtos às normas regulatórias e sanitárias exigidas, sendo excluídas do mercado de medicamentos, sobretudo as indústrias nacionais voltadas para a produção de fitoterápicos. Ou seja, os relatos indicavam a desvalorização das espécies nativas e, portanto, a exclusão dos fitoterápicos preparados com essas espécies que foram paulatinamente excluídos das normativas regulatórias.

A comprovação destes fatos pode ser demonstrada a partir da análise dos registros de fitoterápicos disponibilizados pela Anvisa na internet. Neste sentido, foi conduzida pesquisa a respeito dos registros disponíveis para a classe “medicamentos fitoterápicos”, na qual foi gerada uma planilha contendo as seguintes informações: número de registro, nome do produto, nome botânico das espécies, nome da empresa, unidade federativa em que a empresa se localiza, atividade principal descrita no Cadastro de Pessoa Jurídica (CNPJ) e a situação atual do registro (se válido ou caduco/cancelado). A partir do nome botânico, identificou-se a origem das espécies a fim de categorizá-las em nativas ou

exóticas, tendo como base informações disposta na Flora do Brasil⁹. Todas as informações foram dispostas numa planilha do Programa Excel[®] para auxiliar nas análises das categorias elencadas. Como resultado, obteve-se 1185 fitoterápicos registrados na Anvisa. Os dados sobre registros válidos e cancelados foram apresentados no capítulo anterior, quando discutimos a atuação da Anvisa.

Estes registros pertencem a 205 indústrias farmacêuticas, distribuídas em 17 categorias de atividade principal, segundo informação do CNPJ. A grande maioria (122 – 60%) atua como fabricante de medicamentos alopáticos para uso humano e 17 (8,3%) tem como atividade principal a produção de fitoterápicos para uso humano. O restante é dividido em fabricantes de produtos alimentícios e homeopáticos. Ou seja, os fitoterápicos são majoritariamente produzidos por indústrias farmacêuticas alopáticas que os incluem como produtos secundários em sua atividade principal.

Quando se analisa a distribuição das empresas no território brasileiro, as 205 empresas encontram-se distribuídas em 18 estados, sendo que a maior parte se concentra na Região Sudeste do Brasil. O Estado de São Paulo é líder (75 – 37%) no número de indústrias farmacêuticas que contêm registros de fitoterápicos na Anvisa. As Regiões Norte e Nordeste apresentam 22 (11%) do total, embora represente a maior parte do território nacional em extensão geográfica (Tabela 2).

Tabela 2 — Quantitativo de Indústrias Farmacêuticas por Estados e a quantidade de fitoterápicos registrados na Anvisa.

Estado	Indústria Farmacêutica	Total registros	Registros Válidos	Registros Cancelados/Caducos
AM	3	14	2	12
BA	1	20	15	5
CE	5	6	0	6
DF	2	2	0	2
ES	2	10	7	3
GO	13	59	20	39
MA	1	11	0	11
MG	15	58	21	37
PB	1	1	0	1
PE	7	27	11	16
PI	2	5	0	5

⁹ <http://floradobrasil.jbrj.gov.br/>

Estado	Indústria Farmacêutica	Total registros	Registros Válidos	Registros Cancelados/Caducos
PR	11	122	40	81
RJ	32	167	25	142
RO	1	2	0	2
RS	20	116	43	73
SC	12	89	30	59
SE	1	2	0	2
SP	75	448	106	333
Total	204	1159	320	829

Fonte: elaboração própria.

Como consequência, o Estado de São Paulo lidera o número de fitoterápicos registrados na Anvisa com 448 (37,8%) produtos, enquanto toda a Região Norte e Nordeste apresenta apenas 88 (7,4%). Um destaque na produção de fitoterápicos é a Região Sul que apresenta 43 (20,1%) empresas que detém 237 (20%) produtos registrados, uma proporção maior que o Estado de São Paulo. Isso ocorre por concentrar a maioria das indústrias que tem como atividade principal a produção de fitoterápicos no Brasil (7). A Região Centro-Oeste é que menos apresenta empresas (15 – 7,3%) e, consequentemente, registros (61 – 5,1%). A fim de analisar o impacto das mudanças no âmbito regulatório sobre os registros e a sua distribuição territorial, verificou que empresas detém atualmente o maior número de registros válidos e a distribuição delas no território nacional. Dos 336 registros válidos, o Estado de São Paulo lidera com 106 (31,5%), seguido da Região Sul (PR, RS e SC) com 113 (33,6%) e a Região Norte e Nordeste com 28 (8,3%), sendo que concentra 15 (4,5%) dos registros válidos para essa região. Estes resultados estão de acordo com hipótese discutida anteriormente sobre a concentração e manutenção de atividades econômicas em territórios que conseguem acompanhar as mudanças exigidas no âmbito regulatório. Esse dado reforça o princípio de que somente as empresas com maior poder econômico e, por sua vez, com mais capacidade tecnocientíficas conseguem acompanhar as mudanças regulatórias produzidas pela Anvisa. Isso pode ser comprovado pelo atual protagonismo do Estado da Bahia que possui uma indústria de fitoterápicos que conseguiu investir na modernização do parque industrial, seguindo as atuais normativas sanitárias. Por isso, quando se analisa o total de registros válidos para

a Região Norte e Nordeste sem considerar a Bahia, dos 59 registros dessa região apenas 13 estão válidos. O mapa (Figura 10) ilustra a distribuição das indústrias farmacêuticas no Brasil com registros de fitoterápicos disponíveis na Anvisa e sua alta concentração na Região Sudeste, demonstrando a falta de iniciativas para a inclusão da biodiversidade brasileira em atividades econômicas do setor saúde. Isso pode ser visto em Estados como Pará, Amapá, Acre, Roraima, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Tocantins que não apresentam nenhuma empresa, embora sejam ricos em biodiversidade com alto potencial econômico.

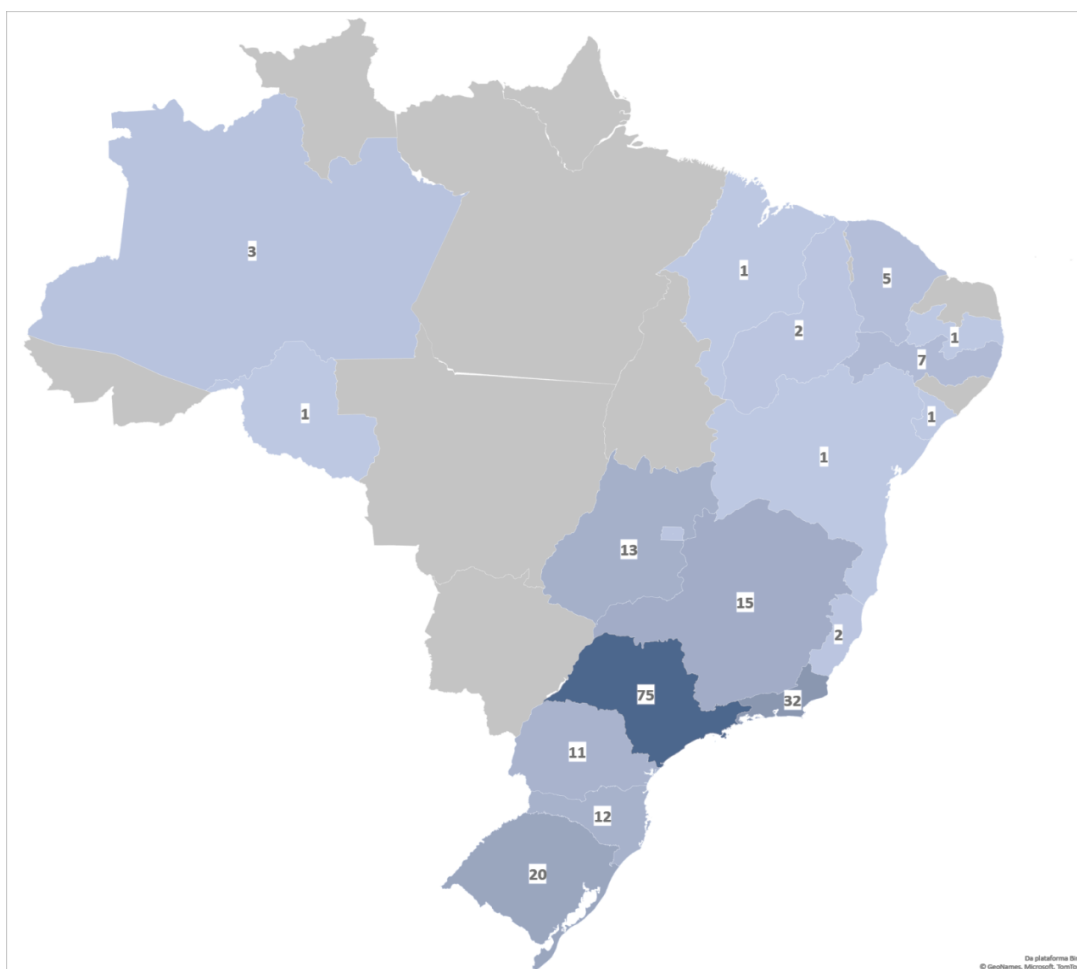


Figura 10 — Distribuição das indústrias farmacêuticas com fitoterápicos registrados na Anvisa.

Fonte: elaboração própria.

Diante do quadro que observamos do desenvolvimento desta política pública no Brasil, não nos surpreende o número acentuado de empresas no estado de São Paulo em comparação com outras regiões do país, principalmente com as regiões Norte e Nordeste, tendo em vista a concentração de empresas e

arrecadações na região Sudeste, principalmente a cidade de São Paulo, o polo econômico do país.

Em decorrência destes fatos, o desenvolvimento econômico e material nos últimos anos favorece em primeiro plano as empresas multinacionais no Brasil. A base adotada é a de uma aceitação de uma racionalidade econômica exercida pelas empresas poderosas aliadas a força e ao poder do Estado na criação de condições propícias aos interesses dessas empresas (SANTOS, 2001). As normas e exigências impostas pela Anvisa são formuladas com base nas empresas internacionais se construindo como mais um entrave para o crescimento e permanência das empresas brasileiras. Além disso, quando este fitoterápico é fabricado por transacionais, impõe desafios às empresas brasileiras que encontram dificuldades para se manterem em funcionamento. Tais dificuldades advêm da falta de recursos financeiros e tecnocientífico necessários ao enfrentamento dessa realidade. Assim, pensar o território sobre os pilares da globalização da ciência e da produção de medicamentos, é enxergar como a expansão tecnológica e científica acontece de forma desigual nos territórios. O discurso de ineficácia por ausência de comprovações científicas em relação aos fitoterápicos, além de se tornar um obstáculo para que muitas empresas sobrevivam por não possuírem capital para cumprir com as normativas, é um dos fatores que contribui para a não valorização do conhecimento tradicional. Outro fator avaliado foi o número de espécies nativas presentes nos registros válidos. A tendência nos últimos anos foi a valorização das espécies exóticas em decorrência da maior quantidade de estudos apresentados por elas. Estes dados serão analisados na seção IV.5

6.3

Houve conciliação entre saberes tradicionais e científicos?

Essa seção analisa a valorização do conhecimento tradicional sobre o uso de plantas. Argumentamos se houve ou não incorporação do conhecimento tradicional no SUS, conforme recomendado pela PNPMF. As respostas para esse questionamento foram elaboradas a partir da análise dos dados obtidos nas entrevistas e das atas das reuniões do Comitê Gestor da PNPMF, realizadas entre os anos de 2009 e 2015. Para reforçar a importância da incorporação do conhecimento do uso de plantas, a segunda parte dessa seção demonstra os

resultados obtidos após a análise das espécies nativas contidas em cinco cartilhas populares.

Em 2002, tendo em vista a forma como as Medicinas Tradicionais e seus praticantes vinham atuando nos sistemas públicos de saúde (sem diretrizes, sem controle sobre a atuação dos praticantes) (FERREIRA, 2010), a OMS publica o documento Medicinas Tradicionais e Complementares (MTC) contendo as diretrizes para inclusão nos sistemas de saúde nacionais. A partir de então foi atribuído o termo Medicina Complementar e Alternativa (MAC) para a qualificação dessas práticas. Se por um lado, esse documento reconheceu a importância dessas medicinas para a autonomia dos seus usuários, por outro lado, tem como fundamento a oferta de acesso seguro aos usuários e treinamento aos praticantes dessas medicinas. Mesmo reconhecendo a diversidade epistemológica, cultural e orientações teóricas das práticas, emprega a categoria Tradicional para todas (FERREIRA, 2010). Dessa forma, a OMS (2002, p. 7) definiu as medicinas tradicionais como sendo:

Práticas, enfoques, conhecimentos e crenças sanitárias diversas que incorporam medicinas baseadas em plantas, animais e/ou minerais, terapias espirituais, técnicas manuais e exercícios aplicados de forma individual ou em combinação para manter o bem-estar, além de tratar, diagnosticar e prevenir as enfermidades.

Compreendendo que a Medicina Tradicional é uma forma de cuidado que compõem o quadro de assistência médica de vários países em desenvolvimento, a OMS pretende promover a sua inclusão com segurança e eficácia com o objetivo de reduzir a mortalidade e a incapacidade principalmente em países pobres, ao mesmo tempo em que reconhece o aumento da população idosa que utiliza práticas das medicinas tradicionais em combinação com outros tratamentos. Entretanto, a OMS reconhece como um dos desafios para a inclusão das MT/MAC a falta de comprovação científica, assim como a orientação e segurança sobre a forma de uso (OMS, 2002).

A OMS apresenta, portanto, como objetivos da inclusão das medicinas tradicionais nos sistemas de saúde: 1) integrar as MT/MAC nos sistemas de saúde nacionais através do desenvolvimento de políticas e programas nacionais; 2) promover a segurança, eficácia e qualidade de MT/MAC ampliando as bases de conhecimento sobre MT/MTC e fomentar as orientações sobre as pautas

normativas e de controle de qualidade; 3) aumentar a disponibilidade e a acessibilidade das MT/MAC para as populações mais pobres; 4) fomentar o uso terapêutico sólido das MT/MCA apropriada tanto para consumidores como para provedores (OMS, 2002, p 48).

A OMS apresenta como estratégia auxiliar os países a organizar programas de formação de MT/MAC para profissionais da medicina alopática (OMS, 2002, p 52), ou seja, treinar profissionais da saúde que possuem uma formação positivista a praticarem as medicinas tradicionais ao mesmo tempo em que se pretende treinar os praticantes das medicinas tradicionais para que atuem na atenção primária em conjunto com os profissionais de saúde, ou seja, uma união entre o conhecimento tradicional e científico. Dessa forma, o acesso das populações aos serviços de saúde seria ampliado, na medida em que estes contariam com a cooperação dos praticantes tradicionais para *"a disseminação eficaz de mensagens sanitárias importantes entre as comunidades, além de fomentar a prática segura da Medicina Tradicional"* (OMS, 2002, p. 28)

Com intuito de revisar as recomendações e as estratégias apresentadas no primeiro documento (OMS 2002-2005), foi publicado outra versão desse documento intitulado “Estratégias da OMS sobre Medicina Tradicional 2014-2023” que apresentam os mesmos objetivos do documento anterior

Um dos pressupostos adotados pela PNPMF foi a incorporação de princípios de segurança e eficácia na saúde pública conciliada ao desenvolvimento socioeconômico e conservação ambiental, tanto no âmbito local como em escala nacional. Outro princípio norteador foi respeitar diversidades e particularidades regionais e ambientais. Para tanto, deverá

reconhecer práticas e saberes da medicina tradicional, contemplar interesses e formas de usos diversos, desde aqueles das comunidades locais até o das indústrias nacionais, passando por uma infinidade de outros arranjos de cadeias produtivas do setor de plantas medicinais e fitoterápicos (BRASIL, 2006).

Como consequência, um dos objetivos específicos definidos pela política foi o de

“ampliar as opções terapêuticas aos usuários, com garantia de acesso a plantas medicinais, fitoterápicos e serviços relacionados à fitoterapia, com segurança, eficácia e qualidade, na perspectiva da integralidade da atenção à saúde,

considerando o conhecimento tradicional sobre plantas medicinais”.(BRASIL,2006)

Neste contexto, dentre outras ações, ficou sob a coordenação do Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (MAPA) “*estimular a utilização da biodiversidade, de forma sustentável, na produção de fitoterápicos, priorizando a expansão das competências regionais e o fortalecimento do conhecimento tradicional*”. O destaque feito aqui para o MAPA é decorrente do protagonismo político e papal de instituição norteadora e definidora das ações voltadas para a agropecuária, bem como das instituições de pesquisas associadas a este ministério. Um dos pressupostos da PNPMF foi definir a agricultura familiar como eixo na produção de matéria-prima e base dos arranjos produtivos locais em fitoterápicos, dando suporte às iniciativas dos SUS de cada município ou região. Diante disso, os conflitos de interesse entre o agronegócio e a agricultura familiar já ficam evidentes para a implantação da PNPMF.

Após a análise das atas das reuniões do CGPNPF, observou-se que um dos temas mais discutidos foi sobre a incorporação do conhecimento tradicional e a comercialização dos produtos tradicionais. Foram recorrentes falas dos representantes de povos e comunidades tradicionais a respeito da necessidade de valorização e inclusão das pessoas detentoras desse conhecimento, assim como a necessidade de políticas específicas para populações tradicionais, uma vez que a proposta inicial era de inclusão e reconhecimento destas pessoas na atenção básica do SUS. No entanto, uma das maiores preocupações entre os participantes das reuniões do Comitê Gestor da PNPMF foi em relação a inclusão das populações tradicionais nos programas, a fim de oferecer treinamento para as populações. Isso pode ser demonstrado na relato de um dos representantes do Conselho Nacional dos Seringueiros: “*pode ser que este treinamento chegue lá através de médicos*”, ou seja, mais uma vez a hegemonia da medicina moderna se sobrepõe ao conhecimento tradicional. Segundo alguns estudos, como o feito por Ferreira (2010), sobre o parto indígena, foi exatamente o que aconteceu, uma tentativa de sobreposição das práticas da medicina ocidental. Para essa autora, para que as medicinas tradicionais sejam integradas ao sistema oficial de saúde é necessário submetê-las a dois processos: a validação científica dos seus conhecimentos e das

suas práticas; e a qualificação dos seus praticantes, ou seja, as suas práticas ficam sob supervisão direta de outros profissionais e do Estado.

Além disso, existe uma apropriação deste conhecimento por indústrias, como relata um dos entrevistados

Alguns povos e comunidades indígenas tem tido a sua farmácia de fitoterápicos estudada e catalogada. Ao mesmo tempo em que isto permite a difusão de certas práticas, abre a possibilidade de captura pela indústria farmacêutica. Isso não é um problema do ponto de vista do bem comum, mas existe o problema da apropriação privada por patentes (Claudio, 59 anos).

Emanuel (60 anos), outro participante da pesquisa também demonstra a mesma percepção *“os índios, os ribeirinhas e outras populações tradicionais são explorados pela indústria farmacêutica, eles sugam o conhecimento desses povos para depois fazer pesquisa das plantas e produzir medicamento”*.^I

Durante uma das reuniões do Comitê Gestor da PNPMF, realizada em 2012, um representante da Associação Nacional Cultural de preservação do patrimônio Bantu (ACBANTUD) relata que *“os povos e comunidades muitas vezes ensinam para que serve, ensinam sobre as contraindicações das plantas e o governo se apropria dos conhecimentos tradicionais e impede que os povos utilizem”*. Em resposta ao questionamento deste representante em relação à proibição do uso, uma técnica da ANVISA esclareceu que *“não há regulamento para uso tradicional, a única coisa proibida é produção em lote e aquisição de lucro”*. Portanto, ao mesmo tempo em que o saber dessas populações desperta o interesse de organizações estaduais e comerciais, elas encontram desafios para a comercialização de seus produtos. Esse tema foi muito debatido nas reuniões do Comitê Gestor da PNPMF, onde o regulatório foi identificado como uma barreira que precisava ser vencida ou ultrapassada, a fim de permitir às comunidades tradicionais à comercialização de seus produtos com fins medicinais. Enfim, era necessário encontrar saídas para que os produtos elaborados pelas comunidades tradicionais fossem reconhecidos no âmbito sanitário e adquirisse outro status diante das normativas sanitárias. A principal barreira identificada foi o decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974, o qual define e delimita a produção e o comércio de produtos farmacêuticos. De acordo com esse decreto, medicamento é *“produto farmacêutico, tecnicamente obtido ou elaborado, com finalidade profilática, curativa, paliativa, ou para fins de diagnóstico”* e que deve comercializado apenas

por estabelecimentos destinados ao comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlato, isto é, farmácia, drogaria e unidades de saúde privada ou pública. Embora haja nesse decreto o conceito de ervanaria como um “estabelecimento que realize dispensação de plantas medicinais”, não há nenhuma definição quanto à sua regulamentação. No âmbito sanitário, o fitoterápico encontrava-se categorizado como medicamento e, portanto, deveria atender aos requisitos sanitários necessários dessa categoria. Outro problema identificado diante de um sistema regulatório tão restrito, era que a produção em escala de produtos tradicionais, com indicações e usos terapêuticos, poderia ser enquadrada como infração ao Artigo 273 do Código Penal brasileiro:

Art. 273 - Falsificar, corromper, adulterar ou alterar produto destinado a fins terapêuticos ou medicinais. (Redação dada pela Lei nº 9.677, de 2.7.1998).

Pena - reclusão, de 10 (dez) a 15 (quinze) anos, e multa. (Redação dada pela Lei nº 9.677, de 2.7.1998).

§ 1º - Nas mesmas penas incorre quem importa, vende, expõe à venda, tem em depósito para vender ou, de qualquer forma, distribui ou entrega a consumo o produto falsificado, corrompido, adulterado ou alterado. (Redação dada pela Lei nº 9.677, de 2.7.1998).

§ 1º-A - Incluem-se entre os produtos a que se refere este artigo os medicamentos, as matérias-primas, os insumos farmacêuticos, os cosméticos, os saneantes e os de uso em diagnóstico. (Incluído pela Lei nº 9.677, de 2.7.1998).

§ 1º-B - Está sujeito às penas deste artigo quem pratica as ações previstas no § 1º em relação a produtos em qualquer das seguintes condições: (Incluído pela Lei nº 9.677, de 2.7.1998).

I. sem registro, quando exigível, no órgão de vigilância sanitária competente; (Incluído pela Lei nº 9.677, de 2.7.1998).

II. em desacordo com a fórmula constante do registro previsto no inciso anterior; (Incluído pela Lei nº 9.677, de 2.7.1998).

III. sem as características de identidade e qualidade admitidas para a sua comercialização; (Incluído pela Lei nº 9.677, de 2.7.1998).

IV. com redução de seu valor terapêutico ou de sua atividade; (Incluído pela Lei nº 9.677, de 2.7.1998).

V. de procedência ignorada; (Incluído pela Lei nº 9.677, de 2.7.1998).

VI. adquiridos de estabelecimento sem licença da autoridade sanitária competente. (Incluído pela Lei nº 9.677, de 2.7.1998).

Modalidade culposa

§ 2º - Se o crime é culposo:

Pena - detenção, de 1 (um) a 3 (três) anos, e multa. (Redação dada pela Lei nº 9.677, de 2.7.1998). Emprego de processo proibido ou de substância não permitida.

Além disso, as atividades de benzedeiros e raizeiros, por exemplo, não poderiam ser regulamentadas pela Anvisa. O consenso era de que atividades

bioculturais não requerem e não podem ter controle sanitário, em decorrência de que esse controle engloba a verificação do cumprimento de um conjunto de procedimentos técnicos e administrativos, a fim de verificar o cumprimento da legislação sanitária. Esse cenário gerou impasses diante das reivindicações dos representantes das comunidades tradicionais por mais autonomia e protagonismo na reprodução de seus conhecimentos e, em particular, quanto a necessidade da geração de benefícios econômicos para conservá-los em seus territórios fundamentados em suas práticas tradicionais, uma vez que segundo uma representante do MAPA: *“O uso tradicional é assegurado constitucionalmente e que seria importante o diálogo com o Comitê dos Povos Tradicionais”*. Entretanto, em decorrência do arcabouço regulatório os remédios caseiros não são reconhecidos como agentes terapêuticos, embora sejam utilizados no cotidiano da população. Portanto, as normativas estabelecidas não consideram as realidades regionais e são centrados na assistência farmacêutica (LÉDA, 2019). Além disso, há o risco cada vez maior de perda desse conhecimento. Segundo Francisco (38 anos) menciona sobre essa possibilidade: *“conforme os mais velhos vão morrendo e os mais jovens vão migrando para os grandes centros esse conhecimento vai se perdendo”*. Frente ao exposto, o comitê gestor da PNPMF decidiu rever a legislação sanitária, a fim de criar uma classe de produtos específicos, bem como a elaboração de políticas específicas para as populações tradicionais já que políticas universais não os atendem. Uma das consequências dessa revisão foi a publicação da RDC 26/2014 (BRASIL, 2014) que estabeleceu a categoria de Produto Tradicional Fitoterápico. No entanto, essa normativa ainda não atende aos anseios das comunidades tradicionais, pois essa resolução refere-se ao registro de produtos junto à Anvisa.

A fitoterapia é uma prática que une o conhecimento tradicional e o científico e esperava-se que a união desses conhecimentos fosse posta em prática com a eminência das políticas públicas voltadas para esses temas, mas isso não aconteceu. Segundo dados primários e secundários da pesquisa, colhidos através das atas produzidas nas reuniões do CMPMF, do perfil dos fitoterápicos registrados na Anvisa e das informações obtidas por meio de entrevistas, a proposta de incorporação do conhecimento tradicional através da conciliação de saberes tradicionais e científicos, associada ao uso da biodiversidade e baseada na agricultura familiar não foi alcançada

Apesar de tais políticas terem, de certa forma, olhado para essas comunidades a hegemonia da medicina ocidental e a supremacia do Estado se sobrepuseram ao conhecimento das populações tradicionais. Isso indica que um dos maiores desafios para a valorização das populações tradicionais pode ser em grande parte atribuído à regulamentação dos fitoterápicos, atualização e modernização da lei sanitária de medicamentos. Em resumo, o conhecimento tradicional tem servido para auxiliar a ciência na fabricação de medicamentos, mas não como retorno para os detentores deste saber na forma de vendas de seus produtos, cujo conhecimento ainda é considerado como risco para a saúde das pessoas. A desvalorização desse saber pode ser avaliada quanto se analisa o uso da flora nativa do Brasil. Tal saber pode ser analisado sob a luz dos conceitos de geograficidade e fitogeografia. Para demonstrar tal fato foram analisadas as espécies nativas descritas em cinco cartilhas populares, conforme descrito na próxima seção.

6.4

Indicadores fitogeográficos e tecno-científicos de espécies nativas como parametro de reconhecimento dos saberes tradicionais

Nessa seção serão abordados os conceitos de fitogeografia e geograficidade para ilustrar o uso e o conhecimento das plantas medicinais pelas comunidades tradicionais. As populações tradicionais apresentam costumes mais integrados aos locais onde vivem do que as sociedades urbano-industriais. A fitogeografia se ocupa da distribuição geográfica das espécies e como elas influenciam na superfície terrestre, além de investigar os processos históricos e biológicos que determinam a distribuição dessas espécies. É uma área de conhecimento antiga, o ser humano começou a organizar o seu conhecimento sobre as plantas assim que se desenvolveu uma cultura científica, e passam então a descrevê-las sob uma lógica organizacional. Através da fitogeografia é possível classificar diversos aspectos das espécies, incluindo o endemismo. De caráter integrador e multidisciplinar a fitogeografia serviu de orientação ao Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para elaborar o Manual técnico da Vegetação Brasileira que serviu como instrumento oficial para a elaboração de políticas públicas de conservação de ecossistemas (GONÇALVES, 2020).

A Geograficidade é um conceito que foi explorado pelo geógrafo canadense Edward C. Relph, em “As bases fenomenológicas da geografia” em 1979. Seria a “espacialização do mundo vivido ou do intermundo de comunidades humanas, ou seja, todas as relações que ocorrem entre as pessoas e os lugares, as paisagens e os espaços” (SILVA, 2007, p. 45). Desta forma, a geograficidade das plantas pode ser compreendida como a experiência, o conhecimento, e as percepções de cada comunidade sobre o uso das plantas comuns em seus territórios, através da espacialização dos lugares que vivem carregando os símbolos e o saber transmitido por gerações sobre as formas de uso e também sobre o manejo das espécies de plantas medicinais da população que habita cada espaço.

As pesquisas científicas que comprovem a eficácia do uso tradicional, em geral, fomentam a produção nacional de fitoterápicos, uma vez que para serem comercializados os fitoterápicos precisam desta comprovação. Por isso, percebemos o aumento crescente na comercialização no Brasil de fitoterápicos feitos a base de espécies exóticas, tais como o *Ginkgo biloba* (ginkgo) e *Hypericum perforatum* (hipérico), devido a eficácia comprovadas dessas espécies atribuídas pela ciência. Diversas pesquisas comprovam a eficácia desses fitoterápicos, como a realizada por Dimond, et al., 2000 que comprovou a eficácia do Ginkgo Biloba para a memória, cognição, demência e lesão cerebral e Furtado, 2017 no uso do Hipérico para tratamento de depressão.

Enquanto isso espécies nativas do Brasil, com grande potencial para a fabricação de medicamentos fitoterápicos, estão ameaçadas de extinção, como por exemplo, a arnica do cerrado, (*Lychnophora pinaster*) que é uma espécie muito conhecida e utilizada pela população que habita áreas cobertas pelo cerrado. A espécie tem as mesmas indicações de uso da arnica europeia (*Arnica montana*), utilizada para fabricação dos produtos que compramos em farmácias, mas não existem pesquisas que comprovem a eficácia e a toxicidade da arnica do cerrado, além de estar ameaçada de extinção.

Assim, para contribuir com a discussão e fundamentar o conceito de geograficidade e fitogeografia analisamos as plantas mencionadas em cinco cartilhas populares. Para isso, foram selecionadas 14 nativas do Brasil presentes nessas cartilhas, conforme quadro 4 abaixo. Os critérios de seleção utilizados, em ordem de prioridade, foram: endêmicas, representativas de algum bioma em

particular ou que apresentasse distribuição a mais restrita possível nas cinco regiões brasileiras, de acordo com as informações disponíveis na flora do Brasil. Cada cartilha representa um espectro do conhecimento tradicional de diferentes regiões do Brasil. As cinco cartilhas que utilizamos foram: 1 - Caminhos da saúde popular e tradicional: Essências Florestais da Mata Atlântica e Assentamento terra vista, representando a região sudeste do Brasil; 2 - Itaipu binacional, representando a região Sul do Brasil e os biomas da mata atlântica e Pampa; 3 - Mulheres e ervas da Amazônia, representando a região Norte e a floresta amazônica; 4 - Remédios do mato, representando a região nordeste e os biomas do cerrado, caatinga e floresta amazônica; 5 - Tratado das plantas medicinais, representando a região sudeste e o bioma da mata atlântica e cerrado.

Quadro 5 — Espécies nativas selecionadas das cinco cartilhas analisadas, em ordem alfabética de nome botânico.

NOME BOTÂNICO	NOME POPULAR	CARTILHA				
		1	2	3	4	5
<i>Carapa guianensis</i> Aubl. (Meliaceae)	Andiroba	X	0		0	X
<i>Cecropia pachystachya</i> Trécul (Urticaceae)	Embaúba	0	X	0	0	X
<i>Cucumis anguria</i> L. (Cucurbitaceae)	Maxixe	0	0	0	0	X
<i>Eugenia brasiliensis</i> Lam. (Myrtaceae)	Grumixama	0	0	0	0	X
<i>Eugenia uniflora</i> L. (Myrtaceae)	Pitanga	0	X	0	0	X
<i>Euterpe precatoria</i> Mart. (Arecaceae)	Açaí	0	0	X	0	0
<i>Handroanthus impetiginosus</i> (Mart. ex DC.) Mattos	Ipê	0	0	0	X	X
<i>Ilex diuretica</i> Mart. ex Reissek (Aquifoliaceae)	Congonha	0	0	0	0	X
<i>Inga sessilis</i> (Vell.) Mart. (Fabaceae)	Inga	0	0	0	0	X
<i>Lychnophora pinaster</i> Mart. (Asteraceae)	Arnica	0	0	0	0	X
<i>Mansoa alliacea</i> (Lam.) A.H.Gentry (Bignoniaceae)	Cipó-alho	0	0	X	0	0
<i>Scoparia dulcis</i> L. (Plantaginaceae)	Vassourinha	0	0	X	X	X

<i>Stryphnodendron adstringens</i> (Mart.) Coville	Barbatimão	0	0	0	0	X
<i>Vachellia farnesiana</i> (L.) Wight & Arn	Acacia	0	0	0	X	0

Fonte: elaboração própria.

As 14 espécies selecionadas foram analisadas quanto aos indicadores fitogeográficos e técnico-científicos. Para os indicadores fitogeográficos, foram utilizadas as bases de dados flora do Brasil 2020 e speciesLink. A primeira base faz parte do Programa REFLORA/CNPq que tem como objetivo principal o resgate de imagens dos espécimes da flora brasileira e das informações a eles associadas e a segunda, criada pela Fapesp, objetiva integrar a informação primária sobre biodiversidade disponível em herbários, tornando-a disponível, de forma livre e aberta na Internet com ferramentas para análise e produção de sínteses do conhecimento. No que diz respeito aos indicadores tecnológicos foram usadas três bases: Scopus, Web of Science e Lens, disponíveis na base periódicos capes (www.periodicos.capes.gov.br). A Scopus reúne resumos e citações de literatura revisada por pares, com ferramentas bibliométricas para acompanhar, analisar e visualizar a pesquisa. Scopus contém mais de 22.000 títulos de mais de 5.000 editores em todo o mundo, abrangendo as áreas de ciência, tecnologia, medicina, ciências sociais e Artes e Humanidades. A Web of Science é uma plataforma referencial de citações científicas. Projetada para apoiar pesquisas científicas e acadêmicas com cobertura nas áreas de ciências, ciências sociais, artes e humanidades, contendo mais de 20.000 revistas acadêmicas (incluindo periódicos de Acesso Aberto), e mais de 190.000 processos de conferências. A base Lens fornece informações sobre conhecimento acadêmico e sobre patentes, incluindo mais de 100 milhões de registros de patentes de mais de 95 jurisdições diferentes; pesquisa e análise acadêmica de mais de 180 milhões de artigos acadêmicos, livros, teses e anais de congressos. E por fim, o INPI apenas para verificar depósitos de patentes no Brasil.

De modo geral, observa-se que as espécies com distribuição mais ampla no território são as mais conhecidas (*Eugenia uniflora* – Pitanga; *Cecropia pachystachya* – Embaúba; *Scoparia dulcis* – Vassourinha); e, por sua vez, apresentam maior quantidade de registros, conforme tabela 3 a seguir.

Tabela 3 — Indicadores fitogeográficos das espécies nativas selecionadas das cartilhas analisadas

NOME BOTÂNICO	ENDEMISMO	BIOMAS	Registros speciesLink
<i>Carapa guianensis</i>	Não	Amazônia	1034
<i>Cecropia pachystachya</i>	Não	Amazônia\Caatinga\Mata Atlântica\Pampa\Pantanal	2907
<i>Cucumis anguria</i>	Não	Amazônia\Cerrado\Mata Atlântica	285
<i>Eugenia brasiliensis</i>	SIM	Mata atlântica	849
<i>Eugenia uniflora</i>	Não	Amazônia\Cerrado\Caatinga\Mata Atlântica	3384
<i>Euterpe precatoria</i>	Não	Amazônia	1210
<i>Handroanthus impetiginosus</i>	Não	Amazônia\Caatinga\Cerrado\Mata Atlântica\Pantanal	2220
<i>Ilex diuretica</i>	SIM	Cerrado	10
<i>Inga sessilis</i>	SIM	Amazônia\Cerrado\Mata Atlântica	1301
<i>Lychnophora pinaster</i>	SIM	Cerrado	558
<i>Mansoa alliacea</i>	Não	Amazônia	317
<i>Scoparia dulcis</i>	Não	Amazônia\Caatinga\Cerrado\Mata Atlântica\	2927
		Pampa\Pantanal	
<i>Stryphnodendron adstringens</i>	SIM	Caatinga\ Cerrado	1508
<i>Vachellia farnesiana</i>	Não	Amazônia\Caatinga\Cerrado\Mata Atlântica	1036

Fonte: elaboração própria.

O que justifica o maior número registros para *Eugenia uniflora* L. (Myrtaceae); *Scoparia dulcis* L. (Plantaginaceae); *Cecropia pachystachya* Trécul (Urticaceae) e *Handroanthus impetiginosus* (Mart. ex DC.) Mattos na base speciesLink. Todas são espécies de uso medicinal bastante amplo no Brasil. Esse fato pode ser observado pela presença delas em alguns documentos oficiais ou projetos relacionados à fitoterapia apoiados pelo Ministério da Saúde. Nesse sentido, a *Eugenia uniflora* integra a Renisus (lista de plantas medicinais de interesse do SUS) e a extinta RDC 10/2010 (BRASIL, 2010) e a *Handroanthus impetiginosus* também faz parte da ReniSUS e foi incluída no 1º Suplemento do Formulário de Fitoterápicos da Farmacopeia Brasileira (2018) (BRASIL, 2018). Embora *Scoparia dulcis* e *Cecropia pachystachya* não façam parte de documentos atuais, a primeira integrou o Programa de Pesquisa em Plantas Medicinais da extinta Ceme na década de 1980. A segunda, é uma gênero em que várias espécies são utilizadas, sendo que a *Cecropia hololeuca* Miq. foi incluída na 1ª edição da Farmacopeia Brasileira (1926) (BRASIL, 1926). Por sua vez, também

encontramos espécies com distribuição geográfica mais restrita, como é o caso da *Mansoa alliacea* (Lam.) A.H.Gentry (Bignoniaceae), *Ilex diuretica* Mart. ex Reissek (Aquifoliaceae) e *Lychnophora pinaster* Mart. (Asteraceae). A primeira é típica do bioma Amazônia e as outras duas do Cerrado. Esse fato também tem impacto direto no conhecimento medicinal a respeito dessas espécies. O que significa dizer que são plantas de uso mais restritos por comunidades tradicionais que vivem nesses biomas. Nenhuma delas consta em nenhum documento do Ministério da Saúde. Entretanto, espécies com um conhecimento de medicinal mais difuso, como é o caso da *Carapa guianensis* Aubl. (Meliaceae) teve mais registros. O que significa dizer que é uma planta bastante conhecida por várias comunidades amazônicas. Tanto que integra a ReniSUS e foi selecionada para estudos pelo Programa de Pesquisa em Plantas Medicinais da Ceme.

No que diz respeito aos indicadores técnicos-científicos, foram realizadas buscas sobre a quantidade de pesquisas indexadas e de patentes presentes em três bases de dados (Scopus, Web of Science e Lens). As espécies que tiveram maior média de publicações foram: *Euterpe precatoria* (828); *Eugenia uniflora* (555); *Vachellia farnesiana* (392); *Scoparia dulcis* (352) e *Carapa guianensis* (323), conforme tabela 4 abaixo.

Tabela 4 — Indicadores tecnológicos das espécies nativas selecionadas das cartilhas analisadas.

	INDICADORES TECNOLÓGICOS											
	BASES CONSULTADAS							SÍNTESE DOS INDICADORES				
	SCOPUS		WEB OF SCIENCE		LENS		INPI					
Nome botânico	Pesquisa indexada	Patente	Pesquisa indexada	Patente	Pesquisa indexada	Patente	Patente	Áreas com maior quantidade de pesquisas	País com maior quantidade de publicações	Instituição com maior quantidade de publicações	Quantidade de Patentes classificadas como A61K	Relatos históricos (Dataplam)
<i>Carapa guianensis</i>	280	81	395	11	293	134	5	Agricultura e farmácia	Brasil	Embrapa	64	15
<i>Cecropia pachystachya</i>	176	8	182	1	154	2	5	Agricultura e farmácia	Brasil	Universidade de São Paulo - USP	6	5
<i>Cucumis anguria</i>	113	91	162	3	150	19	0	Agricultura e bioquímica	Brasil	Universidade Federal Rural do Semi-Arido	0	4
<i>Eugenia brasiliensis</i>	63	0	122	1	252	8	0	Agricultura e química	Brasil	Universidade de São Paulo - USP	7	11
<i>Eugenia uniflora</i>	522	471	542	16	600	35	0	Agricultura e farmácia	Brasil	Universidade de São Paulo - USP	9	30
<i>Euterpe precatoria</i>	699	427	894	77	892	71	34	Agricultura e medicina	Brasil	Universidade Federal do Pará	51	4
<i>Handroanthus impetiginosus</i>	234	359	333	42	385	29	0	Agricultura e farmácia	Brasil	Embrapa	19	7

	INDICADORES TECNOLÓGICOS											
	BASES CONSULTADAS							SÍNTESE DOS INDICADORES				
	SCOPUS		WEB OF SCIENCE		LENS		INPI					
Nome botânico	Pesquisa indexada	Patente	Pesquisa indexada	Patente	Pesquisa indexada	Patente	Patente	Áreas com maior quantidade de pesquisas	País com maior quantidade de publicações	Instituição com maior quantidade de publicações	Quantidade de Patentes classificadas como A61K	Relatos históricos (Dataplam)
<i>Ilex diuretica</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
<i>Inga sessilis</i>	5	2	12	0	28	0	0	Agricultura	Brasil	Universidade Estadual de Campinas	0	5
<i>Lychnophora pinaster</i>	40	0	52	3	54	1	2	Farmácia e agricultura	Brasil	Universidade Federal de Minas Gerais	5	1
<i>Mansoa alliacea</i>	52	25	49	4	63	2	0	Agricultura e bioquímica	Índia	Universidade Federal de Santa Maria	2	0
<i>Scoparia dulcis</i>	330	0	321	64	404	87	0	Farmácia e medicina	Índia	University of Toyama	30	11
<i>Stryphnodendro n adstringens</i>	172	15	212	9	264	9	10	Agricultura e farmácia	Brasil	UNESP- Universidade Estadual Paulista	10	19
<i>Vachellia farnesiana</i>	325	245	450	18	401	8	0	Agricultura e bioquímica	México	Universidad Autónoma de Nuevo León	5	5

Fonte: elaboração própria.

Quando foram analisadas as áreas mais pesquisadas, a Agricultura predomina, exceto para *Scoparia dulcis* que é uma espécie que não apresenta relevância econômica, tais como *Euterpe precatoria* e *Eugenia uniflora*, cujos frutos são utilizados para fins alimentícios. Contudo, todas apresentam como áreas secundárias de estudos as ciências farmacêuticas e/ou médicas, o que destaca a importância terapêutica dessas plantas para a pesquisa de novos agentes terapêuticos ou fitoterápicos. Quanto à presença em documentos oficiais do Ministério da Saúde, a *Eugenia uniflora* tem destaque por constar nas 4^a, 5^a e 6^a edições da Farmacopeia Brasileira (BRASIL, 1926, 1988, 2010, 2019). Por sua vez, a *Euterpe precatoria* e a *Vachellia farnesiana* não constam em nenhum documento oficial do Ministério da Saúde. *Scoparia dulcis* e *Carapa guianensis* integraram o Programa de Pesquisa em Plantas Medicinais da extinta Ceme, mas somente a última faz parte da ReniSUS.

Embora *Euterpe precatoria* e *Eugenia uniflora* demonstrem a maior quantidade média de patentes registradas nas três bases de dados pesquisadas, a *Carapa guianensis* (64) é a que apresenta maior quantidade de registros de patentes classificadas como A61K (Preparations for medical, dental or toilet purposes). Em segundo, nessa classificação aparece a *Euterpe precatoria*. Ambas são espécies características do bioma Amazônia, o que demonstra o interesse e o potencial da biodiversidade presente nesse bioma. Um resultado relevante foi encontrado para *Stryphnodendron adstringens*, a despeito de não apresentar uma grande quantidade de estudos ou de patentes, a planta contém 10 registros no INPI, bem como fitoterápicos registrados na Anvisa. Foi a planta que teve mais registros nessa instituição para uso medicinal depois da *Euterpe precatoria*. Outra característica importante é ser uma espécie endêmica dos biomas Cerrado e Caatinga. Por sua vez, dentre as cinco endêmicas, a *Ilex diuretica* Mart. ex Reissek (Aquifoliaceae) não tem nenhum estudo. O que demonstra a carência de estudos relacionados à biodiversidade brasileira. As três restantes (*Eugenia brasiliensis* Lam. – Myrtaceae; *Lychnophora pinaster* Mart. – Asteraceae; *Inga sessilis* (Vell.) Mart. – Fabaceae) apresentam patentes, entretanto apenas as duas primeiras têm patentes classificadas como A61K e pesquisas nas áreas das ciências farmacêuticas e médicas, corroborando a importância medicinal destas plantas nativas e endêmicas do Brasil.

Em resumo, o Brasil tem o protagonismo da maior parte das pesquisas realizadas com 14 espécies nativas selecionadas, exceto para três espécies: *Mansoa alliacea*, *Scoparia dulcis* e *Vachellia farnesiana*. As duas primeiras foram mais estudadas pela Índia e a terceira pelo México. A *Eugenia uniflora* teve destaque tanto na quantidade de número de registros na base speciesLink, quanto de estudos e presença em documentos oficiais do Ministério da Saúde. A análise também destaca a importância das famílias Fabaceae e Asteraceae, que são famílias que apresentam alto índice de nativas de uso medicinal na flora brasileira. Além disso, os dados disponíveis na plataforma Dataplmt, indicam as plantas conhecidas no passado e utilizadas até hoje (Tabela 4). A continuidade de uso ao longo dos anos é uma forte evidência da atividade terapêutica, o que fornece subsídios para estudos químicos e farmacológicos das espécies nativas, ou seja, uma união entre o conhecimento tradicional e científico.

A espécie *Stryphnodendron adstringens* (Mart.), popularmente conhecida como Barbatimão, embora não apresente estudos e patentes, está presente em fitoterápicos registrados pela ANVISA e apresenta 10 registros no INPI, ou seja, possui registro de marcas por empresas. Além disso, o Dataplant mostra que é uma planta com uso tradicional comprovado, com 19 registros, ou seja, bastante conhecida há séculos. Quando esses registros foram analisados, verifica-se que há 13 registros para uso em feridas e úlceras, o mesmo número para abscessos, mostrando a importância dessa planta pelas indústrias farmacêutica e cosmética. Este caso ilustra bem a importância do conhecimento tradicional para as indústrias, pois embora a espécie não apresente estudos científicos ou patentes, apresenta um expressivo registro de conhecimento tradicional.

6.5

Valorização da biodiversidade brasileira: Exclusão das nativas do escopo sanitário como exemplo de valorização do capital normativo

Essa seção demonstra os resultados relativos à valorização da biodiversidade brasileira representado pelo uso de espécies nativas dos nossos biomas. Tendo em vista as constantes ameaças que a nossa biodiversidade sofre. Inicia-se a seção com uma pequena análise sobre a relação do uso de plantas medicinais e a importância da conservação das espécies nativas, em seguida

apresenta-se os resultados sobre a o uso de tais espécies na fabricação dos fitoterápicos industrializados e nos documentos oficiais.

O Brasil é o país que possui a maior biodiversidade do planeta. A biodiversidade brasileira é dividida em seis biomas (Figura 11). Geograficamente a extensão da Mata Atlântica abrange a costa leste, sudeste e sul do Brasil, leste do Paraguai e a província de Misiones na Argentina. A Caatinga é encontrada no Nordeste, nos estados do Maranhão, Piauí, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Sergipe, Bahia e uma parte de Minas Gerais. A floresta Amazônica localizados nos estados do Amazonas, Pará, Amapá, Acre, Rondônia, Roraima, parte do Tocantins, Mato Grosso e Maranhão, além de incluir países próximos ao Brasil como Venezuela, Equador, Peru e Bolívia. O Pantanal é um dos menores biomas brasileiros, localizado na região centro- oeste nos estados do Mato Grosso e Mato Grosso do Sul, se estende até a Bolívia e Paraguai. O Pampa é localizado no Rio Grande do Sul, ocupando mais da metade deste território e se estende até parte do Uruguai e Argentina. O Cerrado ocupa principalmente o território de Goiás Tocantins e Distrito Federal e, em menor parte, os territórios de Mato Grosso do Sul, Bahia, Minas Gerais, Piauí, Ceará e São Paulo, sendo exclusivo do território brasileiro (COUTINHO, 2016).



Figura 11 — Biomas presentes no território nacional.

Fonte: <http://www.biodiversidade.rs.gov.br/>

Até o momento foram reconhecidas 49.989 espécies para a flora brasileira (nativas, cultivadas e naturalizadas) distribuídas nos biomas brasileiros, sendo 4.993 de Algas, 35.549 de Angiospermas, 1.610 de Briófitas, 6.320 de Fungos, 114 de Gimnospermas e 1.403 de Samambaias e Licófitas (Gráfico 1) (FLORA DO BRASIL, 2020). Estima-se que apenas 8% foram estudados para pesquisas de compostos bioativos e 1.100 avaliadas em suas propriedades medicinais (BRASIL, 2006).

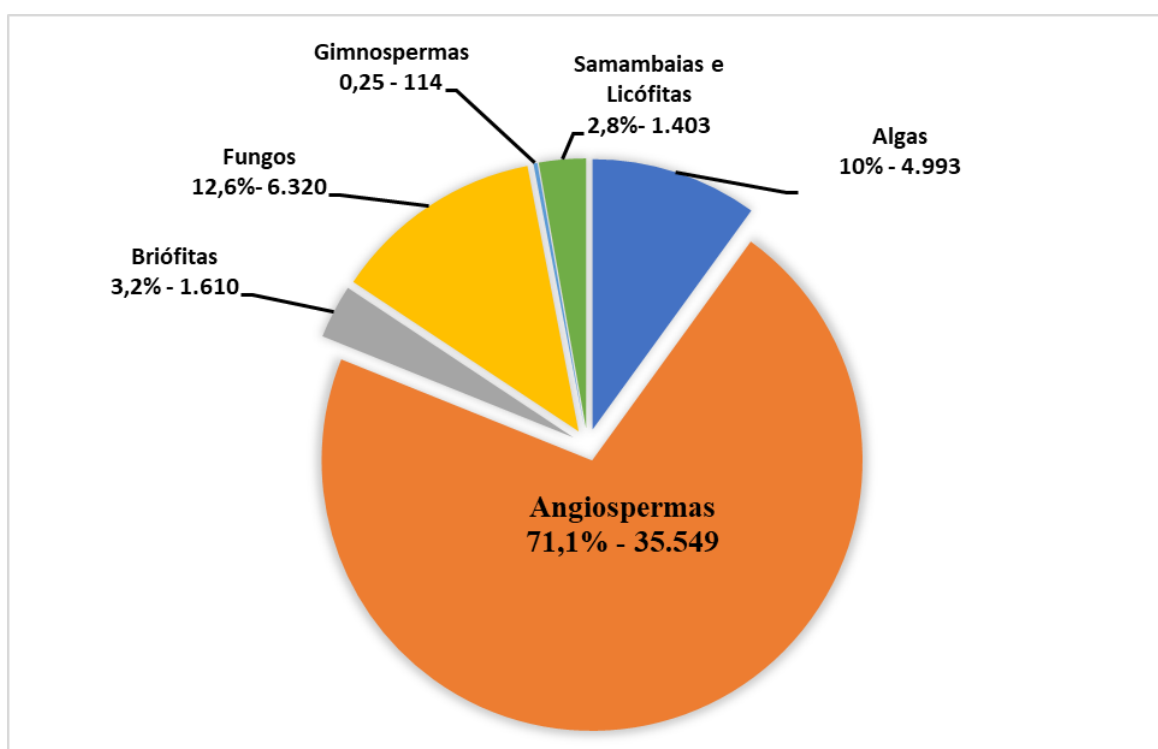


Gráfico 1 — Diversidade de plantas e fungos do Brasil.

Fonte: elaboração própria a partir de dados disponíveis em flora do Brasil (Brasil, 2020)

Alguns fatores acentuam os desafios encontrados para valorização da nossa biodiversidade, um deles são uma série de dificuldades práticas e burocráticas que se apresentam como entrave no desenvolvimento da cadeia produtiva. Outra questão é o desmatamento, extração de madeira, caça de animais silvestres entre outras que são responsáveis pela extinção de diversas espécies, animais e vegetais, com rebatimentos para a espécie humana (FIGUEIREDO, 2018; ALHO, 2012). Tabarelli et al. (2010) anunciam que esses distúrbios provocados no ecossistema brasileiro podem ser identificados nos biomas dos quais a Mata Atlântica, reconhecida mundialmente como um dos principais

hospedeiros da biodiversidade do planeta e que atualmente conta com menos de 10% da sua cobertura quando da chegada dos colonizadores europeus. Alguns eventos com enfoque para as preocupações com os problemas ambientais em geral foram de extrema importância para o desenvolvimento de regras e leis de proteção e conservação de nossos biomas. O primeiro grande evento mundial aconteceu em Estocolmo, na Suécia em 1972. Outro grande evento foi a conferência das nações unidas sobre meio ambiente e desenvolvimento realizado em 1992 na cidade do Rio de Janeiro que ficou conhecida como ECO 92.

Ganem (2011) informa que o Brasil hoje conta com um número expressivo de normas que dão suporte legal a conservação. Figueiredo (2018) comenta que existem avanços em matéria de política pública ambiental nacional devido a formulação de normativas ambientais que, embora questionáveis em diversos aspectos, implicam na existência de um corpo normativo que pode ser alterado conforme demandas socioambientais.

Questionamos se o uso de plantas para cuidado com a saúde pode contribuir de certa forma para uma consciência individual ou de grupos específicos, em relação à conservação do meio ambiente, por aproximar o usuário de práticas como cultivar plantas e valorizar o conhecimento desta prática. Em relação a contribuição do uso de plantas com a consciência pela preservação do meio ambiente os participantes da pesquisa se dividem entre os que acham que existe esta relação e aos que não percebem uma relação direta. Uma das entrevistadas mencionam essa relação ao relatar que

é uma proposta que pode conscientizar muitos agricultores e população rural da importância de se manter o equilíbrio do meio ambiente, pois plantas medicinais devem ser cultivadas de forma orgânica ou agroecológica. Aqui no município fazemos cursos de capacitação para os agricultores que desejam trabalhar conosco no Arranjo Produtivo Local e estes são sensibilizados para o cuidado com o equilíbrio do meio ambiente (Janaina, 57 anos).

No entanto, outros, como o caso de Claudio (59 anos) não percebem essa relação ao mencionar que *“não vejo uma relação muito clara, acho que a disseminação das plantas medicinais está mais associada aos custos e a rejeição dos medicamentos industriais”*. Ou então, até atrapalhar, de acordo com Alan (65 anos), *“eu acho que pode até certo ponto atrapalhar, tem os problemas do extrativismo exagerado que quando a planta entra na moda pode acontecer como*

aconteceu com a espinheira santa, acabar”. Nessa perspectiva, um dos participantes do Comitê Gestor da PNPMF, compreende que *“a partir das plantas medicinais se faz a volta ao respeito, ao amor a natureza, ao meio ambiente, para recuperar as plantas que estão em extinção, porque muitas já estão desaparecendo por causa do uso de agrotóxicos”*.

Assim, as percepções sobre a consciência pela conservação da diversidade das plantas e o uso das mesmas pode estar associado a diversos fatores, como por exemplo, o local em que as pessoas vivem, a cultura em que está inserida, a possibilidade de cultivar o próprio medicamento ou remédio e também com a forma como o serviço é oferecido nas unidades de saúde. Quando o serviço é oferecido por meio da Farmácia Viva há participação da população no cuidado com as hortas, trocas de informações sobre o cultivo e uso das plantas na forma de remédios caseiros, uma prática bem diferente de quando a fitoterapia é baseada apenas na oferta de fitoterápicos industrializados para serem prescritos pelos trabalhadores da saúde. No entanto, os questionamentos acerca da valorização e da conservação da tão rica e cobiçada biodiversidade brasileira são diversos e se entrelaçam em todas as discussões que trouxemos até aqui, como na importância da valorização do conhecimento tradicional, que além do uso de plantas envolve o cultivo e as formas sustentáveis que essas populações têm conhecimento.

Os princípios do SUS, em particular através da Atenção Primária em Saúde, possibilita que as atividades em plantas medicinais e fitoterápicos aconteçam. Para isso, a Estratégia da Saúde da Família é fundamental, em decorrência de atuar de forma territorializada, ou seja, com a abordagem da geografia da saúde. Além disso, permite um maior fluxo do conhecimento e uso de espécies nativas ou já reconhecidas pela população, carregando os símbolos e o saber transmitido por gerações sobre as formas de uso e também sobre o manejo da flora que habita cada território. A falta de interação com a população reflete-se na carência de espécies nativas reconhecidas pelo SUS. Isso pode ser demonstrado também durante as reuniões do Comitê Gestor do PNPMF. Nessa ocasião, um dos representantes do Ministério da Educação informa que *“é preciso fugir do coronelismo que existe, pois a maior parte das plantas sugeridas não são nacionais, com exceção da unha de gato, tem tantas plantas da Amazônia que não constam na lista.”*. Nessa linha, um de nossos entrevistados cita o exemplo do Peru como um país que investiu no uso de plantas e o compara com o Brasil:

O Brasil é um exemplo horrível, veja só na América Latina, o Peru fez um projeto sério de plantas medicinais e olha só quantas plantas eles colocaram no mercado? A maca peruana, o boldo vende no mundo todo, e até plantas do nosso bioma, como o sangue de dragão (Alan, 65 anos).

Segundo um técnico do Ministério da Saúde, em uma reunião do Comitê Gestor do PNPMF, em 2010, relata que

o Ministério da Saúde utilizou como critério principal para a escolha das plantas a utilização na atenção primária, espécies utilizadas como antitérmicos, vermífugos, analgésicos e anti-inflamatórios, além de espécies para questões ginecológicas, mas existe uma série de interesses que criam obstáculos para a criação desta lista como o complexo produtivo, indústria e produtores rurais.

Os dados sobre a carência na utilização de espécies nativas foram reforçados com a pesquisa feita em relação aos 1185 fitoterápicos registrados na Anvisa. Ao analisar a composição desse fitoterápicos, verificou-se que os 1.171 fitoterápicos são produzidos a partir de 197 espécies, sendo 72 (36,6%) nativas e 125 (63,4%) exóticas, as quais encontram-se distribuídas de forma muito desigual entre os produtos registrados. Vale ressaltar que alguns fitoterápicos apresentam mais de uma espécie em sua composição. Ao somar a presença das espécies de acordo com os registros de composição conhecida (1.171), observa-se que as nativas aparecem em 172 registros e as exóticas em 999. Além disso, dos 172 registros contendo nativas, 128 (74,4%) encontram-se cancelados ou caducos e 44 (25,6%) válidos. Quanto aos registros contendo as exóticas, 708 (70,9%) estão cancelados ou caducos e 291 (29,1%) válidos. Embora o percentual de válidos entre nativas e exóticas sejam próximos, observa-se que a quantidade de registros válidos (335) contendo nativas é bem menor (44), o que representa apenas 13,1% dos válidos. Nesse contexto, um dos entrevistados afirmou (Alan, 65 anos) que “*é um absurdo com tanta oferta de espécies nativas o Brasil ter que importar insumos*”.

Quanto às famílias botânicas, as 197 espécies encontram-se distribuídas em 84 famílias botânicas, sendo a Asteraceae a que apresenta a maior quantidade de produtos registrados (182), seguida de Fabaceae (140), Sapindaceae (92) e Ginkgoaceae (81). Como consequência, as espécies com maior número de registros também pertencem as estas famílias botânicas, a saber, respectivamente: *Arnica montana* L. (Arnica) em 182 fitoterápicos, *Aesculus hippocastanum* L.

(castanha-da-índia) em 58 e *Ginkgo biloba* L. (Ginkgo) em 81 produtos, sendo todas espécies exóticas. Dentre as nativas, a com maior quantidade de registros é *Mikania glomerata* Spreng. (Guaco) com 40, seguida de *Paullinia cupana* Kunth (Guaraná) com 34 e *Monteverdia ilicifolia* (Mart. ex Reissek) Biral (Espinheira-santa) com 28. Por sua vez, espécies nativas de amplo uso tradicional não tiveram seus registros renovados, pertencentes às famílias Bignoniaceae, Fabaceae, Rubiaceae e Smilacaceae. Estas espécies compunham antigos produtos fitoterápicos: Elixir Salsamarin; Fimatosan; Seiva de Jatobá; Pacová; Piptadenia Colubrina + Associações; *Remijia ferruginea* DC. + Associações; Sanativo; Testo Balldarassi; Elixir de Nogueira, Caroba Composto; Salsaparilha Composto. A maior parte destes produtos apresentavam em sua composição mais de uma planta medicinal, uma característica comum da medicina tradicional que é uso de associação de plantas no tratamento em fitoterapia.

Assim, o perfil dos fitoterápicos contendo nativas foram sofrendo modificações com a exclusão das formulações compostas para a introdução de formulações contendo apenas uma espécie nativa. Como exemplo, o Fimatosan®, que em sua fórmula original era elaborado com sete espécies: (*Libidibia ferrea* (Mart. ex Tul.) L.P. Queiroz, *Nasturtium officinale* R.Br.; *Mikania glomerata* Spreng.; *Lantana camara* L.; *Passiflora alata* Curtis; *Polypodium vulgare* L.; *Myrospermum erythroxylum* Allemão), passou a ser produzido apenas com *Mikania glomerata* Spreng., uma das espécies que constam na RDC 26/2014. Além disso, a maior parte dos fitoterápicos compostos tiveram seus registros cancelados. Os que se mantiveram válidos pertencem a formulações de plantas exóticas baseada em produtos europeus, tais como laxantes compostos (*Senna alexandrina* Mill. + *Plantago ovata* Forssk.), digestivos (*Peumus boldus* Molina + *Cynara scolymus* L.) e calmantes (*Valeriana officinalis* L. + *Humulus lupulus* L.). Todos preparados a partir de espécies exóticas. Diante deste quadro, oito espécies exóticas lideram o número de fitoterápicos registrados no Brasil, sendo que o Ginkgo aparece em 81 registros, seguidos maracujá (59) e Castanha-da-Índia (58), conforme gráfico 2 abaixo. Ou seja, espécies compõem a maior parte dos fitoterápicos no Brasil são exóticas.

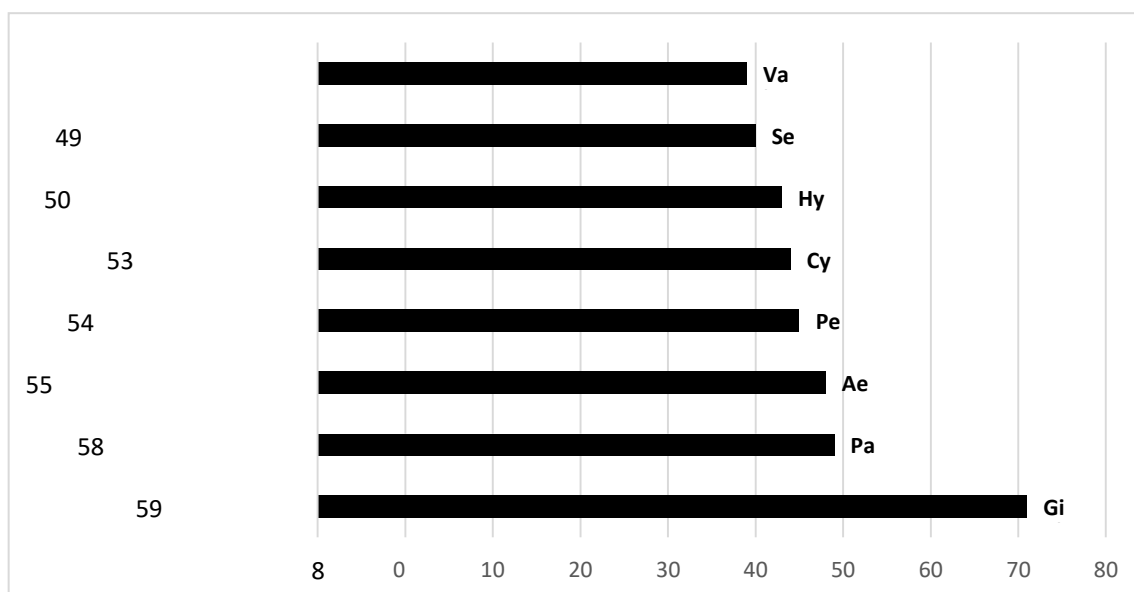


Gráfico 2 — Espécies exóticas que contém o maior número de fitoterápicos registrados.

Fonte: elaboração própria.

Quanto aos fitoterápicos contendo nativas, o Guaco (*Mikania glomerata*) lidera o número de registros com 40, seguidos de guaraná (34) e espinheira santa (28) (Gráfico 3). Outro aspecto importante é o que restante, exceto *Uncaria tomentosa*, compõe fitoterápicos cujos registros não estão válidos. E dos 40 registros para o Guaco apenas 16 estão válidos e são produzidas por empresas localizadas nos seguintes estados: BA 1, MG 3, PR 2, RS 4, SC 3, SP 3. O aumento no número de registros para nativas como guaco, guaraná e espinheira santa corrobora as mudanças nas normativas da Anvisa, onde estas espécies foram incluídas na RDC 26/2014, em sua Instrução Normativa nº 2. Além disso, guaco e espinheira santa, juntamente com *Glycine max* L., foram os três primeiros fitoterápicos compor a Relação Nacional de Medicamentos (RENAME), em 2012 (BRASIL, 2012)

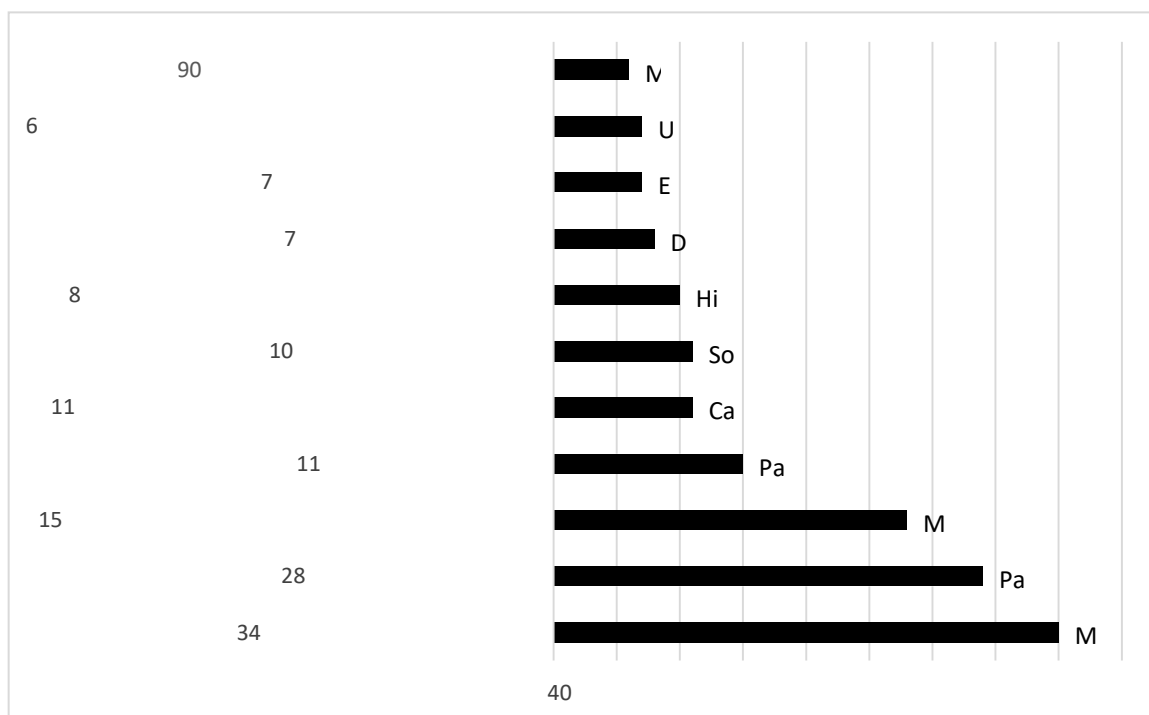


Gráfico 3 — Espécies nativas que contém o maior número de fitoterápicos registrados.

Fonte: elaboração própria.

O quadro que temos atualmente, após 15 anos da criação da PNPMF, é de valorização dos fitoterápicos industrializados, compostos em sua maior parte por espécies exóticas e fabricados por laboratórios transnacionais. Quando uma única fórmula é distribuída para todo o mundo perde-se a geograficidade das plantas e o saber tradicional, a particularidade cultural e simbólica do seu uso e impede que outras formas de cuidado sejam praticadas, assim como diferentes abordagens do processo de saúde e do adoecer.

6.6

Os diferentes significados da saúde, da doença e do cuidado: Autocuidado e autoatenção

Existe um conflito entre o enfoque social e o biológico no processo saúde e doença, o que representa a necessidade de discutir os diferentes significados da saúde, considerando modos múltiplos de vidas. Adoecer ultrapassa o processo estritamente biológico. Uma visão restrita a essa ótica é fruto das bases da ciência clássica, experimentalista que colocou a medicina ao lado da biologia, como vimos no capítulo 2 da fundamentação teórica. A complexidade do processo saúde/doença abrange diversas culturas e períodos históricos. Portanto, a saúde, a

doença e os cuidados podem ser contemplados como um sistema cultural em que sociedades diferentes carregam conceitos sobre o que é a doença, o que é ser doente, o que é ser saudável e utilizam sistemas de cura baseados em diversas práticas culturais (LANGDON & WIIK, 2010).

A cultura reflete as simbologias de determinada população e as formas como estes símbolos são compartilhados e como são ressignificados por cada pessoa em sua maneira de cuidar da própria saúde. De acordo com Badeke (2017), “os saberes populares sobre plantas medicinais podem ser entendidos como sistemas culturais que possibilitam as práticas de cuidado” (BADKE, 2017, p. 86). A respeito da cultura, Langdon e Wilk (2010), a definem como:

Um conjunto de elementos que mediam e qualificam qualquer atividade que não seja determinada pela biologia e que seja compartilhada por diferentes membros de um grupo social. Trata-se de elementos sobre os quais os atores sociais constroem significados para as ações e interações sociais concretas e temporais, assim como sustentam as formas sociais vigentes, as instituições e seus modelos operativos. A cultura inclui valores, símbolos, normas e práticas.

Populações rurais, indígenas, pessoas que vivem em áreas urbanas, de diferentes classes sociais, de diferentes religiões e sistemas de crenças apresentam comportamentos e pensamentos singulares quanto a experiência da doença e também sobre as terapêuticas e formas de cuidado utilizadas, assim as questões inerentes ao processo saúde/doença devem ser pensadas a partir dos contextos socioculturais específicos nos quais os mesmos ocorrem (LANGDON & WIIK, 2010). Nesse sentido, um dos entrevistado relata que

o antropólogo Irving Goffmann fala do desenvolvimento de subculturas de usuários de remédios e de drogas. Assim como existe a agregação de usuários de antihipertensivos, hipoglicemiantes, maconha, pode existir a agregação de usuários de chás. O ayhauasca forma uma subcultura que se tornou religião (Claudio, 59 anos).

As formas de cuidado das Medicinas Tradicionais e práticas integrativas, oferecem um modelo holístico de atenção, apresentam uma atraente qualificação na relação entre terapeuta paciente e tencionam o modelo da medicina ocidental contemporânea, caracterizado pela oferta de um saber técnico cada vez mais especializado, com hipervalorização de questões biológicas e apoiado, principalmente, no aperfeiçoamento da tecnologia diagnóstica (SILVA, 2014). A

utilização das plantas medicinais como forma de cuidado permite que o sujeito passe por uma experiência de cultivar o seu próprio remédio, se tratar e de poder aliviar alguns sintomas antes de conseguir uma consulta médica, reduzindo o seu sofrimento, fortalecendo a sua autonomia, além de diminuir os gastos com medicamentos. Além disso, o uso de plantas carregam símbolos e significados que envolvem o local de cultivo, o manejo com as plantas e o preparo dos remédios caseiros que são repletos de saberes e simbologias, tendo uma forte influência com a trajetória da família e com o conhecimento transmitido por gerações (LÉDA, 2019).

A valorização do saber tradicional e de outras medicinas, ou Práticas Integrativas e Complementares da Saúde, emerge com o objetivo de oferecer diferentes abordagens de cuidado com segurança para as diferentes populações, diluindo de certa forma a hegemonia e a posição de superioridade da medicina moderna. Atualmente possuímos diferentes práticas de cuidado e um sistema de saúde que permite a convivência de formas diversas e muitas vezes antagônicas. De um lado, a medicina moderna carrega uma abordagem de cuidado mais prescritiva e autoritária, enquanto outras medicinas colocam o ser humano como um agente de sua própria cura, um sujeito ativo e com conhecimentos muitas vezes geracionais, o que traz uma perspectiva mais voltada para a autoatenção e outras para o autocuidado. Por isso, será abordado os conceitos de cuidado de si, autocuidado e autoatenção, assim como o conceito de racionalidades médicas, tecendo uma discussão com base nos resultados da pesquisa.

O paradigma da medicina moderna, científica, alinhada ao mercado, aos poucos foi delegando aos profissionais da saúde o poder de definir o que é melhor para a nossa saúde, na verdade quem define é o mercado, inclusive sobre o que os profissionais pensam ser o melhor e mais indicado para a saúde humana. A tendência é a unificação das práticas de saúde, uma fórmula única para tratar pessoas que vivem em diferentes contextos. Os sujeitos, cada vez mais “pacientes” assumem uma posição passiva, aguardando diagnósticos e prescrições.

Ao longo dos séculos, diferentes modos de governar, impuseram aos sujeitos diferentes formas de ser, é dentro deste contexto que se insere as práticas de si, ou o cuidado de si, como um ato político e social de resistência a este poder. Cuidado de si, foi um tema abordado por Foucault (1978) e está atravessado por

dois conceitos que organizam a sua obra: o biopoder e a biopolítica. Por biopoder deve-se entender a estatização da vida biológica, um esvaziamento da subjetividade e do direito sobre o próprio corpo (BUB, 2006). A biopolítica tem como objeto o corpo múltiplo, a população, estuda os fenômenos de massa em longo prazo, tentando prevenir e estimar estatísticas, perseguindo o equilíbrio da população e sua regulamentação (BUB, 2006). O cuidado de si seria uma forma de embate diante do esvaziamento da subjetividade do sujeito e do controle sobre o seu próprio corpo.

O conceito “*epiméleia heautoû*” que significa: ocupar-se de si mesmo, tomar conta de si, cuidar de si, configura um dos principais princípios da Grécia antiga. Seria uma série de ocupações do indivíduo consigo mesmo. Assim, o cuidado de si pode ser constituído de: exames (matinais e vespertinos), exercícios de memorização de princípios, cuidados com o corpo, regimes de saúde, exercícios físicos sem excesso, satisfação das necessidades, meditações, leituras, anotações e ainda conversas com um confidente, amigo, guia ou diretor de alma (PORTOCARRERO, 2011). Foucault faz uso deste conceito como forma de se opor à estatização da vida biológica e ao poder e controle dos corpos.

O pensamento cartesiano foi de grande importância para o esquecimento do cuidado de si. Com o processo de fragmentação do ser humano tais cuidados foram assim delegados a determinados especialistas do corpo, da mente e da alma. O pensamento cartesiano enxerga o corpo como uma máquina que precisa de reparos técnicos quando apresenta defeitos. Dentro deste paradigma as dimensões de cuidado são transformadas e o cuidado de si desaparece. Para Foucault, o cuidado de si teria perdido sua importância com a introdução, na filosofia moderna, do princípio da evidência da consciência, tal princípio questiona as condições e os limites do acesso do sujeito ao conhecimento, situando-as no próprio conhecimento, através de uma analítica da verdade (PORTOCARRERO, 2011). O conhecimento científico se coloca então de maneira absolutamente necessária como conhecimento amoral. Ele implica uma disjunção entre ciência e consciência no sentido moral do termo (MORIN, 2007).

O sujeito de “cuidado de si” trata-se de um sujeito de ação, que se apropria de seu corpo através de práticas de cuidado, o qual configura um exercício da política, uma visão de mundo, uma reflexão por parte do sujeito de seu lugar e sua participação no mundo. Esta forma de cuidar-se remete o sujeito à reflexão sobre

seu modo de ser e agir, conferindo ao cuidado de si além de uma dimensão política, uma noção da ética como estética da existência (BUB, 2006).

Outros dois conceitos que colocam o indivíduo em ação em relação aos cuidados com a saúde, são os conceitos de autocuidado e autoatenção. O termo autocuidado foi mencionado pela primeira vez, em 1958, pela enfermeira Dorothea Elizabeth Orem, para se referir à ações orientadas por profissionais e executadas pelo paciente em prol de sua saúde e bem estar (SILVA et al., 2009). Autocuidado é um conceito “médico” que trata da adequação do paciente para incorporar os valores e as instruções da biomedicina (LANGDON, 2014, p. 1028). Trata-se de uma série de práticas que o sujeito é instruído a seguir em prol da recuperação de sua saúde e em busca de uma vida saudável. O autocuidado se concretiza através de práticas de cuidados orientadas por profissionais e executadas pela pessoa que se encontra adoecida para que tenha uma melhor qualidade de vida, saúde e bem-estar (BUB, 2006, p. 154).

O autocuidado está vinculado à biomedicina, a instauração de outro regime de controle, como prescrições de comportamento e medicamentos (FLEICHER, 2013). A noção de autocuidado se reduz ao biológico, não se atentam para as relações sociais e suas interferências emocionais. O indivíduo apenas deve seguir o que é sugerido pelos profissionais, e acabam controlando mais do que cuidando da própria saúde (FLEICHER, 2013), não deslocando o sujeito da sua condição de paciente.

Nesse sentido, a respeito do autocuidado podemos entender o que o entrevistado Cristiano (30 anos) diz quando questionado sobre a relação de autonomia dos usuários de plantas medicinais:

Um exemplo, na gastrite, você orientar a pessoa a fazer uso de 20 gotas de tintura de espinheira santa 3x ao dia. Ou recomendar que consumo 1 folha de bálsamo em jejum. Mas se você explicar para ela que a causa da gastrite é uma inflamação nos tecidos do sistema digestivo e orientá-la ao uso adequado dos alimentos e ervas para o seu biótipo, a tendência é que ela recupere sua saúde e não adoeca mais.

Dessa maneira, o uso de plantas medicinais pode levar a uma maior consciência sobre cuidado como relatam outros participantes: “*Existe sim uma percepção de ter maior controle dos procedimentos terapêuticos quando se usa plantas medicinais*” (Claudio, 59 anos). “*Um momento importante, onde usuário*

tira um tempo de sua vida para se cuidar. Além disso, a fitoterapia é uma prática terapêutica bastante efetiva e com menor ocorrência de reações adversas em relação à alopatia sintética” (Janaína, 57 anos). Estes são exemplos de orientações e práticas de autocuidado, quando um profissional prescreve uma prática que o paciente deve cumprir para cuidar da sua saúde, utilizando a lógica biomédica.

Na década de 1970, a noção de cuidado atribuído a um conjunto de procedimentos técnicos e orientados começa a ser questionado. Este período foi marcado por um movimento de mudança paradigmática na saúde em curso. Aconteceram diversos movimentos sociais, iniciativas e debates em prol de melhorias nas condições de saúde das populações, humanização e integralidade na saúde (LUZ, 2005; AYRES, 2004). Nesse mesmo período as autoridades públicas demonstram interesse pelas medicinas tradicionais e populares. Tal interesse deu-se pelo fato de que as Medicinas Tradicionais e as Práticas Integrativas carregam outra abordagem de cuidado, uma abordagem holística, aplicação terapêutica individualizada evocando sintomas subjetivos e experiências de vida que conectam os aspectos fisiológicos com os psicológicos, na compreensão do adoecimento, estímulo à autonomia e aumento da autoestima do paciente (SILVA et al., 2009), além de ser uma opção a mais de tratamento, possibilitando a pessoa escolher como quer se tratar.

O uso da fitoterapia é heterogêneo, pois ao mesmo tempo em que está presente fortemente nas medicinas tradicionais, também está na biomedicina e é de interesse científico. A fitoterapia tradicional é herdada de familiares, enraizada na cultura de determinada população, praticada por parteiras, benzedeiras, raizeiros que possuem forte vínculo com o usuário, faz parte da mesma comunidade e supre a falta do cuidado biomédico. Já a fitoterapia científica refere-se ao uso das plantas medicinais baseado em evidências científicas, que vão desde a identificação botânica até a produção industrial do medicamento fitoterápico. Essa fitoterapia é prescritiva e alinhada à biomedicina. Existe ainda a fitoterapia orientada por outras medicinas como a Medicina Tradicional Chinesa e a Ayurvédica que inclui saberes de diferentes medicinas que não a ocidental ou biomedicina. As medicinas Chinesa e a Ayurvédica também fortalecem a autonomia dos seus usuários, por fortalecerem o mecanismo de autocura e consciência do processo de saúde e doença (ANTÔNIO et al., 2013).

Por sua vez, autoatenção em saúde é entendida como todas as práticas que contribuem para assegurar a reprodução social das pessoas e dos grupos sociais. O conceito de autoatenção é o que mais se aproxima da concepção de cuidado das medicinas tradicionais e populares por compreender as escolhas por práticas de cuidado que vão desde prevenção de doenças, explicações do adoecer, alívio e cura dos sintomas que partem do indivíduo ou família (MENÉNDEZ, 2003). Para esse autor, autoatenção se relaciona com todos os recursos terapêuticos biomédicos de outras culturas, empregados na busca de prevenção, tratamento, controle, alívio e/ou cura de uma determinada enfermidade (MENÉNDEZ, 2003, p. 198). A autoatenção está relacionada ao significado que a população atribui as suas práticas de saúde. Essas práticas são utilizadas para diagnosticar, prevenir, aliviar e curar os problemas de saúde, muitas vezes sem a intervenção direta de curadores, usando como base os saberes transmitidos através de gerações (BADKE, 2017).

A autoatenção se difere do autocuidado por não haver, necessariamente, uma intervenção direta por parte de um médico, sendo uma prática de caráter mais autônomo e está ligado a todas as formas de autoatenção necessárias para assegurar a reprodução biossocial dos sujeitos e grupos no nível dos microgrupos, em especial do grupo doméstico (LANGDON, 2014, p. 1025).

A autoatenção tem uma relação com a fitoterapia tradicional, originárias de diferentes curadores, com suas próprias visões de mundo, aspectos seus saberes são herdados e atravessam gerações. Normalmente tem um vínculo com a falta de acesso ao cuidado biomédico. “A fitoterapia tradicional ocorre quando o uso de plantas é enraizado na cultura de uma população com identidade e longa tradição próprias” (ANTÔNIO et al., 2013, p. 622) Por essa razão reafirmamos a importância da continuidade da transmissão do conhecimento tradicional, com intuito de preservar as práticas de autoatenção no cuidado com a saúde. Em relação a esse aspectos um dos entrevistados relata que “*conhecer sobre seu remédio é um caminho para estar mais conectado com suas necessidades pessoais. Manuseá-lo, produzi-lo, cultivá-lo reforça isso*” (Cristiano, 30 anos).

O uso de plantas medicinais nos sistemas de saúde de diversos países e no Brasil tem o potencial de fomentar a retomada, ou mesmo a introdução, da experiência do cuidado. No caso das plantas, a autoatenção pode ser iniciada desde o cultivo e o conhecimento das plantas, até o preparo do remédio e sua

autoadministração. Sobre esta experiência os entrevistados da presente pesquisa relataram: *“quando você vê aquelas vovozinhas chegarem com mudas de plantas e diversas receitas de chás e diferentes remédios caseiros, você entende que o conhecimento delas é diferenciado sobre as plantas”* (Thiago, 28 anos); *“O uso de plantas medicinais pode promover em alguns casos a valorização desse conhecimento aos usuários, essa valorização faz com que o autocuidado e a autoatenção também apareça”* (Fabiana, 39 anos).

Badke *et al.* (2019), ao pesquisar sobre os significados que as pessoas atribuem à utilização de plantas nas práticas de autoatenção em situação de padecimento, identificaram que as experiências e práticas de cuidar de si e do outro, por meio das plantas permitem uma reprodução dos saberes ao longo das gerações e também das próprias identidades individuais e coletivas e que essa prática apresenta significados próprios, como ajudar os outros, cuidar da família e sensação de bem-estar. Outros autores que investigaram o uso de plantas como prática de autoatenção por agricultoras no RS, observou que a família é a principal transmissora dos saberes sobre os cuidados com a saúde, que atravessam gerações e que o uso de plantas medicinais é fundamental na prática de autoatenção dessa população (HERNANDES *et al.*, 2014).

Compreendemos que essa experiência pode levar a uma maior consciência e autonomia do ser humano em relação à sua saúde, entretanto nem sempre os programas de fitoterapia viabilizam a troca e transmissão do conhecimento que a população tem sobre o uso de plantas. Alguns programas que utilizam a farmácia viva, promovem oficinas para as comunidades, valorizam o conhecimento que esta comunidade tem sobre as plantas para produzir os medicamentos, ao mesmo tempo em que os profissionais da saúde levam conhecimentos sobre o uso correto e manipulação para que as pessoas façam uso com segurança (CARVALHO *et al.*, 2014, ANTUNES *et al.*, 2016).

Como vimos nos resultados colhidos durante a presente pesquisa, a ausência de uma lei que gere verba para esses programas inviabiliza a construção e a manutenção desses programas, além dos interesses políticos. Consequentemente, o número de farmácias viva tem diminuído nos últimos anos, em contrapartida aumentou a oferta dos fitoterápicos industrializados, em sua maioria, fabricados por produtores de medicamentos alopáticos e com espécies exóticas. Desta forma, os programas de fitoterapia no SUS se alinham as bases da

medicina moderna. Portanto, o conhecimento sobre o uso de plantas, a autonomia e autoatenção dos usuários não entram na prática destes programas. Petry e Júnior (2012), ao pesquisarem o uso de plantas na atenção básica no SUS em Três Passos (RS), identificaram que 97% dos usuários entrevistados gostariam de ter mais conhecimento sobre plantas medicinais e utilizam sob prescrição dos profissionais. Figueredo, Gurgel e Júnior (2014) analisaram as dificuldades e as perspectivas da implementação da fitoterapia no SUS e identificaram que a estruturação dos serviços se encontra nos moldes que favorecem o uso de medicamentos sintéticos. Além disso, a consciência e autonomia em relação ao uso de plantas aparece entre pessoas que dependem mais desta prática por falta de acesso aos medicamentos, vinculada a pobreza, estando a manutenção deste saber vinculado à uma distribuição espacial e socioeconômica desigual do acesso aos serviços de saúde. Nessa perspectiva, o entrevistado Thiago (28 anos) menciona que o conhecimento está associado a falta de atendimento médico.

dentro das favelas, dentro das comunidades, você tem postos, mas esses postos não conseguem atender a população e aí vem a história da vizinha que atende, do terreiro de macumba que atende, quem vai dar assistência a essas pessoas são muitas vezes a igreja universal o curandeiro....

Outros entrevistados reforçam essa visão ao relatar a experiência de trabalho em hospital público e em zona rural, respectivamente: *“você vê muito disso no serviço público, eu via muito lá no hospital quando receitava um remédio e não tinham lá para dar e o próprio paciente substituía por uma planta que ele tinha conhecimento e acesso”* (Alan, 65 anos); *“já trabalhei em área rural e o pessoal sabe mesmo, conhece tudo sobre as plantas que plantam e usam quando não tem acesso aos remédios e também para tratar os sintomas quando não conseguem consulta médica”* (Emanuel, 60 anos).

O conhecimento tradicional, quando não transmitido, não valorizado tende a ser esquecido e por isso as pessoas normalmente que vivem nos grandes centros, que não têm tantas dificuldades de acesso aos serviços biomédicos, que não têm o hábito de cultivar plantas e nem têm o conhecimento do uso correto das mesmas, ao tentar utilizar as plantas sem orientação, podem fazer de forma incorreta. *“uma coisa são as populações que vivem na Amazônia, os Ribeirinhas, a outra coisa são as pessoas que moram aqui no Rio tentarem usar chás sem saber se o uso que*

está fazendo é correto”(Pablo, 48 anos). Para quem vive em grandes centros, ainda enfrentam o desafio da compra segura de plantas medicinais. Muitas vezes, não sabem identificar a espécie e nem têm possibilidade e conhecimento de cultivo das mesmas. Alguns entrevistados chamam atenção para esse obstáculo: *“eu vejo por dois lados essa questão, as vezes temos dificuldade até de saber aonde comprar a erva e nem sabemos se a que vendem para nós nas feiras, por exemplo é a erva mesmo que você precisa ou se é uma parecida”* (Emanuel, 60 anos) *“acho que não é todo mundo que conhece de planta, além disso se vc não pode plantar você depende de comprar, eu mesma já ví vendendo planta errada na feira”* (Isa, 54 anos). Tais relatos reforçam a importância do vínculo das pessoas com o ecossistema em que vivem.

A inclusão do uso de plantas no SUS têm grandes possibilidades de fomentar a transmissão e a valorização do conhecimento tradicional, além de contribuir na fabricação de fitoterápicos e na estruturação de farmácias vivas. Esse último modelo apresenta mais possibilidade de transformar as práticas de cuidado, em decorrência de atuar de forma a promover o cultivo, a produção dos remédios caseiros, de fitoterápicos manipulados. Além disso, permite exercer suas atividades em comunidades e de forma mais alinhadas com as demandas dessa comunidade. Em outras palavras, significa dizer que é uma estratégia de aproximar a população do SUS com possibilidades mais efetivas de mudanças nas práticas de cuidado, reduzindo o protagonismo dos procedimentos biomédicos ou, pelo menos, ofertando outras possibilidades de tratamentos.

7

Considerações finais

A tese “A importância da integração de saberes tradicionais e científicos para as práticas de cuidado em fitoterapia no SUS” pretendeu avaliar os obstáculos encontrados no desenvolvimento da PNPMF. Nesse contexto, buscou compreender se a referida política contribuiu com a valorização dos saberes tradicionais, da biodiversidade brasileira, se houve redução de injustiças no acesso aos serviços de saúde expressos no território brasileiro e fomento para a indústria nacional de fitoterápicos.

O Brasil apresenta rica biodiversidade que contém inúmeras espécies vegetais com potencial medicinal associado ao saberes das populações tradicionais, em particular as localizadas nas áreas rurais. De um modo geral, essas populações têm acesso restrito aos demais serviços de saúde. Isso reforça ainda mais a importância de políticas públicas que fortaleçam essa prática através da integração entre o conhecimento tradicional e pesquisas científicas. Nesse aspecto, os princípios operacionais e doutrinários do SUS, como a divisão por áreas programáticas e territoriais e o princípio doutrinário de integralidade contribuem para a inclusão dessas práticas nas UBSs. A pesquisa possibilitou que todas as perguntas fossem respondidas, assim como permitiu o alcance dos objetivos propostos.

A maior limitação da pesquisa foi a impossibilidade de acompanhar o funcionamento dos programas de plantas medicinais em unidades de saúde, de ouvir os usuários desses programas e representantes das populações tradicionais, além do número mais restrito das entrevistas, em decorrência dos imprevistos já relatados anteriormente.

Discutimos durante o capítulo de resultados que a ausência de uma lei que gere orçamento próprio para que os programas de plantas medicinais e fitoterapia se desenvolvam no SUS, parece ser o maior obstáculo para o desenvolvimento desta política. As demais questões identificadas, tais como deficiente formação dos profissionais da saúde, compras de insumos e falta de interesse político, são secundárias à ausência de um financiamento específico para a PNPMF. Outro obstáculo importante são as normativas sanitárias que se mostram como um

desafio para desenvolvimento da indústria nacional neste setor, restringe o uso de espécies nativas e limitam a participação das populações e conhecimentos tradicionais ao dificultarem a comercialização de seus produtos. As mudanças proporcionadas pelas normativas sanitárias concentraram a produção de fitoterápicos em indústrias farmacêuticas especializadas na produção de alopáticos. Estas buscam apenas atender a demanda do mercado consumidor e para isso investem numa produção altamente tecnicista baseada em extratos secos e em formas farmacêuticas modernas com exclusão das nativas e com investimento nas exóticas.

As plantas medicinais operam por outras abordagens de cuidado e, por isso, podem ser concorrentes da indústria. Entretanto, o alinhamento entre a ciência e a indústria farmacêutica faz com que os fitoterápicos sejam atraentes como nicho de mercado nos últimos anos. A compra de empresas de fitoterápicos por transnacionais demonstram a importância desse mercado. Além disso, a análise dos fitoterápicos registrados na Anvisa, possibilitou identificar que grande parte das empresas não conseguiu renovar os seus registros, concentrando a maior parte delas na Região Sudeste, em particular no estado de São Paulo, embora as regiões norte e nordeste sejam muito ricas em biodiversidade. Tal fato demonstra a distribuição desigual da ciência e da tecnologia nos territórios.

O maior uso de espécies exóticas em relação as nativas na fabricação dos fitoterápicos foi outro resultado possibilitado por essa análise. O fitoterápico produzido a partir de *Ginkgo biloba*, espécie exótica de origem asiática, é o mais utilizado e prescrito no Brasil. Uma das razões são as instruções normativas que trazem a exigência de estudos clínicos para comprovar a segurança e eficácia das espécies. Outro fator que contribui para isso é a preferência dos médicos pelos fitoterápicos industrializados, por serem embalados e rotulados e assim, parecerem mais seguros e eficazes. É um modelo enraizado e difícil de ser transformado.

A carência em pesquisas científicas com as espécies nativas foi comprovada através da análise de informações disponíveis em bases de dados, que demonstrou a escassez de estudos relacionados à biodiversidade brasileira, além de mostrar o maior número de pesquisas e registros de patentes para espécies com maior interesse econômico. A pesquisa na plataforma Dataplant possibilitou

reforçar a importância do tempo de uso das espécies para a validação do conhecimento tradicional.

A análise das atas das reuniões do Comitê Gestor da PNPMF possibilitou identificar que a inclusão das populações tradicionais, assim como a valorização da biodiversidade brasileira, foram os temas mais abordados e de interesse e esforço do referido Comitê. Entretanto, a produção e comercialização de fitoterápicos por comunidades tradicionais são limitadas pela legislação para medicamentos. Assim, a forma como a fitoterapia vem se desenvolvendo no SUS, segue as mesmas bases da medicina moderna, de fragmentação, especialização e tratamento de sintomas. As plantas não são utilizadas dentro de um contexto de prevenção, de promoção da saúde, mas em substituição aos medicamentos alopáticos. Esse fator pode ser explicado pela questão da formação dos profissionais da saúde e da resistência de alguns profissionais a outra abordagem de cuidado. Se, por um lado, o uso de plantas permite maior autonomia e controle terapêutico aos usuários, por outro, muitos não estão preparados para lidar com essa autonomia por não terem conhecimento prévio sobre dosagens, cultivo e reconhecimento das espécies, fator que reforça a importância da transmissão dos conhecimentos tradicionais para essas práticas de cuidado. Além disso, a autonomia aparece aliada a falta de assistência médica e de recursos financeiros. O autocuidado, a autoatenção aparecem mais relacionadas ao uso e conhecimento das plantas medicinais, diferente dos fitoterápicos industrializados que parece seguir o mesmo padrão da medicina moderna.

Refletimos se a retomada e a institucionalização da prática do uso das plantas medicinais e dos fitoterápicos no sistema público de saúde, não seriam mais uma forma de alinhar os interesses do mercado à força e poder do Estado, deixando na sombra a valorização do conhecimento tradicional e popular, assim como os benefícios desta política pública para a população. Desta forma com base nos resultados da pesquisa, compreendemos a redução no número de farmácias vivas e o consecutivo aumento na distribuição de medicamentos fitoterápicos industrializados no SUS e ainda o domínio na fabricação dos fitoterápicos por multinacionais como consequência deste alinhamento.

Diante do panorama e dos caminhos que a PNPMF vem seguindo, a não valorização da cultura e herança regional e a unificação na fabricação de fitoterápicos industrializados pode ser fundamentada pela unificação das técnicas,

o que Santos (2001) chama de “motor único”, que permite ações igualmente globais, por intermédio de grandes produtores mundiais. Um único sistema técnico se superpõe aos outros sistemas precedentes, como um sistema técnico hegemônico. Assim, uma planta conhecida e utilizada por determinada cultura, que carrega além do potencial de cura símbolos e heranças geracionais, passa a ser substituída por espécie exótica que não tem nenhuma relação com aquele território, cujo fitoterápico é produzido em empresa multinacional e distribuído mundialmente. Essa estratégia induz o aumento no consumo de fitoterápicos industrializados em relação ao uso das plantas medicinais que poderiam ser produzidas em hortas comunitárias ou familiares, possibilitando a difusão do saber popular através de oficinas e encontros que incluíssem pessoas detentoras do conhecimento sobre o manejo, cultivo e uso das plantas, podendo esta atividade gerar renda para comunidades em situação de vulnerabilidade econômica, além de preservar o conhecimento tradicional. Entretanto, ações desta natureza não despertam interesses do mercado.

Os avanços da PNPMF e da PNPIC permitiram a inclusão no SUS de novas práticas e a possibilidade de oferta de abordagens diferentes da medicina moderna. No entanto, a hegemonia da biomedicina não permite que sejam praticadas em sua íntegra e transforma o uso de plantas e fitoterápicos em mais uma prática prescritiva da medicina moderna.

Em suma, com base nas análises acima, concluímos que para que haja uma integração dos saberes tradicionais e dos saberes científicos é preciso uma reorganização do território da Saúde, elaboradas através de adequações para essas formas de cuidado que operam com outros métodos e tecnologias. Uma das ações pode ser a inclusão de disciplinas como a fitoterapia e uso de plantas nas grades curriculares da medicina, por serem os médicos os maiores prescritores dentro da área da saúde, é importante que tenham um conhecimento prévio dessas práticas para que se sintam mais seguros. É comum, principalmente no Brasil, depoimentos de médicos e de outros profissionais da saúde, chamando Práticas Integrativas de pseudociência, justamente por não terem conhecimento, pelos fatores já discutidos no referencial teórico, do alinhamento da medicina, da ciência e do capital, começando com a retirada da homeopatia e da fitoterapia das grades curriculares dos cursos de medicina. A estrutura das organizações públicas

de saúde, como a Anvisa também operam apenas pela lógica da medicina moderna, e por isso, favorecem as empresas de medicamentos alopáticos.

O investimento em pesquisas de espécies nativas e o fomento à produção nacional de fitoterápicos podem criar uma identidade para o Brasil neste campo, reduzindo a dependência tecnológica neste setor. Ao seguir somente a lógica da medicina moderna, as populações tradicionais permanecem à margem desta política, por seus conhecimentos e produtos não oferecerem segurança para a saúde da população, justamente por operarem com métodos e tecnologias diferentes da medicina hegemônica.

Portanto, a presente pesquisa contribuiu com a análise da PNPMF, demonstrando os desafios encontrados neste setor e trouxe a importância de conceitos geográficos para a análise das desigualdades de acesso e produção de tecnologias médicas nos territórios, reforçando a importância do investimento na fitoterapia e na associação dos saberes que envolvem esta prática.

A História está repleta de pessoas que, como resultado do medo, ou por ignorância, ou por cobiça de poder, destruíram conhecimentos de imensurável valor que, em verdade, pertenciam a todos nós. Não devemos deixar isso acontecer de novo.

Carl Sagan

8

Referências

ALVES, Daian Péricles. **Implementação de conceitos de manufatura colaborativa: um projeto virtual**. 2008. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Engenharia Industrial Mecânica) – Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Curitiba, 2008.

ALHO, C. **Importância da Biodiversidade para a saúde humana: uma perspectiva ecológica**. Rev. estudos avançados, 26 (74), 2012.

ALMEIDA, M.Z **Plantas medicinais**. Editora da Universidade Federal da Bahia. ED UFBA, 2003

ANTÔNIO, G. D., TESSER, C. D., e MORETTI-PIRES, R. O. **Contribuições das plantas medicinais para o cuidado e a promoção da saúde na atenção primária**. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, 17, 615-633 2013

ANTUNES, R. M., CASSIANO, E. L., & VEROLA, C. F. **Farmácia Viva-como aprender a reconhecer as ervas medicinais**. 2016

ARRUDA, R. " **Populações tradicionais" e a proteção dos recursos naturais em unidades de conservação**. Ambiente & sociedade, p. 79-92, 1999.

ASSIS, M. M. A., & JESUS, W. L. A. D. **Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise**. Ciência & Saúde Coletiva, 17, 2865-2875. 2012

AYRES, J. R. D. C. M. **Cuidado e reconstrução das práticas de saúde**. Interface- Comunicação, Saúde, Educação, 8, 73-92. 2004.

AZEVEDO, E., & PELICIONI, M. C. F. **Práticas integrativas e complementares de desafios para a educação**. Trabalho, educacao e saude, 9(3), 361-378. 2011

BADKE.M.R. **Significado do uso de plantas em práticas de autoatenção em situações de padecimento** . Universidade federal de pelotas Faculdade de Enfermagem Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Pelotas, 2017

BARBOSA, M.A et al. **O Saber popular: Sua existência no meio universitário** Revista brasileira de enfermagem 57(6):715-9. Brasília, 2004.

BARROS, J. A. C. **Estratégias mercadológicas da indústria farmacêutica e o consumo de medicamentos**. Revista de Saúde Pública, 17, 377-386. 1983.

BERMUDEZ, J. A. Z **Remédios: saúde ou indústria? A produção de medicamentos no Brasil.** Monografia, Brasil. 1992

BICUDO Junior, E. C. **O circuito superior marginal: produção de medicamentos e o território brasileiro.** Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo, 2006.

BITTENCOURT, S.C. **Plantas Medicinais: Entre o conhecimento popular e o conhecimento científico: Estudo de caso de dois laboratórios de produção de fitoterápicos,** Universidade Federal de Santa Catarina. Dissertação de mestrado, Pós Graduação em Saúde Pública. 2001

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Estratégias da OMS para Medicinas Tradicionais. Ministério da Saúde. 2002

. _____.Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de atenção básica. **Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.** Brasília: Ministério da saúde, 2006.

._____. Secretaria de Atenção à saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares.** Brasília, Ministério da Saúde. 2006.

_____.Gabinete do ministro. PORTARIA Nº 886 **Institui a Farmácia Viva no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** 2010.

_____.Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria coletiva, RDC número 26. 2014. **2014**

._____.Gabinete do Ministro. Portaria nº 533, de 28 de março. **Estabelece o elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** 2012

._____. Cadernos de Atenção Básica. **Acolhimento a demanda espontânea, queixas mais comuns na atenção básica.** Ministério da saúde, Brasília 2012

. _____. Decreto n. 68.806, de 25 de junho de 1971. **Institui a Central de Medicamentos (CEME).** Diário Oficial da União, Brasília; 1971.

._____.Portaria Interministerial no 2.960, de 9/12/2008, aprova o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e cria o Comitê Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. 2008

_____.Lei nº 13.123, de 20 de maio de 2015. **Dispõe sobre o acesso ao patrimônio genético, sobre a proteção e o acesso ao conhecimento tradicional associado e sobre a repartição de benefícios para conservação e uso sustentável da biodiversidade.** CIVIL, C. Brasília 2015.

_____. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria coletiva, RDC número 26.** 2014

_____. **Gabinete do Ministro. Portaria nº 533, de 28 de março. Estabelece o elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** 2012

_____. **Cadernos de Atenção Básica. Acolhimento a demanda espontânea, queixas mais comuns na atenção básica.** Ministério da saúde, Brasília 2012

BÓBIO, N. Estado, Governo e sociedade : Para uma teoria Geral da Política. Editora Paz Terra, 2019

BUB, M. B; M, C; Silva, C.M; Wink, S; Liss, E. P; Santos, E, K. **A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem.** Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, SC. 2006.

CAMARGO, M. T. L. D. A. **A garrafada na medicina popular: uma revisão historiográfica.** Dominguezia, v. 27, p. 1, 2014

CALIXTO, J. B.; YUNES, R. A. **Plantas medicinais sob a ótica da química medicinal moderna: métodos de estudo, fitoterápicos e fitofármacos, biotecnologia, patente.** Chapecó SC: Argos Editora Universitaria 2001

CASTRO, M.A.B. **Interação entre ciência e religião em paracelso.** Revista opinião filosófica, porto alegre, V. 05; Nº. 01, 2014

CASTRO. M.R, FIGUEIREDO.F.F. **Saberes tradicionais, biodiversidade, práticas integrativas e complementares da saúde: o uso das plantas medicinais no SUS.** Hygeia-Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde, v. 15, n. 31, p. 56-70, 2019.

COUTINHO, L.M. **Biomass brasileiros.** Editora oficina de textos. São Paulo, 2016

CACCIA-BAVA, M. D. C. G., BERTONI, B. W., PEREIRA, A. M. S., & MARTINEZ, E. Z. (2017). **Disponibilidade de medicamentos fitoterápicos e plantas medicinais nas unidades de atenção básica do Estado de São Paulo: resultados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).** Ciência & Saúde Coletiva, 22, 1651-1659.

CAPA, N. **Alexander Fleming e a descoberta da penicilina.** J Bras Patol e Med Lab, 45(5). 2009

CARVALHO, A. C. D., LIMA, V. P., SOBREIRA, B. A., NASCIMENTO, W. D. M.

C., & LIRA, R. C. M. **Avaliação da prescrição de medicamentos fitoterápicos do projeto Farmácia Viva de Sobral**. In Anais do congresso sul-brasileiro de medicina de família e comunidade (Vol. 4, p. 130). 2014

CAVALAZZI ML. **Plantas medicinais na Atenção Primária em Saúde**. [dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2006

CZERESNIA, D., & DE FREITAS, C. M. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016

DIEGUES, A. C. et al. **Os saberes tradicionais e a biodiversidade no Brasil**. São paulo: Ministério do meio ambiente, dos recursos hídricos e da Amazônia legal/cobio- coordenadoria da biodiversidade/nupaub-núcleo de pesquisas sobre populações humanas e áreas úmidas brasileiras/universidade de São Paulo, 2000.

Diegues, A. C. S. A. **O mito moderno da natureza intocada** (Vol. 4). São Paulo: Hucitec. 2001

ELISABETSKY, E.; CASTILHOS, Z. C. **Plants Used as Analgesics by Amazonian Caboclos as a Basis for Selecting Plants for Investigation**. International Journal of Crude Drug Res., v. 28, n. 4, p. 309-320 1990.

FARIA, R. M., & BORTOLOZZI, A. **Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil**. *Raega-O Espaço Geográfico em Análise*, 17. 2009

FAHEL, M. **Desigualdades em saúde no Brasil: uma análise do acesso aos serviços de saúde por estratos ocupacionais**. In *Anais do Congresso Brasileiro de Sociologia*. Belo Horizonte: Sociedade Brasileira de Sociologia. 2007

FERNANDES, T.M. **Plantas medicinais: memória da ciência no Brasil**. Rio de Janeiro. Fiocruz. 2004

FERRAZ, D., & KRAICZYK, J. **Gênero e Políticas Públicas de Saúde—construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS**. Revista de Psicologia da UNESP, 9(1), 70-82. 2010

FERREIRA. L.O. **Entre discursos oficiais e vozes indígenas sobre gestação e parto no alto juruá: A emergência da medicina tradicional indígena no contexto de uma política pública**. Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina 2010

FERREIRA. L .L.C, ET AL. **Incentivo governamental para Arranjos Produtivos Locais no âmbito do SUS**. Revista Fitos, Rio de Janeiro, Supl, 1-126, 2017 | e-ISSN: 2446-4775

FERREIRA .F .G, CARNEIRO.M, FRANCO.Y.O, FRACETO.L.F. **Fármacos: Do desenvolvimento á retirada do mercado.** Revista eletrônica de Farmácia. 6(1). 2009

FLEISCHER, S. “O „grupo da pressão“: notas sobre as lógicas de „controle“ de doenças crônicas na Guariroba, Ceilândia/DF” *Amazônica- Revista de Antropologia*, v. 5, n. 2, p.452-477, 2014.

FIGUEIREDO, F. F. **A agenda político-ambiental no Brasil.** Revista Espaço Acadêmico, v. 18, p. 106-115, 2018.

FONSECA, A. Â. M., & Barbosa, S. R. C. **Justiça espacial e comarcas no estado da Bahia.** GeoTextos, 13(1).2017

FONSECA-KRUEL, V. S. D.; SILVA, I. M.; PINHEIRO, C. U. B. **O ensino acadêmico da etnobotânica no Brasil.** Rodriguésia, p. 97-106, 2005.

FONTENELE, R. P., SOUSA, D. M. P. D., CARVALHO, A. L. M., & OLIVEIRA, F. D. A. **Fitoterapia na Atenção Básica: olhares dos gestores e profissionais da Estratégia Saúde da Família de Teresina (PI), Brasil.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 18, 2385-2394.2013

FRANCULINO, Kleber Alves da Silva. Estratégias Produtivas e Tecnológicas das empresas da Indústria Farmacêutica do Brasil e da Índia: um exame a partir de indicadores aplicados aos fluxos de comércio exterior. **2015**

FREITAS, S. M. **A Saúde no Brasil: do descobrimento aos dias atuais.** São Paulo; INDHS. 2014

GANEM, R.S. **Conservação da biodiversidade: legislação e políticas públicas.** Edições Câmara, 2011

GONÇALVES, T. S. **A história paleoambiental da vegetação brasileira e seus apontamentos sobre a fitogeografia atual do brasil.** Humboldt-Revista de Geografia Física e Meio Ambiente, 1(1).. 2020

GRANJA, A. F., & VARELLA, M. D. **Acesso aos recursos genéticos, transferência de tecnologia e Bioprospecção.** Revista Brasileira de Política Internacional, 42(2), 81- 98. 1999

HAESBAERT, R. **Território e multiterritorialidade, um debate.** GEOgraphia número 17, Rio de Janeiro, 2007

HASENCLEVER, L., PARANHOS, J., COSTA, C. R., CUNHA, G., & VIEIRA, D. **A indústria de fitoterápicos brasileira: desafios e oportunidades.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 22, 2559-2569. 2017.

HENRY.J **A revolução científica e as origens da ciência moderna**. Editora Copyright Rio de Janeiro. 1997

HERNANDES, A. R. H., PIRIZ, M. A., BADKE, M. R., DE LIMA, C. A. B., & VAZ, M. **Plantas medicinais como prática de autoatenção por agricultoras do sul do R.S.** 2014

ILLICH, I.A **expropriação da saúde: Nêmeses da medicina**. Rio de Janeiro, RJ Nova Fronteira. 1978

JÚNIOR. H. A.S. **MODERNIDADE E TRADIÇÃO: aspectos de um debate sociológico sempre retomado**. Revista de Políticas Públicas, v. 9, n. 2, p. 19-40, 2015.

LANDER. E. **A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais perspectivas latino americanas**. Buenos Aires: Clacso. 2005

LANGDON, E.J. **Os diálogos da antropologia com a saúde: Contribuições para as políticas públicas**. Ciências e saúde coletiva, 2014

LEANDRO, J. A., SANTOS, F. L. **História da talidomida no Brasil a partir da mídia impressa (1959-1962)**. Saúde e Sociedade, 24, 991-1005. 2015

LÉDA. P.H **Etnobotânica aplicada às plantas medicinais como subsídio para a introdução de espécies nativas do bioma Amazônia no Sistema Único de Saúde de Oriximiná – Pará, Brasil**. Tese de doutorado. Universidade Federal do Pará. Programa de Pós Graduação em Biodiversidade e Biotecnologia da rede Bionorte. 2019.

LUZ, Madel T. **Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no Fim do Século XX**. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 15, 45- 176, 2005

Lucchese, G.. **Globalização e regulação sanitária: os rumos da vigilância sanitária no Brasil** .Doctoral dissertation. 2001

MARICONDA, P. R., & LACEY, H. **Galileu e a ciência moderna**. Cadernos de Ciências Humanas-Especiaria, 9(16), 267-292.2006

MATTA, G. C., MOROSINI, M. V. **Atenção à saúde**. In: PEREIRA, I. B. e LIMA, J. C. F. **Dicionário de Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 39-44

MATSUCHITA, H. L. P., & MATSUCHITA, A. S. P. **A Contextualização da Fitoterapia na Saúde Pública**. *Uniciências*, 19(1). 2015

MENENDEZ, E. L. **Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas.** México. *df ciência & saúde coletiva*, v 8, 185-207, 2018.

MITTERMEIER, RUSSELL A. et al. **Uma breve história da conservação da biodiversidade no Brasil.** *Megadiversidade*, v. 1, n. 1, p. 14-21, 2005.

MIRANDA, M. C. G., DE ARAÚJO ALMEIDA, B., ARAGÃO, E., & GUIMARÃES, J. M. **Política nacional de ciência, tecnologia e inovação em saúde e a necessidade de educação permanente.** *Revista Baiana de Saúde Pública*, 36(1), 82-82. 2012

MORIN, E. . **Ciencia con consciencia** . Barcelona: Anthropos. 1984

MONKEN, M, ET AL. **"O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente."** *Território, ambiente e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz 2008

NEWMAN, D. J.; CRAGG, G. M. **Natural Products as Sources of New Drugs from 1981 to 2014.** *Journal of Natural Products*, v. 79, p. 629-661, 2016.

OLIVEIRA, F. C. S., BARROS, R. F. M., & MOITA NETO, J. M. **Plantas medicinais utilizadas em comunidades rurais de Oeiras, semiárido piauiense.** *Revista Brasileira de Plantas Medicinais*, 12(3), 282-301, 2010.

OLIVEIRA BARBOSA, M., LEMOS, I. C. S., KERNTOPF, M. R., & FERNANDES, G. P.. **A Prática da Medicina Tradicional no Brasil: um resgate histórico dos tempos coloniais.** *Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde*, 65-77. 2016

OLIVEIRA. M.A, LUIZA.V.L, TAVARES.N.U, MERENGUES. S.S, ARRAIS.P.S, FARIAS.M.R, PIZZOL.T.D, RAMOS.L.R, BERTOLDI.A.D. **Acesso a medicamentos para doenças crônicas no Brasil, uma abordagem multidimensional** .Reverendo Saúde Publica. 2016

OLIVEIRA. L **A evolução da medicina no Brasil.** *Arquivos rio-grandenses de medicina*, v. 3, n. 10, p. 257-266, 1922.

PAULUS. A.J E CORDONI L. **Políticas públicas de saúde no Brasil. Espaço para a Saúde.** *Londrina*, v. 8, n. 1, p. 13-19, 2006.

PAIM. J **O que é o SUS.** Rio de Janeiro, Fiocruz, 2009

PAIM. J. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para compreensão e crítica.** Fiocruz, 2008

Paim, J. S. **Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos.** Ciência & Saúde Coletiva, 23, 1723-1728. 2018

PAIVA, C H , A (2014) Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: Notas sobre contextos e autores. P 15 -35 **História, Ciência e saúde, Manguinhos.** Rio de Janeiro

PAGLIOSA.F.L, DA ROS.M.A . **O relatório Flexner: para o bem e para o mal** Revista brasileira de educação médica. 2008

PENNA- FIRME.R.P. **Mercados “verdes” e a apropriação de terras para finalidades de conservação da natureza.** Ciência Geográfica - - Vol. 20p 109 a 118. Bauru .2015

PEREZ, Emília Pessoa. **A propósito da educação médica.** Rev. Bras. Saúde Mater. Infant., Recife, v. 4, n. 1, p. 9-11, Mar. 2004

PETRY, K., E ROMAN JÚNIOR, W. A.**Viabilidade de implantação de fitoterápicos e plantas medicinais no Sistema Único de Saúde (SUS) do município de Três Passos/RS.** Rev Bras Farm, 93(1), 60-7. 2012

PORTO; C.M PORTO, MBDSM. **A evolução do pensamento cosmológico e o nascimento da ciência moderna.** Revista Brasileira de Ensino de Física, v. 30, n. 4, p. 4601.1-4601.9, 2008.

PONTES, A. P. M. D., CESSO, R. G. D., OLIVEIRA, D. C. D., & GOMES, A. M. T. **O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os usuários?.** Escola Anna Nery, 13(3), 500-507. 2009

QUEIROZ, M. D. S. **O paradigma mecanicista da medicina ocidental moderna: uma perspectiva antropológica.** Revista de saúde pública, 20, 309-317, 1986.

RADAELLI, V. **A nova conformação setorial da indústria farmacêutica mundial: redesenho nas pesquisas e ingresso de novos atores.** Revista Brasileira de Inovação, 7(2), 445-482. 2008

RAINSFORD, K.D **Aspirina e drogas relacionadas.** CRC Press. 2004

SAAD, G.A. LÉDA. P. H, SÁ. I,M . SEIXLACK, C.A. **Fitoterapia contemporânea: tradição e ciência na prática.** Editora Guanabara koogan. 2021

SANTANA, P. **Introdução à geografia da saúde: território, saúde e bem-estar.** Imprensa da Universidade de Coimbra/Coimbra University Press. 2014

SANTILLI, J. . **A biodiversidade e as comunidades tradicionais.** Seria melhor ladrilhar, 167-179. 2002

SANTOS, M. **Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal.** São Paulo: Record, 2001

____E SILVEIRA. M.L. **O Brasil, território e sociedade no início do século XXI.** Editora Record , São Paulo, 2001.

____**A natureza do espaço: Técnica e tempo. Razão e emoção.** Editora da Universidade de São Paulo. 2006

SOUSA, I. M. C. D., & Tesser, C. D. **Medicina Tradicional e Complementar no Brasil: inserção no Sistema Único de Saúde e integração com a atenção primária.** Cadernos de Saúde Pública2017

SOUZA, M. L. **Espaço geográfico, espaço social. Organização do espaço e espaço social.** In: Os conceitos fundamentais da pesquisa socioespacial. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2013.

STADEN. H. **Duas viagens ao Brasil: primeiros registros sobre o Brasil.** Porto Alegre: L&PM Pocket, 2010

SILVA, T. R. D. **Geograficidade, percepção e saberes tradicionais dos pescadores do lago Guaíba, Porto Alegre. RS.** Dissertação de mestrado. Programa de Pós Graduação em Geografia, UFRS. 2007

SOMBRA, A.C. **APL-volta redonda, uma abordagem regional dos aspectos etnobotânicos, agroecológicos e serviços relacionados à fitoterapia. Monografia (Especialização) – Instituto de Tecnologia em Fármacos – Farmanguinhos, Pós- graduação em Gestão da Inovação de Medicamentos da Biodiversidade na modalidade EAD, 2016.**

PAGLIOSA.F.L, DA ROS.M.A : **O relatório Flexner: para o bem e para o mal** Revista brasileira de educação médica. 2008

PAIVA. H.A. 2020 **Pandemia evidencia desigualdade e dificuldade de acesso à saúde nos Estados Unidos** - Extra Classe

PONTES, A. P. M. D., Cesso, R. G. D., Oliveira, D. C. D., & Gomes, A. M. T .**O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os usuários?.** Escola Anna Nery, 13(3), 500-507.2009

RADAELLI, V. **A nova conformação setorial da indústria farmacêutica mundial: redesenho nas pesquisas e ingresso de novos atores.** Revista Brasileira de Inovação, 7(2), 445-482. 2008

RAYMUNDO, G. M.C. **Os princípios da modernidade nas práticas educativas dos jesuítas.** 143 p. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual de Maringá. 1998

RIBEIRO, Luis Henrique Leandro et al. **Território e macrossistema de saúde: os programas de fitoterapia no Sistema Único de Saúde (SUS).** Tese de doutorado, Universidade Federal de Campinas. 2015

RIBEIRO, L. H. **Análise dos programas de plantas medicinais e fitoterápicos no Sistema Único de Saúde (SUS) sob a perspectiva territorial** Ciência & Saúde Coletiva. 2019.

SERAPIONI, M. (2000). **Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 187- 192.

Tabarelli, M., AGUIAR, A. V., Ribeiro, M.C., & METZGER, J. P. **A conversão da floresta atlântica em paisagens antrópicas: lições para a conservação da diversidade biológica das florestas tropicais.** *Interciencia*, 37(2), 88-92. 2012

TORRES, N A. **Patentes como instrumento de aumento da dependência tecnológica e econômica: estudo da indústria farmacêutica.** Revista de Administração de Empresas, v. 23, n. 3, p. 41-56, 1983.

TORRES. K.R. **Os arranjos produtivos locais (APLs) no contexto da implementação da Política e do Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.** Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013

TRAVASSOS. C. O, VIACAVAL. X F. **Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 11, 975-986. 2006

VEIGA, J.B. **Etnobotânica e etnomedicina na Reserva de Desenvolvimento Sustentável do Tupé, baixo rio Negro: plantas antimaláricas, conhecimentos e percepções associadas ao uso e à doença.** 154p. Tese (Doutorado em Botânica) - Instituto Nacional de Pesquisas da Amazônia/Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2011.

WAYLAND, C. **The Failure of Pharmaceuticals and the Power of Plants: Medicinal Discourse as A Critique of Modernity in the Amazon.** *Social Science & Medicine* v. 58, p. 2409–2419, 2004

9.1

Aprovação comitê de ética: Plataforma Brasil

9.1

Aprovação comitê de ética: Plataforma Brasil

[illegible]

19:02

Portal do Governo Brasileiro

Plataforma Brasil

Público **Pesquisador** **Alterar Meus Dados**

Marta Rocha de Castro - Pesquisador | V3.2

Sua sessão expira em: 39min 30s

DETALHAR PROJETO DE PESQUISA

DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O uso de plantas medicinais, saberes populares e o autocuidado no Sistema Único de Saúde.
Pesquisador Responsável: Marta Rocha de Castro
Área Temática:
Versão: 3
CAAE: 20457719.5.0000.5279
Submetido em: 14/11/2019
Instituição Proponente: FACULDADES CATÓLICAS
Situação da Versão do Projeto: Aprovado
Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Comprovante de Recepção: PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_1377067

DOCUMENTOS DO PROJETO DE PESQUISA

Versão Atual Aprovada (PO) - Versão 3

Pendência de Parecer (PO) - Versão 3

Documentos do Projeto

Comprovante de Recepção - Submissão

Cronograma - Submissão 3

Folha de Rosto - Submissão 3

Informações Básicas do Projeto - Subm

Orçamento - Submissão 3

Outros - Submissão 3




Projeto Detalhado / Brochura Investigaç

TCLE / Termos de Assentimento / Justi

Apreciação 3 - Secretaria Municipal de Saú

Projeto Completo

LISTA DE APECIAÇÕES DO PROJETO

Apreciação *	Pesquisador Responsável *	Versão *	Submissão *	Modificação *	Situação *	Exclusiva do Centro Coord. *	Ações
PO	Marta Rocha de Castro	3	14/11/2019	03/12/2019	Aprovado	Não	  

HISTÓRICO DE TRAMITES

Apreciação	Data/Hora	Tipo Trâmite	Versão	Perfil	Origem	Destino	Informações
PO	03/12/2019 15:12:03	Parecer liberado	3	Coordenador	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro - SMS/RJ	PESQUISADOR	
PO	03/12/2019 15:04:27	Parecer do colegiado emitido	3	Coordenador	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro - SMS/RJ	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro - SMS/RJ	
PO	27/11/2019 10:54:42	Parecer do relator emitido	3	Coordenador	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro - SMS/RJ	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro - SMS/RJ	
PO	26/11/2019 11:34:05	Aceitação de Elaboração de Relatoria	3	Coordenador	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro - SMS/RJ	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro - SMS/RJ	
PO	21/11/2019 15:28:30	Confirmação de Indicação de Relatoria	3	Coordenador	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro - SMS/RJ	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro - SMS/RJ	
PO	21/11/2019 15:19:27	Indicação de Relatoria	3	Coordenador	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro - SMS/RJ	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro - SMS/RJ	
PO	21/11/2019 15:19:12	Aceitação do PP	3	Coordenador	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro - SMS/RJ	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro - SMS/RJ	
PO	14/11/2019 10:58:04	Submetido para avaliação do CEP	3	Pesquisador Principal	PESQUISADOR	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro - SMS/RJ	
PO	06/11/2019 08:05:32	Parecer liberado	2	Coordenador	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro - SMS/RJ	PESQUISADOR	
PO	05/11/2019 14:37:11	Parecer do colegiado emitido	2	Coordenador	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro - SMS/RJ	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro - SMS/RJ	

Ocorrência 1 a 10 de 25 registro(s)

LEGENDA:

(*) Apreciação

PO = Projeto Original de Centro Coordenador
 E = Emenda de Centro Coordenador
 N = Notificação de Centro Coordenador

POp = Projeto Original de Centro Participante
 Ep = Emenda de Centro Participante
 Np = Notificação de Centro Participante

POc = Projeto Original de Centro Coparticipante
 Ec = Emenda de Centro Coparticipante
 Nc = Notificação de Centro Coparticipante

(*) Formação do CAAE

Ano de submissão do Projeto

Tipo do centro

Código do Comitê que está analisando o projeto

Sequencial para todos os Projetos submetidos para apreciação

Dígito verificador

Sequencial, quando enviado pelo(a) Centro(s) Participante(s) ou Coparticipante(s)

Voltar

9.2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A pesquisadora, Marta Rocha de Castro, discente do curso de doutorado no Programa de Pós-Graduação em Geografia da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RJ) está conduzindo uma pesquisa sobre a inclusão das plantas medicinais no SUS e gostaria de convidar você a ser um participante dessa pesquisa.

Para a realização deste estudo, a coleta dos dados se fará através de entrevistas individuais, a serem realizada em data, horário e local previamente acordado entre a pesquisadora e cada entrevistado, com privacidade. Esta entrevista consiste basicamente de uma conversa, em que serão feitas algumas perguntas norteadoras, que você responderá de acordo com suas experiências profissionais, preferências por práticas e cuidados com a saúde, experiências de tratamentos, não havendo, portanto, respostas certas ou erradas. Você tem pleno direito de não responder a uma ou mais perguntas se não desejar, assim como de interromper a entrevista a qualquer momento, caso queira, sem quaisquer prejuízos.

É necessário fazer um registro desta conversa, para análise posterior, registro esse que se dará através de gravações em áudio prioritariamente, podendo ser complementado por meio de anotações escritas pela pesquisadora. Garante-se que o uso dos dados coletados é sigiloso, sendo o acesso restrito à pesquisadora e seu professor orientador, exclusivamente (os arquivos de áudio serão destruídos após serem transcritos, e as transcrições serão armazenadas em nosso banco de dados, protegido com senha). Os nomes dos entrevistados serão alterados quando da divulgação da pesquisa, assim como serão omitidos quaisquer dados mais específicos que possam vir a identificá-lo.

O único possível risco que você teria com a participação nesta pesquisa é o de eventualmente vir a se recordar e falar a respeito de situações difíceis em sua história pessoal, mas como já explicado não é necessário falar de nenhum assunto no qual porventura não deseje tocar. Por outro lado, um possível benefício para você é precisamente ter a oportunidade de uma reflexão, estimulada pela entrevista, acerca de suas próprias experiências. Outro benefício possível é o de poder contribuir para um bom funcionamento do programa de plantas medicinais no SUS, que é o objetivo desta pesquisa.

Informamos que duas vias do Termo serão assinadas pelo pesquisador e pelo participante e esclarecer sobre a posse das mesmas: quando assinadas, uma ficará de posse do participante e a outra da pesquisadora.

A pesquisa de campo só será iniciada após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de ética da PUC- RJ e após a autorização do comitê de ética e pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

É possível que a pesquisadora necessite entrar em contato com você posteriormente, para eventuais esclarecimentos adicionais, por telefone ou endereço eletrônico. Você também pode fazer o mesmo, caso necessário. Abaixo, seguem os dados de contato da pesquisadora.

Pesquisadora: Marta Rocha de Castro

E-mail: martaroachaacupuntura@gmail.com

Telefone: (21) 9 8166 1967

Orientador da pesquisa: Rodrigo Penna – Firme

e- mail: rodrigopennafirme@gmail.com

Telefone: (21) 999738949

Comitê de ética e pesquisa- PUC- RJ

Rua Marquês de São Vicente, 225, Edifício Kennedy, Rio de Janeiro, RJ. Fone (21) 3527168

Comitê de ética e pesquisa Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

Rua: Evaristo da Veiga, 16 - 4º andar - Centro - RJ CEP: 20031-040

Telefone: 2215-1485

E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

Todas as informações necessárias para o entendimento da pesquisa proposta foram fornecidas pelo pesquisador e compreendidas pelo participante voluntário que, portanto, aceita participar da pesquisa.

Nome Completo - Legível

Assinatura

9.3

Roteiro de entrevista semi- estruturada

Nome:

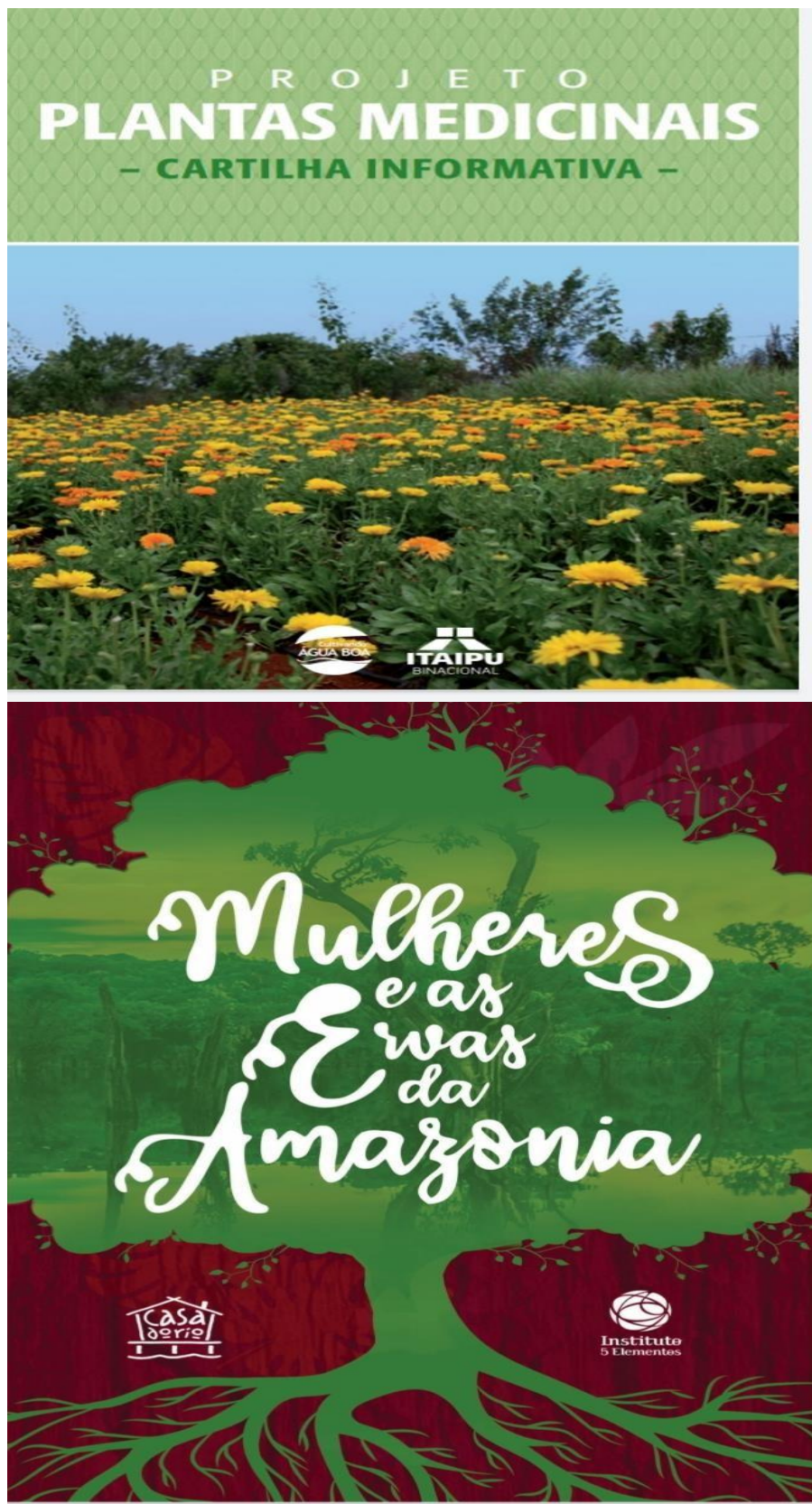
Idade:

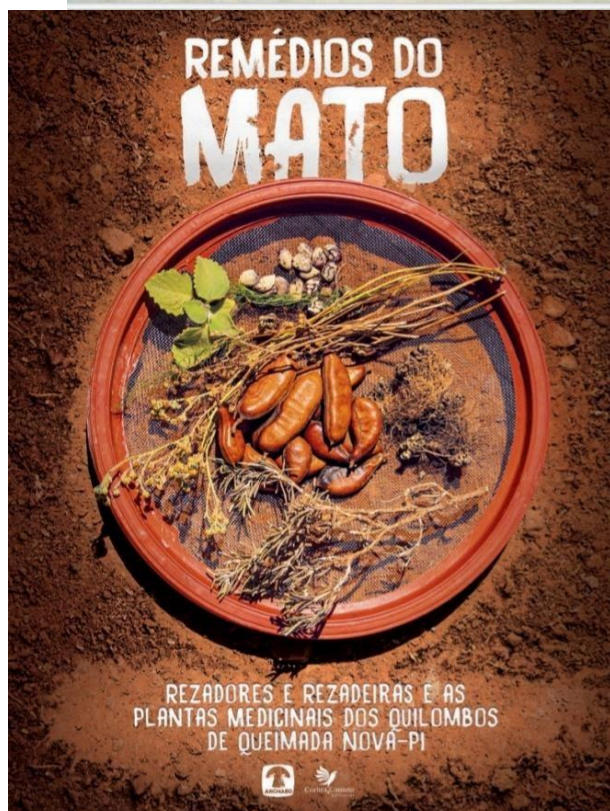
Qual a sua formação profissional?

1. Como despertou o seu interesse nas práticas integrativas e complementares?
2. Trabalha com alguma delas?
3. Você já participou de algum programa do SUS com fitoterapia e plantas medicinais? Como foi a sua experiência?
4. Qual a sua percepção sobre a relação do uso das plantas e a consciência pela preservação do meio ambiente?
5. Na sua percepção o que motivou a inclusão do uso das plantas medicinais e dos fitoterápicos no SUS?
6. O que você sabe sobre a criação e o desenvolvimento desses programas em unidades de saúde? Como você avalia o desenvolvimento desses programas no SUS?
7. Quais os principais obstáculos para o desenvolvimento do programa?
8. Como você analisa a relação do uso das plantas medicinais com o autocuidado e autoatenção dos usuários?
9. Qual a sua maior crítica ao modelo biomédico?
10. Qual a sua percepção sobre a relação da indústria farmacêutica com o desenvolvimento do programa de plantas medicinais e dos fitoterápicos?
11. Como você avalia a atuação da ANVISA na produção de fitoterápicos e uso de plantas?
12. Como você avalia a participação e os direitos das comunidades tradicionais em todo o processo da PNPMF?
13. Na sua experiência quais as principais diferenças relacionadas a saúde você percebe ou pode perceber entre os usuários de plantas medicinais e os pacientes que utilizam mais remédios alopáticos?
14. Quais os profissionais da saúde você acha que devem atuar na orientação sobre o uso das plantas e fitoterápicos?

9.4

Cartilhas populares utilizadas na pesquisa





9.5







Artigos publicados durante a escrita da tese








Fábio Fonseca Figueiredo

DOI:

<https://doi.org/10.14393/Hygeia1531460>

12:23    ...   

  revistes.ub.edu/inde  37 

 **Ar@cne**
Revista Electrónica de Recursos en Internet sobre Geografía y Ciencias Sociales
Universitat de Barcelona

INICIO ACERCA DE INICIAR SESIÓN REGISTRARSE BUSCAR ACTUAL ARCHIVOS
ESTADÍSTICAS INDEXACIÓN ENVIAR ARTÍCULO

Inicio > Vol. 24 (2020) > Castro

240. Estudos e pesquisas sobre o uso de plantas medicinais e fitoterápicas no Brasil: caminhos e desafios

Marta Rocha de Castro, Fábio Fonseca Figueiredo

Resumen

A medicina tradicional e popular é uma prática secular realizada pelos povos autóctones e outras populações tradicionais. Esse saber popular foi repassado oralmente de uma geração a outra. No final da década de 1970, as organizações internacionais de saúde passaram a se interessar por essa forma de cuidado e atenção e, então, ocorreu a institucionalização das medicinas alternativas e complementares e, dentre elas, o uso de plantas medicinais e fitoterápicas. Com o objetivo de contribuir com o debate contemporâneo sobre o tema, o texto traz uma reflexão sobre a trajetória do uso de plantas medicinais e fitoterápicas como forma de cuidado com a saúde no Brasil. O presente artigo apresenta algumas páginas eletrônicas brasileiras sobre o tema bem como recomenda alguns portais hospedados fora do país.

Palabras clave




Fitoterápicas; Geografía da saúde; Medicina tradicional; Sistema Único de Saúde

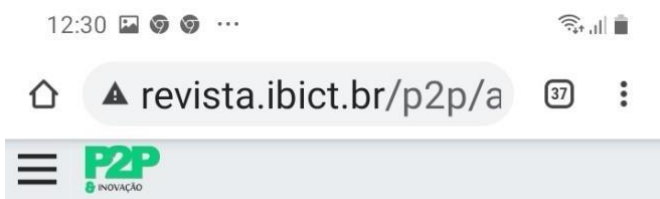
Texto completo:

[PDF](#)

DOI: <https://doi.org/10.1344/ara2020.240.30986>

Copyright (c) 2020 Ar@cne. Revista de Recursos



Início / Arquivados /
v. 7 (2020): Edição Especial A pandemia por COVID-19:
desafios e oportunidades
/
Artigos

A contribuição da Geografia Médica e da Saúde na pandemia do COVID 19

uma reflexão sobre a cidade do Rio
de Janeiro

Marta Rocha de Castro

Pontifícia Universidade Católica do Rio
de Janeiro (PUC-Rio)

DOI:

<https://doi.org/10.21721/p2p.2020v7n1.240>

Palavras-chave: Geografia da saúde,
Coronavírus, Rio de Janeiro, Brasil

Resumo

Aprovado pela Revista Fitos elaborado a partir do capítulo 6.2

