



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
INSTITUTO DE GEOCIÊNCIAS**

**TERRITÓRIO E MACROSSISTEMA DE SAÚDE:
*OS PROGRAMAS DE FITOTERAPIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)***

LUIS HENRIQUE LEANDRO RIBEIRO

**CAMPINAS
2015**



NÚMERO: 269/2015
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
INSTITUTO DE GEOCIÊNCIAS

LUIS HENRIQUE LEANDRO RIBEIRO

**TERRITÓRIO E MACROSSISTEMA DE SAÚDE:
OS PROGRAMAS DE FITOTERAPIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)**

TESE DE DOUTORADO APRESENTADA AO INSTITUTO DE
GEOCIÊNCIAS DA UNICAMP PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO
DE DOUTOR EM GEOGRAFIA NA ÁREA DE ANÁLISE
AMBIENTAL E DINÂMICA TERRITORIAL

ORIENTADOR: PROF. DR. MÁRCIO ANTONIO CATAIA

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA
TESE DEFENDIDA POR LUIS HENRIQUE LEANDRO
RIBEIRO ORIENTADA PELO PROF. DR. MÁRCIO ANTONIO
CATAIA.

A handwritten signature in blue ink, written over a horizontal line. The signature is stylized and appears to be "Luis Henrique Leandro Ribeiro".

CAMPINAS
2015

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca do Instituto de Geociências
Márcia A. Schenfel Baena - CRB 8/3655

R354t Ribeiro, Luis Henrique Leandro, 1978-
Território e macrossistema de saúde : os programas de fitoterapia no Sistema Único de Saúde (SUS) / Luis Henrique Leandro Ribeiro. – Campinas, SP : [s.n.], 2015.

Orientador: Marcio Antonio Cataia.
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Geociências.

1. Território nacional. 2. Sistema Único de Saúde - Brasil. 3. Políticas públicas. 4. Plantas medicinais. I. Cataia, Marcio Antonio, 1962-. II. Universidade Estadual de Campinas. Instituto de Geociências. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Territory and health large technological system : the phytotherapy programs in the Unified Health System (Sistema Único de Saúde)

Palavras-chave em inglês:

National territory

Unified Health System - Brazil

Public policy

Medicinal plants

Área de concentração: Análise Ambiental e Dinâmica Territorial

Titulação: Doutor em Geografia

Banca examinadora:

Marcio Antonio Cataia [Orientador]

Catia Antonia da Silva

Nelson Ibañez

Raul Borges Guimarães

Fabício Gallo

Data de defesa: 26-06-2015

Programa de Pós-Graduação: Geografia



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
INSTITUTO DE GEOCIÊNCIAS
PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA
ÁREA DE ANÁLISE AMBIENTAL E DINÂMICA TERRITORIAL

AUTOR: Luis Henrique Leandro Ribeiro

“Território e macrossistema de saúde: os programas de fitoterapia no Sistema Único de Saúde (SUS).”

ORIENTADOR: Prof. Dr. Márcio Antonio Cataia

Aprovado em: 26 / 06 / 2015

EXAMINADORES:

Prof. Dr. Márcio Antonio Cataia - Presidente

Profa. Dra. Catia Antonia da Silva

Prof. Dr. Nelson Ibañez

Prof. Dr. Raul Borges Guimarães

Prof. Dr. Fabricio Gallo

Handwritten signatures of the examiners: Márcio Antonio Cataia, Catia Antonia da Silva, Nelson Ibañez, Raul Borges Guimarães, and Fabricio Gallo.

Campinas, 26 de junho de 2015

Agradecimentos

Esse trabalho só foi possível graças ao apoio, colaboração e inspiração recebidos e empenhados por muitas pessoas nos últimos anos, uma vibrante e zelosa contribuição.

Agradeço, primeiramente, ao meu orientador, Professor Dr. Márcio Cataia, muito considerado mestre, pela confiança, paciência, talento e disposição. Inteligência e sagacidade com que nos ensina que a ciência geográfica é um artesanato intelectual.

À Professora Ana Luiza d'Ávila Viana que ao me receber no grupo de pesquisa “Saúde, Desenvolvimento e Território”, em 2009, tornou possível meu retorno aos estudos e pesquisas, obrigado por todo apoio, consideração e aprendizado.

Agradeço aos professores que participaram da banca de qualificação cujos apontamentos e sugestões muito contribuíram ao trabalho aqui apresentado: ao Professor Dr. Rubens de Toledo Júnior da Universidade Federal da Integração Latino-Americana; e ao Professor Dr. Nelson Ibañez da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, com quem aprendo muito sobre medicina, saúde e a vida.

Sou grato aos professores Dr. Ricardo Castillo, Dra. Adriana Bernardes e Dr. Vicente Eudes Lemos Alves do Instituto de Geociências da Universidade Estadual de Campinas. E ao Professor Dr. Alain Gras do Centre d'Études des Techniques des Connaissances et des Pratiques (Université Paris I, Panthéon-Sorbonne) pelas correspondências eletrônicas e pelas bibliografias presenteadas.

À Professora Dra. Maria Adélia Aparecida de Souza, sempre. E aos mestres, em memória, Professora Ana Clara Torres Ribeiro, grande inspiração, e ao Professor Milton Santos, cuja obra nos ensina compreensão e compromisso com o território usado por todos os homens.

Muito obrigado aos companheiros de trabalho nesses anos todos com os quais aprendo bastante, nos quais muita inspiração tenho e dos quais muita força e apoio recebi. Ao Guilherme Arantes Melo, Hudson Pacífico da Silva, Élide Guimarães e Maria Luiza Levi Pahim. E a todos os amigos do grupo de pesquisa “Federação e território usado. Política e dinâmica econômica dos lugares”: Clayton Luiz da Silva, Fabrício Gallo, Silvana Cristina da Silva, Diego Salomão Salvador, Carlos Eduardo Nobre, Mariana Traldi, Lívia Antipon, Luciano Duarte Silva, Renan Lelis Gomes, Greiziane Araújo Queiroz, Ana Carolina Torelli Marquezini, André Rodrigo Farias, Isabela Fajardo, André Lopes de Souza, Diogo Negrão e, em particular, ao Rodrigo Fernandes Silva pela ajuda cartográfica e ao Fábio Tozi e à Ana Paula Mestre pelas leituras e críticas às primeiras versões do trabalho, muito obrigado. E ao apoio dos amigos: Alcides Manzoni Neto, André Pasti, Cristiano Nunes Alves, Fabíola Lana Iozzi, Mait Bertollo, Marcel Petrocino Esteves, Marina Castro de Almeida, Pablo Ibañez, Samuel Frederico e Virna Carvalho David.

À receptividade e grande ajuda do Thiago Pires e Daniel Amado do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, da Katia Torres do Departamento de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde e da Ana Cecília Bezerra Carvalho da Coordenação de Fitoterápicos e Dinamizados da Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

Agradeço às equipes e profissionais dos órgãos federais e das secretarias estaduais e municipais que me receberam nos trabalhos de campo realizados. Em especial à Marli Ribeiro da Farmácia Municipal de Manipulação Botica Família, do programa de fitoterapia de Campinas-SP, e à Heloisa Pimentel (médica da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas) e à Alóide Ladeia Guimarães do Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde, onde todo o trabalho a seguir começou.

Aos representantes do Núcleo de Fitoterápicos da Coordenadoria da Assistência Farmacêutica da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, do Comitê Estadual de Fitoterapia do Ceará, do Comitê Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e à Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (Embrapa Amazônia Oriental).

Obrigado às extraordinárias e aguerridas equipes dos programas de fitoterapia no Sistema Único de Saúde (SUS) pelas entrevistas, relatos e todo aprendizado e hospitalidade: Projeto Plantando Saúde na Bela Vista (São Paulo-SP), Curso de Plantas Medicinais da Prefeitura Municipal de São Paulo, Programa Municipal de Fitoterapia de São Paulo-SP, Programa Fitoterápico Farmácia Viva no SUS de Betim-MG, Projeto Plantas Medicinais do Programa Cultivando Água Boa da Itaipu Binacional, Centro de Medicina Alternativa do Hospital Regional de Planaltina-DF, Laboratório de Fitoterápicos de Riacho Fundo-DF, Hospital de Medicina Alternativa (Goiás), Programa Municipal Fitoviva de Cuiabá-MT, Programa Estadual de Plantas Medicinais e Fitoterápicos Fitoplama (MT), Horto e Laboratório de Fitoterapia do Instituto Agrônomo de Pernambuco, Programa Municipal de Fitoterapia de Brejo da Madre de Deus-PE, Programa Farmácia Viva de Fortaleza-CE, Horto de Plantas Medicinais Professor Francisco de Abreu Matos da Universidade Federal do Ceará, Programa Municipal Farmácia Viva de Maracanaú-CE, Programa Estadual de Plantas Medicinais e Fitoterápicos FarmaViva do Pará e Farmácia Nativa do Programa Municipal de Fitoterapia de Belém-PA.

Aos professores e pesquisadores da Universidade Anhanguera Uniban, Universidade Paranaense, Laboratório de Farmacognosia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, Laboratório de Farmacologia Programa Etno-Fitos da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Mato Grosso, do Laboratório de Biofísica Química da Universidade Federal de Pernambuco e do Instituto de Ciências Agrárias da Universidade Federal Rural da Amazônia.

Aos batalhadores incansáveis da Produtores Associados para Desenvolvimento de Tecnologias Sustentáveis (Sustentec), Centro Popular de Saúde Yanten, Cooperativa Gran-Lago de Pequenos Produtores Rurais, Centro de Tecnologia e Agroecologia de Pequenos Agricultores da Unidade Agroextrativista Vereda dos Buritis (Agrotec), Coordenação Diocesana da Pastoral da Saúde de Goiás, Casa de Agricultura Familiar Dom Tomás Balduino, Articulação Pacari, Associação dos Técnicos em Ervas e Plantas Medicinais Aromáticas e Alimentares (Ateplama), Centro Nordeste de Medicina Popular (CNMP), Centro de Saúde Alternativa de Muribeca (Cesam) e Associação Ver-as-Ervas (Associação das Erveiras e dos Erveiros do Mercado Ver-o-Peso).

Ao Arnaldo Marcolino da Silva Filho, Coordenador Nacional de Plenária do Conselho Estadual de Saúde (SP) e integrante da Rede Nacional de Controle Social e Saúde da População Negra, que nos ensina que o SUS é um projeto de país, um chamado e um convite à mudança de comportamento para poder compreendê-lo.

Ao Celerino Carriconde do Centro Nordestino de Medicina Popular, muito distinto, mestre na arte de cuidar a vida e de inquietar o mundo. E, em memória, ao idealizador do projeto Farmácias Vivas, Professor Francisco de Abreu Matos, e seu legado de amor às plantas medicinais e aos homens que fazem uso delas.

Aos amigos e familiares, especialmente à minha querida mãe Neusa Olivero Ribeiro, à Sani Leandro Ribeiro e à Elisa Vercesi de Albuquerque, por toda a ajuda, apoio e pela compreensão quanto às ausências e ao pensamento à flor da pele.

À Equipe da Secretaria de Pós-Graduação do Instituto de Geociências da Unicamp, em especial à querida Valdirene Pinotti, e à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Geografia.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), pela bolsa inicial de mestrado e à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp) pelas bolsas de pesquisa de mestrado e doutorado concedidas nos últimos anos, em particular à equipe de suporte e apoio técnico e ao(s) parecerista(s) que avaliaram todas as etapas das bolsas de pesquisa concedidas.

E um agradecimento muito especial ao amor da minha vida e companheira intelectual, Mariana Vercesi de Albuquerque, sem a qual esse trabalho não teria sido nem imaginado e tampouco realizado.

Só se pode aceitar a vida sob a condição de ser grande, de se sentir na origem dos fenômenos, pelo menos de um certo número deles. Sem potência de expansão, sem uma certa dominação sobre as coisas, a vida é indefensável.

(Antonin Artaud, “Lettre à la voyante”, in *La révolution surréaliste*, 1º de dezembro de 1926, *apud* CANGUILHEM, Georges, 2005, p. 44).

A partir do momento em que elas se põem em luta, elas assumem sua vida. E isso é ter saúde. Saúde pra gente é a capacidade de lutar contra tudo que nos oprime, inclusive a doença. Mas é também lutar contra o latifúndio, o agronegócio. (ROCHA, André, 2010).

De modo geral, quer me parecer que o homem contemporâneo está mais escravizado aos remédios do que às enfermidades. [...] Estou confuso e difuso, e não sei se joga pela janela os remédios que médicos, balconistas de farmácia e amigos dedicados me receitaram, ou se aumento o sortimento deles com a aquisição de outras fórmulas que forem aparecendo, enquanto o Ministério da Saúde não as desaconselhar, e não sei, já agora, se deve proibir os remédios ou proibir o homem. Este planeta está meio inviável.

(ANDRADE, Carlos Drummond de. “O Homem e o Remédio: Qual o problema?”, in *Jornal do Brasil*, 26/07/1980)



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
INSTITUTO DE GEOCIÊNCIAS**

Território e macrossistema de saúde: os programas de fitoterapia no Sistema Único de Saúde (SUS)

RESUMO

Tese de Doutorado

Luis Henrique Leandro Ribeiro

Utiliza-se há muito tempo plantas medicinais no Brasil, das práticas indígenas às de origem africana e europeia, matrizes da medicina popular brasileira. Na segunda metade do século XX surge um movimento global de valorização de novos usos de plantas medicinais, fomentando no Brasil a difusão, nos anos 1980, das práticas de Medicina Tradicional e Medicina Complementar e Alternativa, dentre as quais a fitoterapia. Nos anos 1990, após criação do Sistema Único de Saúde (SUS), registra-se aumento no número de programas municipais de fitoterapia, acentuando-se a partir de 2006 com a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Como o território condiciona a existência de programas de fitoterapia no SUS? De que maneira o SUS – aqui compreendido como *macrossistema de saúde brasileiro* – integra as diversas práticas e subsistemas de saúde, dentre eles, a fitoterapia? Objetivamos analisar como os usos do território condicionam a existência do subsistema de fitoterapia no SUS e como esse subsistema promove maior sinergia técnica (saber local e saber universalizado) e política (estratégias e atores) na produção, circulação, distribuição e dispensação de plantas medicinais e fitoterápicos pelo sistema público de saúde, a partir de referencial teórico da geografia crítica. A pesquisa envolveu: revisão bibliográfica conceitual e temática; análise documental; levantamento de dados primários e secundários; trabalho de campo com entrevistas semi-estruturadas realizado nas Regiões Concentrada, Centro-Oeste, Nordeste e Amazônia, contemplando 24 municípios em oito estados e três Regiões Administrativas do Distrito Federal, totalizando 81 entrevistas. Foram selecionados 14 programas de fitoterapia segundo os critérios: (i) programas

representativos, com visibilidade e referência, dos distintos modelos de produção e dispensação de plantas medicinais e fitoterápicos; (ii) programas em município de grande porte (capital ou região metropolitana); (iii) programas em município de pequeno porte (ou conjunto de pequenos municípios associados) que apresentassem programas. Verificamos duas fases na difusão desse subsistema no SUS: uma anterior à Política Nacional, na qual os programas eram mais permeados pelas sistematicidades populares; e uma segunda fase pós Política Nacional, apresentando crescimento acentuado no número de programas, mas com tendência ao predomínio do binômio biomedicina / complexo médico-industrial. Difusão marcada por relações de conflito e cooperação entre o poder de arrasto do macrossistema e as sistematicidades populares. Verificamos que o macrossistema de saúde brasileiro é a um só tempo centralizado e descentralizado, produto e produtor de situações geográficas que condicionam e são condicionadas pelos programas de fitoterapia, diferentes combinações entre: movimentos de circulação e de impulsos globais na valorização da fitoterapia (verticalidades); e forças das iconografias regionais de usos populares (horizontalidades). Defendemos a tese da existência de um macrossistema de saúde no território brasileiro cuja principal força estruturante é o SUS, por cumprir os requisitos de um macrossistema: integra ampla e diversa base material e organiza e gerencia a distribuição dos fluxos dessa base. Além desses atributos identificamos outros dois que o torna um macrossistema específico e distinto: (i) grande sensibilidade às especificidades dos lugares; e (ii) centralização e descentralização política e técnica das ações e serviços.

Palavras-Chave: uso do território; situação geográfica; macrossistema técnico; Sistema Único de Saúde (SUS); plantas medicinais e fitoterápicos.



**UNIVERSITY OF CAMPINAS
INSTITUTE OF GEOSCIENCE**

**Territory and health large technological system: the phytotherapy programs in the
Unified Health System (Sistema Único de Saúde)**

ABSTRACT

Doctorate thesis

Luis Henrique Leandro Ribeiro

Since a long time ago, medicinal herbs have been used in Brazil, coming from indigenous, African and European practices, which are the matrix of popular medicine in Brazil. In the second half of the twentieth century, there is a global appreciation movement of new uses for medicinal herbs that contributed to the diffusion of traditional, complementary and alternative medicine, among them, phytotherapy, in Brazil in the 1980s. In the 1990s, after the creation of the Unified Health System (Sistema Único de Saúde, acronym SUS), the number of municipal programs of phytotherapy increases, which has been intensified since 2006, due to the National Policy of Medicinal Herbs. How does the territory determine the existence of phytotherapy programs in SUS? In which manner the SUS integrates the several practices and health subsystems, among them, phytotherapy? We intend to analyze how the territory in use determine the existence of the phytotherapy subsystem in the SUS and how it promotes a major technical synergy (local and universal knowledge) and policy (strategy and actors) in the production, circulation, distribution and dispensation of medicinal herbs by the public health system, under the perspective of the critical geography. The research involves: bibliographic, conceptual and thematic revision; document analysis; primary and secondary research; fieldwork with semi-structured interviews conducted in Concentrated Region, Central-West, Northeast; and Amazon Region, contemplating 24 municipalities in eight states and three administrative divisions of Federal District, totalizing 81 interviews. A number of 14 phytotherapy programs were selected under the following criteria: representative programs, with visibility and reference,

of the different modes of production and dispensation of medicinal herbs; programs in large municipalities (capital and metropolitan area); and small municipalities (or associated small cities) with their own programs. We identified two phases on the diffusion of phytoterapy subsystem: one that preceded the National Policy, in which the programs were permeated by the popular systematic; and a second phase that became after the National Policy, whit a more accentuated growth on the number of the programs, which tended to have the prevalence of the binomial biomedicine / medical-industrial complex. Diffusion marked by conflicted relations and cooperation between the drag power of large technological system and the popular systematic. We verified also that the Brazilian health large technological system is at the same time centralized and decentralized, product and producer of geographic situations which restricts and are restricted by the phytotherapy programs, different combinations between: circulation movements and global impulse in appreciation of the phytotherapy (verticality); and forces of the regional iconographies of popular uses (horizontality). We defend there is a health large technological system in Brazil, in which the main structural strength is the SUS, as it meets the requirements of a large technological system: integrates a wide and diversified material bases and organizes and manages the distribution of the fluxes of such base. Beyond these attributes, we identified two other which turn it into a specific and distinct: great awareness to the specificity of the places; political and technical centralization and decentralization of actions and services.

Keywords: territory in use; geographical situation; large technological system; Unified Health System; medicinal herbs.

Índice

Introdução.....	20
Parte I – A pluralidade dos sistemas de saúde e a unicidade da técnica: integração do território brasileiro e gênese do macrossistema de saúde.....	35
Capítulo 1. Antiguidade das plantas medicinais nos sistemas terapêuticos do mundo e sua diversidade na formação do Brasil no século XVI.....	39
Capítulo 2. Meios técnicos, pluralidades terapêuticas e predomínio do uso de remédios à base vegetal: formação da medicina popular brasileira (século XVI - século XIX)	50
Capítulo 3. Cientificação da medicina, primeiras políticas de saúde do Estado brasileiro e emergência de novos medicamentos sob bases química e biológica (segunda metade do século XIX a meados de 1930).....	56
Capítulo 4. Meio técnico-científico e gênese do par dialético Estado e mercado no sistema de saúde brasileiro: biomedicina, complexo médico-industrial e predomínio dos medicamentos químico-sintéticos (meados de 1930 à década de 1970)	70
Capítulo 5. Meio técnico-científico-informacional: integração do território brasileiro, criação do Sistema Único de Saúde e desdobramentos de eventos globais na valorização de novos usos da fitoterapia (meados dos anos 1970 à atualidade).....	79
Parte II – Sistema Único de Saúde (SUS) como macrossistema e a fitoterapia no SUS como subsistema.....	98
Capítulo 6. O Sistema Único de Saúde (SUS) como macrossistema: infraestrutura da vida cotidiana.....	100
Capítulo 7. A fitoterapia no SUS como subsistema do macrossistema de saúde: programas municipais e programas nacionais de plantas medicinais e fitoterápicos.....	121
Capítulo 8. A fitoterapia no SUS: entre o poder de arrasto do macrossistema de saúde e as sistematicidades das práticas populares de plantas medicinais e fitoterápicos	144

Parte III. Macrossistema de saúde – produto e produtor de situações geográficas: análise de Programas de Fitoterapia no SUS nas regiões brasileiras.	157
Capítulo 9. Análise de situações geográficas como análise de existências	161
Capítulo 10. Análise dos programas de fitoterapia no SUS a partir de algumas situações geográficas.....	164
10.1. Região Concentrada e as situações de área core, iconografia campesina e intermediária.....	170
10.3. Região Centro-Oeste e as situações de impulsos globais e de iconografia popular	195
10.3. Região Nordeste e a situação de iconografia popular de brenhas	211
10.4. Região Amazônica e as situações de impulsos globais e de iconografia popular ...	226
Capítulo 11. Difusão do subsistema de fitoterapia no SUS: tendências, dilemas, constrangimentos e estratégias de existência.....	236
Conclusão	251
Bibliografia.....	262
Apêndices	285

Quadros

Quadro 1. Trabalhos de campo e entrevistas realizados no período de agosto de 2010 a janeiro de 2014, por municípios e estados da federação e segundo tipos de agentes e atores entrevistados	286
Quadro 2. Fitoterápicos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Renafito (2012)	290
Quadro 3. Relação Nacional das 71 Plantas Medicinais de Interesse ao SUS do Ministério da Saúde - Renuis (2009)	291
Quadro 4. Recomendações da 1ª Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica (2003) para a promoção da fitoterapia no SUS (Brasil).....	127
Quadro 5. Os quatro modos de produção e dispensação de plantas medicinais e fitoterápicos no subsistema de fitoterapia no SUS	134
Quadro 6. Brasil: tipologia dos usos de plantas medicinais e fitoterápicos no SUS	153
Quadro 7. Brasil: programas municipais de fitoterapia visitados no período 2010-2014, segundo macrorregião, porte populacional e data de criação.	169
Quadro 8. Brasil: constrangimentos e fatores limitantes à existência do subsistema de fitoterapia no SUS	237
Quadro 9. Brasil: principais estratégias de fortalecimento do subsistema de fitoterapia no SUS.....	239

Mapas

Mapa 1. Brasil: municípios com fitoterapia no SUS, em 2012, e locais visitados nos trabalhos de campo realizados no período 2010-2014	289
Mapa 2. Brasil: municípios com programas de fitoterapia no SUS em 2008	139
Mapa 3. Brasil: municípios com programas de fitoterapia no SUS em 2012	140
Mapa 4. Brasil: municípios com fitoterapia no SUS, segundo três modalidades de produção (farmácia própria de manipulação, farmácia conveniada e fitoterápico industrializado) em 2008	244
Mapa 5. Brasil: estabelecimentos municipais com fitoterapia no SUS, segundo quatro modalidades de produção (planta fresca, planta seca, fitoterápico manipulado e fitoterápico) em 2012.....	246

Gráfico

Gráfico 1. Crescimento do número de programas municipais de fitoterapia no SUS no período 1997-2012.....127

Lista de abreviaturas e siglas

AB – Atenção Básica

ABFIT – Associação Brasileira de Fitoterapia

ABIFISA – Associação Brasileira das Empresas do Setor Fitoterápico, Suplemento Alimentar e de Promoção da Saúde

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

AF – Assistência Farmacêutica

ALFOB – Associação dos Laboratórios Farmacêuticos Oficiais do Brasil

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APL – Arranjo Produtivo Local

CEME – Central de Medicamentos do Ministério da Saúde

CIPLAN – Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNMP – Centro Nordestino de Medicina Popular

CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CNS – Conferência Nacional de Saúde

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

EMATER – Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural

EMBRAPA – Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária

FES – Fundo Estadual de Saúde

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

FMS – Fundo Municipal de Saúde

FNS – Fundo Nacional de Saúde

FV – Farmácia Viva

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IBPM – Instituto Brasileiro de Plantas Medicinais

MAPA – Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento

MCTI – Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação

MDA – Ministério do Desenvolvimento Agrário

MS – Ministério da Saúde

MST – Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização Não Governamental

ONU – Organização das Nações Unidas

OSCIP – Organização da Sociedade Civil de Interesse Público

PICS – Prática Integrativas e Complementares em Saúde

PMs – Plantas medicinais

PNPIC – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

PNPMF – Política Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos

PPPM – Programa de Pesquisa de Plantas Mediciniais da Central de Medicamentos

PSF – Programa Saúde da Família

RENAFITO / RENAME-FITO – Relação Nacional de Medicamentos Fitoterápicos

REMUME – Relação Municipal de Medicamentos Essenciais

RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

RENISUS – Relação Nacional de Plantas Mediciniais de Interesse ao SUS

SAS/MS – Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde

SEBRAE – Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas

SBPM – Sociedade Brasileira de Plantas Mediciniais

SCTIE/MS – Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

Introdução

O uso de plantas medicinais é antigo, estando presente no repertório técnico de praticamente todas as civilizações e, por vezes, indicativo mesmo do surgimento da cultura e da humanidade nos diversos lugares do mundo. A utilização de plantas para fins medicinais tem sentidos próprios e especificidades segundo o período e a sociedade considerados. Em virtude dos imperativos do período atual, exigente em técnica, ciência, informação e norma, o uso de plantas espousa novos conteúdos.

No Brasil, a utilização de plantas para fins medicinais está presente desde tempos imemoriais, sendo vinculado aos sistemas e práticas indígenas, constituindo importante repertório que viria a ser umas das matrizes – conjuntamente com aquelas de origem africana e europeia – do atual conjunto de práticas de fitoterapia presentes no território brasileiro. O emprego das plantas guardava um sentido mais holístico e remetia a um só tempo a práticas de saúde, alimentares, ritualísticas, religiosas e adornos.

O uso de plantas medicinais que era marcado por essa territorialidade vai se fragmentando, se diferenciando e se tornando mais complexo na medida em que aumenta a densidade de vetores que colocam os lugares em contato com outros lugares no mundo. O povoamento do continente americano por homens, objetos, crenças e ideias de diferentes origens geográficas, passa a ser cada vez mais mediado por componentes tanto pretéritos quanto presentes, por sentidos internos e externos, por razões próprias ao lugar como de outras localidades de caráter universalizante.

Às práticas indígenas são agregadas – de forma concorrencial, cooperativa, conflitiva ou ainda híbrida – aquelas aportadas pelos colonizadores europeus num primeiro momento, seguidas de outras trazidas pelos negros africanos escravizados. Essas três matrizes (indígena, europeia e africana) constituem e fundam o repertório brasileiro de usos de plantas medicinais. Nos primeiros séculos da formação territorial do Brasil essas práticas de cura e de cuidado com a saúde constituíram um mosaico de sistemas técnicos locais e regionais.

Parte dessas utilizações fundamentou no país uma base manufatureira de produção de medicamentos a partir de plantas, na segunda metade do século XIX. Assinala-se a presença de 488 produtos farmacêuticos fabricados no Brasil e apresentados na Exposição

Nacional de Produtos de 1861 (Bicudo, 2006). Em 1889 havia 35 indústrias farmacêuticas no Rio de Janeiro e São Paulo (Bermudez, 1995).

Em relação à produção de medicamentos no Brasil, destaca-se que até meados de 1930 a base produtiva crescente apresentava os mesmos padrões e níveis de capital, tecnologia e organização observados nos demais países do mundo. Contudo, a partir dos anos 1930, e com mais força e intensidade no final dos anos 1940, as indústrias estrangeiras passam a suplantam e deslocar a indústria nacional de medicamentos, primeiro com a chegada dos laboratórios de origem europeia (a partir de 1930), logo seguidos pelas empresas estadunidenses nos anos 1940 (Palmério, 1942; Cordeiro, 1985; Giovanni, 1980; Temporão, 1989; Gadelha, 1990; Bicudo, 2006).

Essa desnacionalização e internacionalização da base produtiva foram realizadas concomitantemente à produção de uma *psicoesfera*¹ caracterizada pela sistemática desmoralização e desprestígio do uso de plantas medicinais, como foi o caso das campanhas publicitárias de remédios à base de síntese química no Brasil a partir dos anos 1930 (Temporão, 1989).

Outro importante evento nesse sentido foi a importação e difusão no país do *Modelo Biomédico Flexneriano*² de educação médica norte-americana que, a partir dos anos 1920, exerceu influência decisiva na organização do sistema de formação e ensino médico, na normatização da prática médica e nos sentidos das pesquisas científicas na área da saúde (Landmann, 1984; Silva Jr, 1998; Pagliosa e Da Ros, 2008). Modelo projetado por instituições corporativas estadunidenses cujo principal resultado no Brasil foi o estabelecimento dos vínculos orgânicos entre as empresas de grande capital, os profissionais médicos e as universidades.

Nos anos de 1930 um novo período se inicia no Brasil com a elaboração concomitante e indissociável de uma tecnoesfera e de uma psicoesfera, constituindo a

¹ Psicoesfera é aqui compreendida como o “reino das ideias, crenças, paixões e lugar da produção de um sentido” que fazendo parte do “meio ambiente, desse entorno da vida” fornece “regras à racionalidade” e estimula “o imaginário” (Santos, 1999a, p. 204).

² Para um balanço crítico da tradução do modelo flexneriano no Brasil, consultar Almeida Filho (2010) que ao apontar a construção de alguns mitos e distorções em torno dele, reconhece que o modelo foi muito nocivo para a saúde brasileira: “Do ponto de vista político, por ter sido implantado no Brasil a partir da Reforma Universitária de 1968, promovida pelo regime militar, tal modelo de ensino e de prática mostra-se incompatível com o contexto democrático brasileiro e com as necessidades de atenção à saúde de nossa população, e dele resultam sérias falhas estruturais do sistema de formação em saúde” (*idem*, p. 2235).

gênese de uma política de saúde, que passa a se afirmar cada vez mais como política de Estado propriamente dita, e também da formação de um sistema de saúde, que de maneira pontual e seletiva no território irá se expandir, se integrar e passará cada vez mais a ter uma abrangência nacional.

O sistema técnico e científico montado a partir de 1930 só gozará de escala nacional a partir de meados da década de 1970, quando o território brasileiro é integrado tecnicamente através dos sistemas de circulação, comunicações e, também, de proteção social, dentre eles o sistema de saúde. A política de saúde como uma ação propriamente *planejada, integrada e controlada* por parte do Estado e tendo por respaldo uma correspondente base material para concreção só passa a ser efetivamente realizada no país a partir de meados da década de 1970 (Luz, 1979).

Esse processo de gênese da política e do sistema de saúde é marcado por uma lógica hegemônica baseada na sistematicidade entre ações do Estado, das grandes empresas internacionais (farmacêuticas e de equipamentos e insumos ligados à saúde) e de uma medicina técnico-científica (a biomedicina).

No sistema técnico de saúde que pouco a pouco vai ganhando corpo, a base terapêutica de cura e de cuidado com a saúde se fundamenta na aplicação biomédica de conteúdos científicos da biologia e da química sintética, base de insumos medicamentosos obtidos a partir de síntese química e caracterizados por princípios ativos isolados ou substâncias puras. Uma racionalidade na qual os usos de plantas medicinais e fitoterápicos, paulatinamente desprezados no âmbito do sistema nascente e pela massificação de seu discurso, são colocados à margem como práticas não científicas e não modernas, sendo qualificados negativamente como vestígios e resquícios de superstições e credices em vias de extinção e, mais, que deveriam mesmo ser superados.

Contudo, as plantas medicinais e os fitoterápicos nunca deixaram de ser utilizados nas diversas regiões e lugares do país. Em virtude da sua importância cultural, social e econômica, esses usos constituem a principal base das chamadas medicinas populares e tradicionais. Até recentemente, boa parte dos lugares e das populações brasileiras só podiam contar com as práticas terapêuticas baseadas em plantas medicinais e fitoterápicos próprias aos sistemas populares e tradicionais de saúde. Situações que ainda existem,

persistem ou resistem no país, tanto como um dado da escassez do acesso a medicamentos em alguns lugares, como um dado da livre escolha dos recursos terapêuticos em outros.

Na segunda metade do século XX, surge um movimento global de revalorização das práticas fundamentadas nas plantas medicinais e nos fitoterápicos. O movimento da contracultura dos anos 1960 nos países ocidentais – cujo grande ícone é representado pelo evento de Maio de 1968 na França – buscou fazer frente e ser uma alternativa à ordem autoritária e hierárquica baseada em princípios marcadamente tecnicistas e cientificistas, dentre os quais o sistema médico. No ideário do movimento de contracultura havia, ao lado da compreensão do mundo como totalidade, a revalorização do uso de plantas medicinais numa perspectiva de fortalecimento do indivíduo enquanto sujeito ativo nos seus processos de cura e de manutenção e cuidado com a própria saúde frente à degeneração e aos abusos imprimidos pelos sistemas técnico-científicos, dentre os quais o da biomedicina e sua terapêutica medicamentosa de base química.

No âmbito da revalorização mundial do uso de plantas medicinais e fitoterápicos, destacam-se também dois outros importantes eventos: a Primeira Conferência Mundial sobre o Homem e o Meio Ambiente coordenada pela Organização das Nações Unidas (ONU) e realizada na Suécia em 1972, conhecida como Conferência de Estocolmo, marco mundial do ideário ecológico e ambientalista; e, principalmente, a Conferência Internacional sobre Assistência Primária em Saúde realizada em Alma-Ata no Cazaquistão (então União das Repúblicas Socialistas Soviéticas, URSS) em 1978, pela Organização Mundial da Saúde da Organização das Nações Unidas (OMS/ONU).

Este segundo evento – que culminou na Declaração de Alma-Ata – constituiu um marco fundamental, pois objetivou promover a saúde humana de forma global e a partir da consideração da extrema desigualdade nas condições de saúde (no interior das sociedades e entre os países do mundo), visando estimular a autonomia e autodeterminação das populações na escolha dos sistemas médicos e de tratamento, assim como da base material para essas ações, além de enfatizar a responsabilidade dos Estados na provisão da assistência e a necessária participação social no planejamento e execução das ações em saúde. A declaração de Alma-Ata reiterou a concepção de saúde definida em 1946, quando da criação da Organização Mundial da Saúde (OMS), como estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas como ausência de doenças ou enfermidades.

Representando importante valorização das chamadas práticas alternativas e populares de saúde, esses eventos além de reforçarem a contestação e crítica ao modelo da biomedicina também propiciaram a criação e fortalecimento de um mercado global de plantas medicinais e fitoterápicos que passam a ganhar maior expressão nos anos 1980, afirmando-se no início da década de 1990.

Esses eventos globais são acolhidos pela formação socioespacial brasileira reforçando o papel da atenção primária na saúde das populações e na estruturação dos sistemas de serviços assistenciais, e fomentando a adoção e difusão, a partir dos anos 1980, das chamadas práticas de Medicina Tradicional e Medicina Complementar e Alternativa (MT/MCA), dentre as quais a fitoterapia.

Em 1982 é implementado no Brasil o Programa de Pesquisa de Plantas Mediciniais (PPPM) da Central de Medicamentos (CEME), que vigorou entre 1982 e 1997. Na prática o PPPM funcionou apenas nos anos 1980, porque as ações da agência foram esvaziadas e interrompidas com o Governo Collor a partir de 1990, sendo oficialmente extinta em 1997. Do PPPM/CEME resultou boa parte dos programas pioneiros de fitoterapia na saúde pública nos anos 1980, sendo que alguns criados nos 1990, já no contexto do SUS, também são tributários das ações desenvolvidas por esse programa nacional.

Durante os anos 1990 registra-se o aumento progressivo do número de programas de incorporação e utilização de plantas medicinais e fitoterápicos no SUS. Processo que se acentua bastante nos anos 2000, principalmente a partir da institucionalização da política nacional. Em 2006, o Ministério da Saúde (MS) institui a Política Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos (PNPMF) em resposta tanto ao contexto nacional de municípios que já tinham incorporado essas práticas no serviço de saúde pública, quanto em função do contexto internacional de revalorização das plantas medicinais como práticas de saúde.

Questiona-se: de que maneira o território (sinergias técnicas e políticas) condiciona a existência de programas de fitoterapia no Sistema Único de Saúde (SUS)? Como o SUS, que compreendemos aqui como *macrossistema de saúde brasileiro* – integra as diversas práticas e subsistemas de saúde, dentre eles, o da fitoterapia?

Na abordagem dessas questões partiu-se da hipótese de que a adoção da fitoterapia no SUS promove uma sinergia de caráter mais cooperativo e complementar do que hierárquico e subordinado entre *verticalidades* e *horizontalidades*. Ou seja, se de um lado

temos vetores mais externos aos lugares nos quais predomina um caráter mais homogêneo, uma racionalidade dominante e universalizada marcada por solidariedades de cunho mais organizacional para a qual o território importa mais como *recurso*, por outro lado, os lugares abrigam uma força emanada de *horizontalidades* fundadas na proximidade, na contiguidade, na vizinhança, no cotidiano compartilhado, nas temporalidades e racionalidades diversas, uma heterogeneidade criadora cujas solidariedades tanto obrigadas quanto desejadas são produtoras de novas possibilidades de existência.

Considerando o dado muito comum da vida nacional no Brasil que é o descompasso entre a política e a vida nos lugares em sua totalidade – expressão do embate entre a política *de cima*, fruto do uso corporativo do território, e as forças e movimentos *de baixo*, fruto do território sendo usado por todos – partimos da hipótese de que os usos do território vinculados aos programas de fitoterapia no SUS promovem maior sinergia e cooperação entre as estratégias políticas de atores estatais (entes federados gestores do sistema de saúde – União, estados, Distrito Federal e municípios – e instituições de pesquisa e ensino) e não estatais (para além das grandes empresas e corporações, incluindo conselhos e instâncias de participação social, movimentos sociais, sociedade civil organizada, instituições religiosas e empresas com graus menores de organização, tecnologia e capital). Sobretudo, entre os saberes e técnicas populares de cuidado com a saúde constitutivos dos diversos lugares do país e o saber universalizado do SUS.

Compreende-se aqui que o SUS é uma modernização do atual período e, nesse sentido, embora aconteça em todos os municípios do país, realiza-se diferencial e desigualmente no território brasileiro. Contudo, o SUS é abordado aqui não apenas como uma política *de cima para baixo*, uma *verticalidade* cuja realização depende da presença nos lugares de uma infraestrutura que garanta o cumprimento da assistência à saúde (tanto individual como coletiva), como apontado por Almeida (2005) e Albuquerque (2006), mas também a partir dos subsistemas técnicos constitutivos do SUS cujos vínculos de proximidade e *horizontalidade* com a vida dos lugares têm o potencial de promover uma política *de baixo para cima*.

Nossa tese é de que o SUS em suas verticalidades e horizontalidades constitui-se como um *macrossistema* (Hughes, 1983; Gras, 1997; Santos, 1999a; Cataia, 2014) que é tanto técnico quanto político. Trata-se de um macrossistema de saúde presente no cotidiano

da população brasileira, ainda que muitas vezes não seja percebido, constituído pela integração de diversas redes e sistemas técnicos, sem a qual muitas outras técnicas não podem se instalar e funcionar e, com o qual, diversas outras técnicas vinculadas à saúde têm de lidar. O SUS não é apenas um grande sistema ou conjunto de sistemas, mas *macro* no sentido de expressar uma força de arrasto e de ser o *fundamento material das redes de poder* (Raffestin, 1993; Santos, 1999a).

Daí nosso interesse na análise da adoção da fitoterapia (uso de plantas medicinais e de fitoterápicos) no SUS, compreendida aqui como um subsistema cuja situação de existência se coloca entre a rigidez técnico-política do macrossistema de saúde e a flexibilidade das sistematicidades das práticas populares de usos de plantas medicinais presentes nos diversos lugares do país.

Tal situação faz com que a política nacional de uso de plantas medicinais e fitoterápicos no SUS tenha de lidar com uma diversidade de agentes e instituições: com práticas culturais de uso de plantas para curar ou restabelecer a saúde que vêm se configurando desde tempos longínquos; com profissionais e gestores do sistema de saúde; com instituições de ensino e pesquisa; com órgãos de regulação e normatização; e com agentes do mercado vinculados a dinâmicas econômicas internacionais, regionais e locais. Portanto, a existência do subsistema de plantas medicinais e fitoterápicos no SUS resulta de um processo complexo e multifacetado ao qual se vinculam questões de ordem cultural, econômica, científica e política. Esse processo e seus conteúdos se combinam de diferentes maneiras no território em virtude das diversas *situações geográficas* (George, 1965 e 1969; Silveira, 1999b) que favorecem ou limitam a criação e convergência das sinergias técnicas e políticas necessárias à adoção da fitoterapia no SUS.

A partir dessas considerações, o objetivo geral deste trabalho é analisar de que maneira o território herdado e tal como vem sendo usado condiciona a existência do subsistema de fitoterapia no SUS e de que modo esse subsistema promove maior sinergia e cooperação técnica (saber local e saber universalizado) e política (estratégias e atores) na produção, circulação, distribuição e dispensação de plantas medicinais e fitoterápicos pelo sistema público de saúde.

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído na Constituição Federal de 1988, para garantir o direito universal à saúde para os brasileiros e para os residentes no país, sob a responsabilidade do Estado.

O SUS nasce como sistema de saúde dual – mas não dualista – marcado pelo uso da saúde tanto como direito e bem social e coletivo quanto pelo uso da saúde como bem econômico e lócus de acumulação capitalista (Viana e Elias, 2007). As ações de saúde se amparam e estão abrigadas em objetos e insumos cuja produção e organização estão em boa parte a cargo de interesses privados e corporativos, tanto de insumos (medicamentos e equipamentos) quanto de grande parte dos serviços (unidades e estabelecimentos de saúde).

Em relação aos insumos necessários ao funcionamento do SUS, é importante compreender que a base industrial farmacêutica e de equipamentos médicos, hospitalares e odontológicos é historicamente de natureza privada, tendo sido internacionalizada em grande parte nos anos 1950.

No caso dos serviços assistenciais de saúde, grande parte da oferta também tem natureza privada (lucrativa e filantrópica), com destaque para os hospitais. Durante as décadas de 1960 e principalmente nos anos 1970 um conjunto de políticas do governo ditatorial havia modernizado e transferido parte importante da rede hospitalar para a iniciativa privada. Sem contar a rede de milhares de hospitais beneficentes, filantrópicos e santas casas com os quais o SUS estabelece convênios para a assistência à saúde, principalmente nos municípios de pequeno e médio porte. No que se refere aos Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT), os mesmos já surgem nos anos 1970 como iniciativa principalmente do setor privado.

Ainda que muitos estabelecimentos e serviços de saúde estejam sob administração e controle direto do sistema público, seja na produção de insumos, seja na prestação de serviços, a maior parte da base de materialidades necessária às ações do SUS encontra-se sob o comando de instituições de natureza privada, sujeitas a interesses corporativos e mercantis. A diversidade de instituições segundo a natureza administrativa e a forma de participação na rede de serviços do SUS é imensa, configurando um quadro complexo de interesses públicos e privados na organização e no funcionamento do sistema.

Essa formação dual da tecnoesfera do SUS coloca desafios e obstáculos ao projeto original do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, responsável e principal articulador

pela criação do SUS em 1988. Enquanto sistema universal e público de saúde, o SUS representa importante conquista para a cidadania, fruto de luta política que havia sido iniciada de forma mais organizada nos anos 1970, um projeto ainda em construção de transformação social e política do país, que inclui questões para além do campo setorial da saúde (Paim, 2007).

O conceito de *saúde*, assim como o de doença, expressa a “conjuntura social, econômica, política e cultural. Ou seja: saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas” (Scliar, p.30, 2007).

Parte-se da compreensão de que *saúde* é algo maior do que assistência médica (voltada ao individual) ou saúde pública (visando coletividades), e tampouco limitada à ideia de que seja o contrário ou a ausência de doenças. Saúde é a *situação vital de indivíduos e coletividades* frente aos processos e eventos da vida, portanto se remete às condições globais da vida e, logo, é mais abrangente que a noção de medicalização (Luz, 1979). Constituindo uma questão ao mesmo tempo filosófica, científica, técnica, política e prática, a saúde pode ser objeto de várias abordagens e conceituações, mas “inapelavelmente totalizante porque o seu conceito indica diretamente integralidade ou totalidade” (Almeida Filho, 2011, p. 24). Para Coelho e Almeida Filho (1999) certamente a ausência de “estudos sobre a saúde propriamente dita não se deva exclusivamente a razões epistemológicas, mas também à influência da indústria farmacêutica e à cultura da doença, que têm restringido o interesse e os investimentos de pesquisa nesta área” (*idem*, p. 33).

O conceito de *território usado* coaduna com a concepção ampliada de saúde ao compreender o *espaço geográfico* como *instância social*, um híbrido de materialidades e ações que se impõe, assim como a cultura, a economia e a política, como condição e possibilidade da existência humana (Santos, 1999a). Como concretude do *espaço banal* ou espaço de todos, o território usado é simultaneamente herança, atualidade e produção de futuro, condição da ação e da projeção da ação (Ribeiro, 2003), o território é usado não apenas pelos atores estatais, mas também pelos atores não estatais: agentes, associações, instituições e empresas, independentemente de seus distintos e desiguais graus de força e poder.

O território em si não é a categoria de análise central aqui adotada, mas o território usado, porque em sendo usado ele explicita seu caráter social (Santos, 1999a). Não coincidente e nem sinônimo de território nacional, enquanto circunscrição político-administrativa e espaço de jurisdição e soberania de um Estado (Cataia, 2011a), o *território usado* é um *conjunto de lugares no qual se realiza a história* (Silveira, 2008). Território usado por diversos agentes e atores (populações, empresas e instituições) vinculados à fitoterapia no SUS e seus desiguais graus de força e influência nas políticas e programas de saúde em função de portarem ou não os vetores de ciência, tecnologia e informação.

O território usado – ao imprimir sinergia tanto técnica quanto política – é aqui visto a partir da análise de situações geográficas. Assim, em nossa forma de entender, não correríamos o risco dos limites inerentes aos estudos de casos pontuais das experiências municipais de fitoterapia no sistema público de saúde. As situações geográficas ajudam a olhar outras variáveis, escalas e processos que não estão traduzidos na política oficial nem limitados à escala local. Trazendo, assim, novos elementos, como a força de práticas populares ou de lógicas de mercado.

A pesquisa envolveu revisão bibliográfica dos conceitos, teoria e das temáticas próprias ao recorte empírico do trabalho.

A operacionalização da pesquisa se baseou em levantamentos de dados primários e secundários, destacando-se um extenso trabalho de campo realizado nas quatro macrorregiões brasileiras, conforme divisão regional do país proposta por Santos e Silveira (2001): *Região Concentrada*; *Região Centro-Oeste*; *Região Nordeste*; e *Região Amazônica*. Essa divisão das quatro macrorregiões ou dos *Quatro Brasis* tem como fundamento a atualidade da difusão diferencial do meio técnico-científico-informacional no país em relação às heranças presentes nas distintas regiões.

Foram selecionados 14 programas de fitoterapia no SUS distribuídos nas quatro macrorregiões, buscando considerar: (i) programas consolidados e representativos dos distintos modelos de produção e dispensação das plantas medicinais e fitoterápicos, além da visibilidade e referência, seja através de registros bibliográficos ou por meio das falas dos entrevistados; e (ii) um município de grande porte (capital ou região metropolitana) e um

município de pequeno porte³ (ou conjunto de pequenos municípios associados) que apresentassem tais programas.

O segundo critério parte do princípio de que os municípios são importantes entes federativos gestores do sistema de saúde implementado pelo Estado brasileiro. Cabe aos entes municipais a responsabilidade pela atenção básica no SUS, nível da atenção à saúde em que ocorre a adoção de plantas medicinais e fitoterápicos. Ademais, permite ler e compreender o processo de descentralização política do país através da difusão de um sistema técnico, no caso o da saúde.

Embora os entes municipais sejam iguais na *forma* perante a Constituição, de um ponto de vista formal, por outro lado, no *conteúdo*, quando o território usado se impõe, não o são. Formal e juridicamente os entes municipais são tratados como iguais, contudo, o território é diversamente usado, por isso, faticamente, eles não são iguais. É essa dialética entre igualdade formal e desigualdade fática que interessa analisar para compreender nosso objeto de pesquisa. De uma perspectiva territorial os municípios brasileiros são empiricamente diversos e desiguais em função dos conteúdos de um território desigualmente dotado de densidades técnicas e populacionais (Cataia, 2001).

Para compreender a difusão da fitoterapia no SUS, torna-se necessário considerar tanto as *assimetrias verticais* entre os entes estatais dos três níveis da federação (União, estados e municípios) quanto as *assimetrias horizontais* (entre municípios). Essas assimetrias remetem à capacidade do ente municipal em elaborar e propor políticas próprias, isto é, ao seu grau de autonomia, ou aderir a programas propostos por outros entes.

A análise dos programas de fitoterapia no SUS e dos seus condicionantes territoriais se baseou nos dados primários coletados durante os trabalhos de campo, na leitura de bibliografias e documentos específicos sobre programas e experiências, resultando em uma caracterização de situações geográficas que contextualizam a existência dos programas, estratégias e atores envolvidos, em cada macrorregião.

³ Registra-se que não foi possível a realização de trabalho de campo em município de pequeno porte da Região Amazônica, como inicialmente planejado, por conta de dificuldades de logística e acesso a essas localidades e, principalmente, devido ao não retorno ou correspondência dos contatos realizados junto a municípios escolhidos nos estados do Amazonas e do Acre. Sendo que no Acre chegamos a estabelecer diálogo com a área de Assistência Farmacêutica da Secretaria Estadual de Saúde para buscar uma intermediação, mas tampouco vingou.

O trabalho de campo compreendeu a elaboração de roteiros semi-estruturados para a realização de entrevistas junto a atores relevantes à pesquisa:

(i) Gestores (municipais, estaduais e federais) ligados à saúde e outras áreas (secretarias e ministérios), além de técnicos administrativos e trabalhadores lotados em secretarias, agências reguladoras, hortos de plantas medicinais, laboratórios de manipulação, farmácias básicas municipais e unidades de saúde do SUS;

(ii) Profissionais de saúde (farmacêuticos, médicos, enfermeiros, nutricionistas e psicólogos) e outros profissionais, como assistentes sociais, biólogos, pedagogo, engenheiros e agrônomos;

(iii) Agentes vinculados à medicina popular (parteira, mateiros, vendedores ambulantes, raizeiros e erveiros);

(iv) Representantes do controle e participação social em conselhos de saúde (municipais e estaduais) e comitês (estaduais e federal) das políticas e programas de plantas medicinais e fitoterápicos;

(v) Pesquisadores de universidades, faculdades, centros e institutos de pesquisa e formação;

(vi) Produtores da agricultura familiar, cooperativas e associações de agricultores, extrativistas e de erveiros;

(vii) Associações religiosas e pastorais de igrejas; associações de usuários do SUS; movimentos sociais (ecológicos, ambientalistas, de mulheres, de saúde da população negra e de saúde alternativa e complementar) e Organizações Não Governamentais (ONGs);

(viii) Órgão de regulação e normatização (Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Anvisa).

Nas entrevistas foram utilizados roteiros semi-estruturados, com questões abordando os seguintes pontos: (i) histórico profissional do entrevistado; (ii) histórico da instituição e/ou do programa de fitoterapia; (iii) principais atores envolvidos; (iv) parcerias e convênios; (v) fontes orçamentárias e de recursos (permanentes ou ocasionais); (vi) logística, etapas e atores envolvidos na produção dos insumos (produção propriamente dita em hortos e/ou laboratórios de manipulação; distribuição; dispensação nas unidades e serviços de saúde do SUS); (vii) avaliação das dificuldades e obstáculos dos programas;

(viii) avaliação das políticas e programas federais, estaduais e municipais de fitoterapia no SUS; (ix) referências e fontes de informação e divulgação; (x) sugestões de outros programas e experiências de fitoterapia na saúde pública no Brasil e em outros países; (xi) sugestões bibliográficas; (xii) considerações finais do entrevistado.

A metodologia também envolveu levantamentos bibliográficos (teses, dissertações, artigos, relatórios, sites institucionais, propaganda de divulgação de eventos e de programas de saúde pública). Utilizou-se ainda a metodologia da *bola de neve* na variante assinalada por Benakouche (1999)⁴, seguindo as sugestões e indicações que os entrevistados iam fazendo conforme a realização dos trabalhos de campo, tanto para agendamento de novas entrevistas, quanto para a seleção de outros documentos e experiências de programas de fitoterapia no SUS.

No conjunto, foram realizadas 81 entrevistas nos dez trabalhos de campo, entre novembro de 2010 a janeiro de 2014, em oito estados brasileiros (Paraná, São Paulo, Minas Gerais, Goiás, Mato Grosso, Pernambuco, Ceará e Pará) mais o Distrito Federal, abarcando 24 municípios e três regiões administrativas do Distrito Federal (Plano Piloto, Planaltina e Riacho Fundo). Parte do material dos trabalhos de campo foi organizada em dez relatórios (uma espécie de diário). Também faz parte do acervo da pesquisa, os materiais coletados em campo: iconográfico (fotografias e dois vídeos documentários cedidos); bibliográfico (livros, artigos, manuais e folders); e áudios de grande parte das entrevistas que foram gravadas.

Para uma relação completa dos programas de fitoterapia no SUS visitados e a relação do total de entrevistas realizadas, consultar os Apêndices no final do trabalho: (i) Quadro 1. Trabalhos de campo e entrevistas realizados no período de agosto de 2010 a janeiro de 2014, por municípios e estados da federação e segundo tipos de agentes e atores entrevistados; e (ii) Mapa 1. Brasil: municípios com fitoterapia no SUS, em 2012, e locais visitados nos trabalhos de campo realizados.

⁴ “Inspirando-se nos trabalhos de Latour (1987), Bijker considera que para realizar esta tarefa, a melhor estratégia é *seguir os atores*, ou seja, investigar *quem é quem* na trajetória dos artefatos ou processos, e deixá-los falar. No entanto, como ele mesmo reconhece, sempre há o risco de se deixar de lado algum grupo que por alguma razão não pode expressar-se. A combinação do método da *bola de neve*, usado por Collins (1981), em que cada pessoa entrevistada indica o nome de outras que considera relevantes para falar sobre o tema investigado, pode, ainda segundo Bijker, minimizar esse risco. Mesmo assim, ele termina por admitir que circunstâncias aleatórias podem intervir nas decisões do pesquisador, o qual deve mesmo, eventualmente, é seguir o que a sua intuição mandar” (Benakouche, 1999, pp.13-14).

A composição final da relação de trabalhos de campo foi fruto de escolhas que foram sendo tomadas no decorrer da pesquisa a partir da combinação dos dois critérios adotados na metodologia: referências dos programas existentes (presentes nos registros oficiais do Ministério da Saúde e no levantamento bibliográfico); e apontamentos e sugestões de programas feitos pelos agentes entrevistados (bola-de-neve).

Em alguns casos julgamos necessário entrevistar e avaliar as ações e políticas de fitoterapia realizadas por entes da federação que não os municípios (além da União, através do Ministério da Saúde), como nos casos dos governos do Pará e do Ceará (que têm induzido programas municipais) e do extinto programa estadual do Mato Grosso (em função das articulações que permaneceram fomentando experiência municipal); ou ainda, de Regiões Administrativas do DF (que gozam de relativa autonomia na operacionalização de seus programas).

Além dos 14 programas de fitoterapia no SUS, também foram analisadas experiências e estratégias de fitoterapia no sistema público conduzidos por: iniciativa e conta própria de profissionais e trabalhadores de unidades de saúde; por organizações e associações civis, principalmente comunitárias e de usuários do SUS; ou por movimentos sociais e outras instituições (Universidade, ONG e Pastoral da Igreja). Esses casos foram identificados por meio dos laços e relações estabelecidos com os programas oficiais de fitoterapia visitados.

O trabalho está estruturado em três partes mais a conclusão.

Na Parte I, apresentamos uma periodização que busca contemplar, de um lado, a constituição da pluralidade de práticas de saúde e a formação das matrizes (indígena, europeia e africana) das medicinas populares no Brasil, cujo principal recurso terapêutico é a utilização de remédios a base de plantas. E, por outro lado, o processo de constituição, a partir de meados dos anos 1930, do sistema de saúde no Brasil caracterizado pelo par dialético Estado-mercado com predomínio da racionalidade biomédica e do complexo médico-industrial da saúde. Ambos os vetores compartilharão uma modernidade comum, a partir de meados dos anos 1980, devido a duas modernizações no Brasil. De um lado, as atualizações da fitoterapia surgidas com eventos globais (movimento de contracultura dos anos 1960 e Conferência de Alma-Ata em 1978), de outro, o projeto de um sistema público e universal de saúde garantido pelo Estado (Sistema Único de Saúde de 1988, o SUS).

Na Parte II, definimos o SUS como o ente estruturante do macrossistema de saúde brasileiro. Como um dos componentes do macrossistema, destacamos o subsistema de fitoterapia no SUS, apresentando experiências municipais pioneiras de fitoterapia na saúde pública (meados da década de 1980), o papel do Programa de Pesquisas de Plantas Medicinais da Central de Medicamentos (PPPM/CEME) e constituição da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos do Ministério da Saúde, em 2006. Destacando-se duas fases que identificamos na constituição desse subsistema, uma antes e outra depois da política nacional. Fechamos a Parte II discutindo fitoterapia no SUS como um subsistema marcado pela tensão entre: a rigidez e o caráter normativo de *cima para baixo* do macrossistema, e as sistematicidades das práticas populares de plantas medicinais e fitoterápicos.

Na Parte III, para compreender os condicionantes territoriais e analisar os vínculos entre a universalidade do Sistema Único de Saúde (SUS) e as particularidades dos lugares nos usos de plantas medicinais e fitoterápicos, privilegamos o conceito de situação geográfica. Utilizamos os *Quatro Brasis* – Região Concentrada, Região Centro-Oeste, Região Nordeste e Região Amazônica – como um quadro regional para ler a existência dos programas de fitoterapia no SUS a partir de suas coerências macrorregionais. A análise dos dados primários coletados nos trabalhos de campo revelou especificidades importantes dos programas em cada macrorregião, em função do território usado e das estratégias dos atores envolvidos, levando à necessidade de identificarmos diferentes situações geográficas que condicionam e que são condicionadas pelos agentes envolvidos nos programas. Fechando a terceira parte do trabalho discutimos as tendências identificadas na difusão do subsistema de fitoterapia no SUS: dilemas, constrangimentos e principais estratégias de existência e fortalecimento dos programas de fitoterapia.

Por fim, a conclusão traz uma síntese dos principais argumentos da pesquisa, procurando responder às questões colocadas no trabalho e propondo outras mais.

Parte I – A pluralidade dos sistemas de saúde e a unicidade da técnica: integração do território brasileiro e gênese do macrossistema de saúde

De acordo com Santos e Silveira (2001), embora as variáveis que organizam o espaço sejam geneticamente assíncronas, elas funcionam nos lugares de maneira sincrônica. As diversidades e desigualdades regionais verificadas no território são frutos das descontinuidades do acúmulo e da superposição de sucessivos meios técnicos e das divisões territoriais do trabalho. Por isso, a partição do tempo em “pedaços” torna-se fundamental para compreender quais as variáveis-chave que comandam num dado período o funcionamento da técnica enquanto sistema de ações e de objetos, assíncronas no tempo e sincrônicas no espaço.

Desse modo, o *período* enquanto *sistema de eventos*⁵ pode ser definido pelas variáveis cujas interações asseguram e definem um determinado movimento do todo. Os períodos são constituídos por formas de fazer e regular a vida que se cristalizam em objetos geográficos, os quais passam a modular a sucessão dos demais tempos e eventos.

Pode-se compreender a periodização como uma sucessão de meios geográficos no Brasil, uma história dos usos do território nacional realizada pela sociedade mediante as técnicas disponíveis, existentes nos lugares, e animada por um projeto, um horizonte de realização. A periodização por nós elaborada busca compreender como as plantas medicinais e os fitoterápicos vêm sendo usados no Brasil ao longo do tempo e como são hoje valorizados e têm seus usos atualizados enquanto insumos para terapêuticas e práticas de saúde. A periodização permite reconhecer a gênese e processos vinculados ao par dialético (sistemas terapêuticos e unicidade técnica) na integração territorial a partir do

⁵ Santos (1999b) define *evento* como “o resultado de um feixe de vetores, conduzido por um processo, levando uma nova função ao meio preexistente. Mas o evento só é identificável quando ele é percebido, isto é, quando se perfaz e se completa. E o evento somente se completa quando integrado ao meio. Somente aí há o evento, não antes. [...] Se aquele feixe de vetores pudesse ser parado no caminho, antes de se instalar, não haveria evento. A ação não se dá sem que haja um objeto; e, quando exercida, acaba por se redefinir como ação e por redefinir o objeto. Por isso os eventos estão no próprio coração da interpretação geográfica dos fenômenos sociais”. (pp. 76-77).

macrossistema de saúde no Brasil, expressão das contradições entre os pares dialéticos: Estado e mercado; novo e antigo; interno e externo.

Se por um lado o recuo histórico a seguir parece à primeira vista um pouco distante ou apenas uma ilustração à discussão e abordagem centrais do presente trabalho – vínculos entre verticalidades e horizontalidades no uso de plantas medicinais e fitoterápicos no SUS – por outro, esse resgate é fundamental à compreensão do papel da *formação socioespacial brasileira* (Santos, 1977) no sentido histórico do processo de integração e uso do território brasileiro. Formação que une território, política, economia e cultura, e que não é homogênea, mas constituída por diferentes lugares. Categoria de mediação entre o mundo e o lugar, a formação socioespacial permite apreender a maneira pela qual os eventos e possibilidades do mundo – tempo externo, virtual e possibilidade – efetivam-se concretamente no território como possibilidade realizada distintamente segundo os lugares e regiões.

Podemos apontar as seguintes razões como dimensões julgadas importantes e que justificam esse resgate histórico:

(i) as técnicas indígenas são umas das matrizes, junto com a europeia e a negra africana, que informam e atualizam parte das práticas presentes nos sistemas populares de saúde, destacando-se a utilização de várias espécies vegetais e suas terapêuticas com fins medicinais.

(ii) a chamada *megadiversidade* biológica brasileira, comumente associada à noção de dádiva da natureza, cada vez mais é compreendida como sendo em grande parte resultante do manejo e cultivo realizados pelas populações indígenas, portanto herança dos usos antepassados sobre os quais recaem trabalhos vivos na atualidade. Não é a diversidade biológica nela mesma que atualmente é fonte de recursos e alvo de apropriação ou valorização, mas a diversidade e riqueza de seus usos.

(iii) contestar o *mito prístino*, cujo princípio de “terra intocada e inumana”, não habitada, sem história, não usada, como seu correlato de *vazio demográfico*, continua a animar ideários e discursos de sistemas técnicos hegemônicos no processo de obstrução, modulação ou aniquilamento de outros usos do território, imagináveis, possíveis ou de fato, sejam nas florestas, mares, rios, vales, serras, rincões, brenhas, povoados ou centros urbanos e metrópoles. A recusa (consciente ou não, seja da política ou da ciência) de que

pessoas e lugares portem capacidades e formas próprias de cuidado com a saúde, e que nessa condição possam participar de forma ativa no sistema oficial de saúde, é expressão do mito prístino.

(iv) compreender sistemas técnicos (híbridos de objetos e ações) como modalidades de *dominação espacial*, “processo de dominação do homem através da dominação e organização do espaço” (Santos, 1978), e de libertação, um embate entre *sistematicidades populares* e *sistematicidade dominante* (Ribeiro, 2002), também presente na difusão do SUS junto à diversidade de usos e práticas constitutivos dos lugares.

(v) por fim, assim como muitas plantas são usadas como ornamento e enfeite, como conforto e agrados, esse recuo histórico permite ilustrar e cultivar a *imaginação*, necessária para se resgatar ou gestar alternativas, projetos e autodeterminação. Se a *dominação* é o que rege as condições objetivas, a tecnoesfera, o reino da *atividade*, já a *hegemonia* nos remete ao reino da *ação*, às condições objetivas e subjetivas, à tecnoesfera e à psicoesfera (valores e visão de mundo), aos mecanismos que modulam nosso imaginário (Ribeiro, 2005a).

Chamamos a atenção que o objetivo da periodização a seguir não é desenvolver cada um dos pontos ou razões acima assinalados, os quais são apenas panos de fundo e motivações para situarmos o objetivo principal: compreendermos o embate entre sistematicidades na gênese do macrossistema de saúde brasileiro e seu processo de centralização e descentralização política, uma leitura do federalismo a partir da técnica, que se expressa no uso de plantas medicinais e sua incorporação pelo SUS.

No Capítulo 1 começamos por revirar e remexer *moitas* e *arbustos* até encontrarmos um veio para a periodização que nos conduza pouco a pouco ao projeto partilhado entre uso de plantas medicinais e sistema público e universal de saúde no Brasil, objeto principal da tese. Embora possa parecer desvios do caminho principal, trata-se na verdade de esforços no sentido de seguir dois fios da meada, ambos sendo tecidos há muito tempo: (i) um traçando a rota que leva à formação da racionalidade hegemônica no sistema de saúde brasileiro (biomedicina); e (ii) outro que leva à formação do repertório de práticas populares de saúde constitutivas dos lugares, indagando pela formação e memória das plantas utilizadas com fins medicinais nos diversos lugares do país.

No Capítulo 2 tratamos da diversidade de práticas terapêuticas na gênese e formação da medicina popular brasileira no período técnico, entre séculos XVI e XIX, no

qual predominava o uso de remédios à base de plantas. O conteúdo desbalanceado entre aquele dedicado à matriz europeia em detrimento das duas outras matrizes da medicina popular brasileira – a indígena e a negra – é expressão da falta de visibilidade, de informação, de conhecimento e de valorização das matrizes indígena e afrodescendente.

No Capítulo 3 abordamos a gênese e primeiros eventos na formação da medicina técnico-científica (ou biomedicina) no Brasil, no período compreendido entre a segunda metade do século XIX e meados dos anos 1930. Período em que são elaboradas as primeiras políticas de saúde do Estado brasileiro e momento no qual emergem novas classes de medicamentos a partir de bases químicas e biológicas, marcando o início do declínio do uso de medicamentos fitoterápicos e de plantas medicinais nos sistemas oficiais de saúde e de formação médica.

No Capítulo 4 abordamos o período técnico e científico (entre as décadas de 1930 e 1970) marcado pelo predomínio dos medicamentos a partir de síntese química e pelo processo de desvalorização dos usos de plantas medicinais através da afirmação da tecnosfera e da psicosfera da biomedicina e do complexo médico-industrial da saúde. Período importante por constituir a gênese do par dialético Estado e mercado na saúde e por definir os principais traços e características da política de saúde no país.

Com o Capítulo 5 encerramos a periodização discutindo a constituição no Brasil, a partir de meados dos anos 1970 em diante, do meio técnico-científico-informacional. Momento no qual desdobramentos de eventos globais repercutirão no país valorizando novos usos de plantas medicinais e fitoterápicos, inclusive pelos serviços públicos de saúde, e momento no qual é criado o Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da integração técnica efetiva do território brasileiro.

Capítulo 1. Antiguidade das plantas medicinais nos sistemas terapêuticos do mundo e sua diversidade na formação do Brasil no século XVI

Pretendemos nesse capítulo assinalar a antiguidade e diversidade de usos de plantas medicinais tanto nas sistematizações de saberes médicos que aportarão no Brasil com a colonização europeia como no vasto repertório das práticas indígenas já aqui presentes.

O uso de plantas com finalidades de curar, prevenir males e agravos ou manter, recuperar ou fortalecer a disposição à vida é tão antigo quanto a humanidade, confundindo-se e mesmo sendo tomado como indicativo da própria história do homem e das civilizações. Surge já dentre os primeiros impulsos de humanização do homem que é indissociável da humanização do seu meio de vida. Esse ser e fazer humanos constitui, portanto, um híbrido de ações e objetos, que não se apreende nos homens neles mesmos e tampouco nas coisas elas mesmas, mas nas associações e ações entre ambos (Latour, 2000; 2001). O ser humano existe a partir dessa indissociabilidade de sistemas de objetos e sistemas de ações, situando-se entre homens e coisas.

Nos indícios e registros dos primórdios das civilizações, as plantas já constituíam repertórios técnicos nos quais não se distinguiam os sentidos e finalidades de cuidar, curar, embelezar, alimentar, aquecer e embriagar, ou seja, constituíam uma única e mesma realidade cujo sentido mais próximo seria aquilo que se entende por *holismo*⁶.

Registros fósseis de cerca de 60.000 anos atestam o uso de espécies vegetais como uma das primeiras formas de cuidado com a saúde, conforme apontado por Carvalho (2011). Em Devienne *et al.* (2004) encontram-se dados acerca da utilização de plantas para curar doenças e remediar outros males que datam de 50.000 anos. Cavallazzi (2006) aponta a prática milenar de plantas medicinais identificadas por expedições arqueológicas através dos registros de desenhos rupestres do paleolítico superior (homem de Neandertal) nos quais há esquemas associando plantas e partes do corpo humano. Já o conhecimento sobre

⁶ Doutrina na qual o universo pode ser descrito como uma totalidade que, por sua vez, dá origem em séries emergentes a novas totalidades. De acordo com Mora (1964) o vocábulo *holismo* (de o/loj = "todo", "inteiro", "completo") tem sido empregado para designar um modo de considerar as realidades primariamente como totalidades ou *todos* e secundariamente como compostas de certos elementos ou partes.

plantas medicinais por meio do registro escrito data, segundo a autora, de 4.000 a.C.: tábua de argila escrita em caracteres cuneiformes encontrada nas ruínas de Nippur, antiga cidade suméria da civilização mesopotâmica (no atual Iraque). Para Devienne *et al.* (2004) o uso de plantas para fins medicinais na cultura babilônica e sumeriana também está registrado na “tabuinha sumeriana”, uma coleção de textos médicos em tabletes de argila, considerado um dos mais antigos tratados de medicina.

A cultura chinesa apresenta a mais longa e ininterrupta tradição no uso de plantas medicinais e legou o primeiro registro escrito acerca da fitoterapia: a obra *Pen T'sao* (ou “a grande fitoterapia”) datada de 2.800 a.C., que incluiu relatos de 360 espécies vegetais utilizadas como remédios, ao qual foram sendo incorporadas progressivamente espécies conforme a sucessão das dinastias chinesas (outras 844 espécies na dinastia Tang e mais 1122 na Song), conforme Cavallazzi (2006). Esses compêndios eram feitos a partir de levantamentos, em algumas ocasiões por especialistas, das plantas utilizadas pelas populações em distintas regiões da China.

Também há registros no Egito antigo, como o papiro *Ebers* de 1.500 a.C. com 811 prescrições e 700 drogas de fontes vegetais, animais e minerais (Porter, 2004; Devienne *et al.*, 2004; Cavallazzi, 2006), ou o baixo relevo esculpido em granito com desenhos de 275 plantas medicinais retirado do templo de Tutmes II e considerado um dos mais antigos herbários do mundo, datado de cerca de 2.000 a.C. Na Índia também se encontram registros do uso milenar de plantas medicinais no livro *Charaka Samhita* escrito por Charaka, que viveu por volta de 1.000 a.C. (Cavallazzi, 2006). Destaca-se como um dos primeiros tratados sobre plantas medicinais de que se tem registro o manual *Rhizotomikon*, escrito por Crateús no século I a.C. (Ferreira, 2006). O título faz referência a *Rhizotomoki*, denominação dada aos coletores de raízes nos antigos documentos gregos como conjunto de pessoas que elaboravam listas de plantas com propriedade curativas.

Na Grécia antiga se destaca a figura de Hipócrates (468-377 a.C.), considerado o pai da medicina moderna. Ele elaborou terapêuticas a partir da utilização de plantas medicinais, dietas alimentares, banhos e exercícios físicos, com base numa relação de cerca de 400 espécies vegetais manipuladas e dirigidas de forma particular e individual de acordo com o paciente e seus sintomas (Cavallazzi, 2006).

Segundo Porter (2004) a medicina hipocrática não foi obra de um único homem, mas um conjunto de tratados formulados por vários médicos no decorrer de um período de tempo. Para Miranda (2011), com diferenças de estilos e grande quantidade de informações que se contradizem, o chamado *corpus hipocrático*⁷ é constituído por cerca de sessenta livros e assemelha-se à atual *medicina aiurvédica indiana*⁸, ao explicar a saúde e a doença com base numa teoria dos humores.

A teoria hipocrática teve grande influência nos sistemas médicos e terapêuticos ocidentais e árabes nos séculos subsequentes⁹, destacando-se que a fitoterapia (uso de plantas medicinais) era uma das principais terapêuticas que esses sistemas recorriam. Ainda que outras teorias e práticas tenham surgido e coexistido, a hipocrática foi a que gozou maior difusão muito provavelmente devido à sistematicidade da mesma que integrava: uma concepção de mundo (teoria dos quatro elementos da natureza); uma base teórica de conhecimento (arranjos e combinações em harmonia ou não dos quatro humores relacionados aos quatro elementos); um conjunto de instruções precisas (receituários) que facilitava o agir prático ao operacionalizar a recomendação de dietas alimentares e uso de remédios (principalmente a base de espécies vegetais) segundo as combinações dos quatro humores e suas qualidades básicas (quente, frio, úmido, seco).

Enquanto na Europa durante a Idade Média o conhecimento acerca de plantas medicinais ficou limitado aos mosteiros, os Persas e Árabes seguindo as tradições hipocráticas e galênicas continuaram desenvolvendo e sistematizando conhecimentos

⁷ Esse *corpus* hipocrático resulta de escritos elaborados nas escolas médicas surgidas nas colônias gregas (sul da Itália, Sicília e Ásia Menor) durante os séculos VI e V a.C., que não eram escolas no sentido atual, mas associações de médicos e aprendizes cujo aspecto comum era a exclusão das razões mágicas, míticas e divinas na explicação e compreensão da saúde e da doença. Essas escolas sistematizaram um conjunto de preceitos e orientações à prática médica definida como uma ajuda e apoio à força inata do corpo na busca de seu reequilíbrio natural afastando qualquer ameaça que pudesse perturbar essa recuperação e ajudando-a através de dieta alimentar, remédios e pequenas intervenções cutâneas para abrir abscessos (Sigerist, 2011).

⁸ A *aiurvédica* ou *ayurveda* (do sânscrito *veda* = “ciência” e *ayur* = “vida”) é uma medicina tradicional indiana, surgida há cerca de 7.000 anos e considerada a mais antiga das tradições medicinais.

⁹ Destacando-se os trabalhos do médico romano de origem grega Cláudio Galeno (129-217 d.C.) e do médico e filósofo persa Ibn Sīnā ou Avicena (980-1.037 d.C.). Galeno criou a partir da teoria hipocrática um sistema terapêutico utilizado por mais de 1.000 anos, durante toda a Idade Média tanto na medicina ocidental europeia quanto na árabe. Galeno também se destacou na área que viria a ser a moderna farmacologia, tendo baseado seu sistema terapêutico numa tipologia de quatro diferentes drogas a partir da mistura de diferentes espécies de plantas e ervas, muitas práticas atuais ainda utilizam ou partem dessas “fórmulas galênicas”. Já Avicena introduziu e sistematizou um importante conjunto de remédios nos tratados de medicina que escreveu, versando sobre suas qualidades e virtude terapêuticas e que foram utilizados por diversas civilizações.

médico-terapêuticos. Destacando-se a importante farmacopeia árabe ("Tratado completo de medicinas e produtos alimentícios simples") escrita por Ibn al-Baitar (1197-1248), que ao sistematizar o conhecimento farmacêutico de sua época denominou e descreveu o uso de mais de 1.400 espécies de plantas. Ao contribuir sobremaneira à área terapêutica e de preparação de medicamentos, a cultura árabe além de produzir diversos tratados de farmacologia, também criou os primeiros dispensários e estabelecimentos comerciais de boticários, a primeira escola de farmácia e assimilaram usos de plantas medicinais de diversas outras culturas e regiões, como o sistema indiano.

Esse repertório árabe começa a ser traduzido e difundido na Europa através dos trabalhos desenvolvidos nas universidades que passaram a ser fundadas nesse continente, a partir do século XII, destacando-se as de Pádua e de Salerno, no sul da atual Itália (Porter, 2004). A Escola Médica de Salerno criou seu horto de plantas medicinais no século XIII e, durante os séculos XIII e XIV, Salerno foi importante referência nos estudos de farmácia (Cavallazzi, 2006).

O sistema médico baseado na teoria hipocrática e galênica – cuja terapêutica medicamentosa fundamenta-se principalmente no uso de vegetais – predominará como uso médico-terapêutico na cultura ocidental durante um longo período, passando a ser contestado a partir do Renascimento. O primeiro grande crítico desse sistema foi Paracelso (1493-1541), alquimista da Renascença versado em química que, a partir de estudos em seu laboratório relacionando processos fisiológicos e patológicos do corpo humano com reações de ordem química, criou outro sistema de explicação das causas das doenças e das ações para corrigi-las (Sigerist, 2011).

Considerado um precursor “espiritualista” e “vitalista”, profundamente influenciado pelo renascentismo de seu tempo (Miranda, 2011), Paracelso se fundamentava em conceitos químicos, ainda que de caráter mais filosófico do que científico, para questionar a teoria dos humores e para elaborar o seu próprio sistema (interação de elementos minerais e metais presentes no corpo estariam relacionados ao bem estar do homem), introduzindo novos remédios na terapêutica vigente para além daqueles de origem vegetal e, em menor escala, animal. Foi considerado um “reformador dos medicamentos” e introdutor das substâncias químicas (purificadas) no preparo de remédios, destacando-se aqueles sob as

formas de extratos alcoólicos, tinturas e banhos com soluções de minerais, além do uso do ópio, ferro, mercúrio, enxofre, arsênio e sal.

Embora a grande novidade e contribuição de Paracelso tenha sido a introdução de novas substâncias na terapêutica, que não apenas as de ordem vegetal e animal, ele também realizou muitos estudos acerca de princípios ativos de espécies vegetais e foi adepto da “doutrina das assinaturas”, que relacionava a forma da estrutura da planta com suas qualidades medicinais. Após a morte de Paracelso em 1546, considerado o precursor da farmacologia moderna de base bioquímica, – ele utiliza pela primeira vez na história do ocidente a química como terapêutica¹⁰ – são elaborados os primeiros códigos farmacêuticos e aparece pela primeira vez, em 1.560, segundo Cavallazzi (2006), a palavra *farmacopeia*.

As contribuições de Paracelso ao novo repertório de drogas químicas terão repercussões importantes nos sistemas médicos e terapêuticos da Europa ocidental e dos territórios que virão a ser suas colônias a partir do século XVI. Contudo, deve-se a Hipócrates e Galeno o início das duas grandes correntes médicas que permearão os princípios da medicina ocidental até os dias atuais (Udry, 2001). Segundo essa autora, a filosofia hipocrática era a *vis medicatrix* ou o “poder de cura” pela própria natureza, sendo que uma de suas terapêuticas consistia no uso de substância semelhante à doença, no que se refere aos efeitos e sintomas que provocavam, o que atualmente denominamos *homeopatia* (do grego *hómoios*, semelhante, mais *páthos*, “doença” ou “sofrimento”). Já no sistema desenvolvido por Galeno a terapêutica consistia no uso de substância que se opunha aos sintomas da doença e era aplicada de forma direta visando o local ou a função prejudicada pela doença, tratamento denominado *alopático* (do grego *állos*, “outro” ou “diferente” mais o sufixo *páthos*, “sofrimento”)¹¹.

¹⁰ O pioneirismo na utilização terapêutica de substâncias químicas se deve a Muhammad ibn Zakarīya Rāzi (865-925) – Rasis, Rhazes ou Al-Raziou – que foi um alquimista e médico persa que no século X introduziu o uso de substâncias químicas com finalidades terapêuticas, como: ácido sulfúrico, alcatrão, álcool, argila, betume, cobre, coral, cré, mercúrio, ouro, pérola, sal amoníaco e sais de arsênico.

¹¹ Ambos os termos foram cunhados por Christian Friedrich Samuel Hahnemann (1755-1843) fundador da homeopatia no final do século XVIII como um sistema médico alternativo ao vigente à época. O método da homeopatia parte do princípio *similia similibus curantur* (“semelhante pelo semelhante se cura”), sendo que a terapêutica medicamentosa desse sistema se baseia na diluição e dinamização de uma substância que produz o mesmo sintoma num indivíduo saudável. Reconhecendo que os sintomas são uma reação do corpo à doença, essa é compreendida como uma perturbação da *energia vital* cujo restabelecimento do equilíbrio pode ser alcançado pela homeopatia.

Os desdobramentos dessas correntes e sistemas médicos, incluindo suas terapêuticas a partir das plantas medicinais, desenvolvidas e mantidas no âmbito dos mosteiros da Igreja Católica durante a Idade Média, chegarão aos continentes americanos a partir do século XVI, com a invasão e ocupação europeia. Evento que marca o início da formação do território brasileiro num continente que, todavia, já era usado por um conjunto de povos.

Em algumas regiões da América mais de 90% da população nativa foi dizimada logo nos primeiros anos de contato (Denevan, 1992b). Anderson e Posey (1985) estimam que cerca de 80% dos povos indígenas que habitavam a atual América Latina foram mortos após a chegada dos primeiros colonizadores. Denevan (1992a) chega à estimativa de que no continente americano havia 53,9 milhões de habitantes no ano de 1492, sendo que 8,6 milhões desse total viviam nas “terras baixas” da América do Sul (excluído os Andes e o altiplano andino). Porto-Gonçalves (2009) assinala que antes da invasão europeia havia onde hoje se denomina América Latina uma população estimada entre 57 a 90 milhões de habitantes. Segundo Ribeiro (1995), havia no Brasil, no ano de 1500, cerca de cinco milhões de indígenas, em Portugal nesse mesmo período a população era de pouco mais de um milhão de habitantes.

Para Todorov (1993) esse foi o caso em que o termo *genocídio* pôde ser aplicado com exatidão, uma *hecatombe* que não se compara a nenhum dos massacres cometidos no século XX, cerca de 90% das populações ameríndias foi morta na invasão europeia nas primeiras décadas do século XVI, uma diminuição populacional da ordem de 70 milhões de pessoas.

Sem entrar em detalhes, e para dar somente uma ideia global (apesar de não nos sentirmos totalmente no direito de arredondar os números em se tratando de vidas humanas), lembraremos que em 1500 a população do globo deve ser da ordem de 400 milhões, dos quais 80 habitam as Américas. Em meados do século XVI, desses 80 milhões, restam 10. Ou, se nos restringirmos ao México: às vésperas da conquista, sua população é de aproximadamente 25 milhões; em 1600, é de 1 milhão. (Todorov, 1993, p. 129).

Embora haja um consenso de que os agentes patogênicos trazidos pelos conquistadores europeus sejam a grande e principal causa da mortalidade indígena, para Denevan (1992a) essa tendência a superestimar o papel das doenças obscurece outras

razões decisivas para a quase extinção desses povos¹². Como as ações militares e massacres; maus tratos (tortura, trabalho forçado e escravidão); fome e desnutrição por conta da destruição dos sistemas alimentares e agrícolas; perda da vontade de viver e de se reproduzir (suicídio, infanticídio, aborto); redução da vitalidade. Portanto, houve graves perturbações dos repertórios técnicos de existência dos povos indígenas (meios de circulação, estradas e caminhos, moradias, sistemas alimentares, técnicas agrícolas e extrativistas, autos-cuidados) com a colonização por novos, incomuns e severos sistemas de exploração que tiveram graves efeitos, somando-se àqueles produzidos pelas doenças.

Denevan (1992b) chama de *mito prístino* a crença de que a América era, em 1492, uma terra vazia, esparsamente povoada e sem perturbações humanas perceptíveis, ou seja: paraíso terrestre, reino natural intocado; uma terra de belezas, fertilidade, selvagem, virgem intocada, não humanizada, vazia de gente. Contudo, a esse mito se opõem evidências cada vez mais abundantes de que as Américas, no início do século XVI, eram por quase toda parte constituídas de paisagens humanizadas. Dentre essas evidências e registros do trabalho indígena pretérito, destacam-se achados arqueológicos: modificações da extensão e composição das florestas; pastagens criadas artificialmente; rearranjo do relevo através de montículos e terraplanagem; campos agrícolas, cidades e estradas¹³.

Diegues (2001) ao criticar o *mito moderno da natureza intocada* – um mundo natural e selvagem – afirma não existir essa natureza em *estado puro*, sendo que muitas *regiões naturais* são na realidade extensas áreas manipuladas pelos homens. Alguns autores têm afirmado, por exemplo, que a Amazônia é uma *floresta cultural*, *floresta antropogênica* ou *selva artificial* (Balée, 1989; Denevan, 1992b; Mann, 2007), resultado de intervenções na composição e extensão das florestas tropicais.

Algumas espécies como babaçu, castanhas, cipós, palmeiras e bambus, por exemplo, que compõem 12% das florestas de “terra firme” na Amazônia são espécies

¹² As doenças e agentes patogênicos trazidos pelos europeus dizimaram a maioria dos povos originários nas primeiras décadas da invasão, tanto pelo contato direto quanto pelo contato indireto (pessoas infectadas, muitas vezes com vírus incubado, ao fugir dos locais de grandes epidemias levavam as doenças para povos e grupos de outras áreas que ainda não tinham tido contato direto com os invasores, o que alastrou a mortalidade por doenças).

¹³ Muitas das descrições que alimentam o mito prístino de que a América era uma terra vazia de gente foram feitas por *testemunhas oculares* que viveram num tempo posterior, sobretudo no período 1750-1850, quando intensificou-se a ocupação pelos colonizadores das terras mais interioranas. Daí Denevan (1999) afirmar que a paisagem de 1750 era mais *prístina* (menos humanizada) que a de 1492.

manejadas e selecionadas pelos povos ancestrais (Balée, 1989)¹⁴. Outro indício de que a Amazônia foi densamente ocupada por populações pré-colombianas que criaram um complexo e sofisticado manejo agrícola são as manchas espessas encontradas por toda essa região de solos de coloração preta ou marrom escuro contendo vestígios de artefatos de cerâmica, a *terra preta de índio* cuja alta fertilidade é reconhecida e utilizada na região até hoje (Heckenberger *et al.*, 2007; Falcão, 2013).

Pierre Monbeig (1984) também sugeriu que o cerrado brasileiro resultou de criação humana a partir da prática constante e disseminada da *coivara*, numa vasta extensão¹⁵. Além da prática de queima (coivara), Anderson e Posey (1985) afirmam que as técnicas de plantio e manejo de cerrado pelos índios Kayapó também incluía a técnica de formação de *ilhas de floresta*, ou seja, criação e manutenção por várias gerações de “aglomerados de vegetação” altamente diversificados (seja em campos abertos ou densas matas) visando suprir um conjunto diverso de necessidades (cultivos agrícolas, caças, refúgios e abrigos).

Heckenberger *et al.* (2007) a partir de pesquisas arqueológicas, antropológicas e análises de imagens de satélite realizaram levantamentos, principalmente no Alto Xingu (no estado do Mato Grosso), de grandes assentamentos pré-colombianos (com idade de ocupação entre 1250-1400 d.C., segundo datações por radiocarbono e depósitos estratificados) geralmente distantes entre 3 e 5 Km e ligados por sistema de largas e retilíneas estradas. Tais assentamentos eram densamente povoados e constituídos por praças circulares e estradas radiais; calçadas elevadas; áreas agrícolas; parques abertos; florestas intensamente manejadas; pontes; represamento de rios; açudes; lagoas artificiais; e canais. A organização espacial desses assentamentos se dava por meio de nós (praças) ligadas por vias e entremeadas por manchas e corredores de florestas intensamente manejadas, com muitos depósitos de terra preta.

¹⁴ Em Nogueira (2012) pesquisas recentes evidenciam que as árvores de castanha-do-pará (*Bertholletia excelsa*) foram cultivadas, dispersadas e concentradas em determinadas áreas por toda a Amazônia pelos povos indígenas no período pré-colonial. A dispersão das castanheiras por toda a Amazônia não seria possível somente por mecanismos naturais, de acordo com pesquisas apenas a ação humana daria conta desse processo.

¹⁵ A coivara é uma técnica agrícola que consiste na derrubada e queima da vegetação numa dada área para posterior cultivo sem que o terreno seja previamente limpo. Após esse procedimento o cultivo é feito a partir da mescla de diversas espécies vegetais o que comprovadamente evita, como assinala Souza (1994), “a proliferação de pragas e outros males”. Segundo essa autora, o uso indígena também se baseava na alternância das áreas cultivadas a cada três anos para não esgotar os solos, além do que as áreas após cultivo eram tomadas por uma mata de baixas proporções onde as populações indígenas obtinham bastante caça.

O que para os autores evidencia a existência de grandes comunidades políticas regionalizadas. Muitas das estruturas estão em uso até hoje e construções e usos similares são comuns aos povos de toda a periferia sul da Amazônia. Esses assentamentos pré-colombianos sugerem ambientes intensamente elaborados e modificados pelo homem, com uma complexidade comparável a de muitas outras sociedades contemporâneas nas Américas e em outros continentes.

Para Nonato (2012) talvez isso explique o porquê das áreas de maior biodiversidade do planeta coincidirem justamente com os territórios das chamadas *populações tradicionais*, cujos usos da biodiversidade envolvem uma ampla e rica gama de práticas, incluindo as de cura. Inclusive foram os usos medicinais que sempre foram o foco da atenção dos pesquisadores dentre o rol do repertório técnico dessas populações¹⁶.

Para os estudiosos dessa abordagem, a biodiversidade da Amazônia só pode ser interpretada à luz das estratégias de subsistência e manejo das diversas organizações sociais que vêm ocupando esse espaço muito antes da ação dos colonizadores. Como resultado de uma longa história de co-desenvolvimento entre os ecossistemas florestais e as culturas locais, a biodiversidade e a sociodiversidade amazônica estão intimamente ligadas e não podem ser efetivamente separadas. (Nonato, 2012, p.63).

Para Heckenberger *et al.* (2007), as “cicatrices” deixadas pelas ocupações pré-colombianas na Amazônia, *assinaturas florestais* de paisagens alteradas, facilmente identificáveis tanto a olho nú quanto através de imagens de satélite, dão testemunho do que foi perdido após a invasão europeia e, ao mesmo tempo, da necessidade de se considerar fatores humanos na formação da biodiversidade dessa imensa região. Essa *diversidade bio-histórica* amazônica deve subsidiar a compreensão de que essa região, antes da colonização europeia, não era uma terra de povos “primitivos” e de “natureza intocada”. Isso não quer dizer que essas sociedades pré-colombianas fossem semelhantes às sociedades ocidentais, mas, sim, que suas variações biológicas e culturais resultaram de uma complexa e dinâmica história de *sistemas humano-ambientais* únicos. Uma *cultura de floresta tropical* como

¹⁶ Para um levantamento dos diversos repertórios técnicos (cidades, estradas e caminhos, escritas, agricultura, calendários, demografia e organizações políticas) presentes no continente americano antes da invasão europeia a partir de um relato das paisagens e costumes das populações indígenas e originárias (escrita, alimentação, vestimentas) consultar Charles C. Mann (2007).

expressão de um conjunto de conhecimentos e práticas indígenas também generalizáveis em seus princípios.

Mais do que ecossistemas, tais complexos são vestígios, expressões e permanências de *geossistemas* passados, uma indissociabilidade de sistemas ecológicos e sistemas sociais (Isnard, 1982).

Essas antigas sistematicidades foram aniquiladas ou fortemente desmanteladas com a introdução paulatina de novas sistematicidades pelos colonizadores europeus. Crosby (1993), ao falar da *expansão biológica* promovida pela Europa, preocupou-se em compreender de que modo homens, espécies vegetais e animais colonizaram o mundo, e o quanto esse processo foi desigual e assimétrico conforme os países e continentes. Concluindo que um *imperialismo ecológico europeu* organizou um sistema formado por *espécies gerais de formas de vida*: homens, plantas, ervas, animais e microorganismos (bactérias, vírus, fungos, protozoários, helmintos e vermes).

É o caso da região sulamericana atualmente chamada de *pampa* (área plana e bem servida de água, considerado um dos atuais biomas brasileiros) que sucumbiu quase em sua totalidade aos invasores europeus, sobretudo a partir de fins do século XVI com a difusão de enormes rebanhos de animais trazidos da Europa alterando-a de forma irreversível¹⁷.

Transportando e fazendo circular intencionalmente ou não, os *europeus e sua biota portátil* transformaram profundamente diversos ambientes em continentes de todo o globo. O que expressa o funcionamento sistêmico dos meios e o quão antigo é o grau de artificialidade dos mesmos.

O fato de que muitas das espécies encontradas no Brasil de hoje sejam *exóticas adaptadas*¹⁸ é resultante do processo intenso de manejo, intercâmbio e difusão de espécies vegetais entre os continentes. O atual valor e riqueza das plantas medicinais não reside na espécie vegetal ela mesma, mas na sua associação, no seu uso, na sua geografixação. As plantas medicinais são híbridos que há tempos vêm sendo elaborados.

¹⁷ Pesquisas botânicas realizadas na década de 1920 apontaram que apenas 25% das plantas que cresciam selvagens nos pampas constituíam espécies nativas herdadas do período anterior à colonização europeia. (Crosby, 1993).

¹⁸ Considera-se espécie vegetal *exótica* aquela proveniente de fora da flora original local, ou seja, uma espécie exótica (ou estrangeira) não é *autóctone*, isto é, originária ou nativa do ambiente em que se encontra. Ao desequilibrar um dado ecossistema a espécie exótica é considerada *invasora*, ao passo que quando cultivada ou sem causar tais danos quando selvagem a espécie é considerada *exótica adaptada*.

Híbridos de objetos e ações, os sistemas terapêuticos que serão praticados no decorrer da história do Brasil – e nos quais as plantas medicinais desempenharão papel notório – têm uma matriz importante representada pelas técnicas indígenas¹⁹, às quais se juntarão ou se amalgamarão repertórios e práticas de outras duas matrizes (a de origem europeia e a de origem africana). O que imprimirá grande complexidade e especificidade ao conjunto de sistemas terapêuticos e aos usos de plantas medicinais no território brasileiro.



Foto: Luis Ribeiro, Horto da Embrapa Amazônia Oriental, Belém-PA (05/12/2012)

¹⁹ Tal como apontado por Santos e Silveira (2001), talvez seja uma impropriedade denominar esse período como *pré-técnico* ou *natural* em virtude do relativismo desses dois termos. A mera presença do homem ao atribuir um valor às coisas torna estas um dado histórico e social. Para Latour *et al* (1998) a “figura da Natureza, exterior ao coletivo humano, é uma figura recente e provisória”, fruto da *grande divisão* que perdurou, por alto, segundo esses autores, de Descartes ao pós-guerra (século XVII a 1945).

Capítulo 2. Meios técnicos, pluralidades terapêuticas e predomínio do uso de remédios à base vegetal: formação da medicina popular brasileira (século XVI - século XIX)

A presença de diversos grupos indígenas e a instalação contínua e sucessiva de povos europeus e africanos na formação socioespacial brasileira fermentaram repertórios técnicos diversos que influenciaram decisivamente os usos de plantas medicinais no país, vindo a constituir as bases da chamada *medicina popular brasileira* (Ricardo, 2011). Esse processo migratório também foi acompanhado pelo intercâmbio de muitas espécies vegetais entre os continentes, não apenas da Europa e de suas outras colônias, mas também pelos povos do continente africano que trasladados à força como escravos também trouxeram plantas utilizadas em ritos religiosos, na culinária e em fórmulas medicinais (Cavallazzi, 2006).

Com o processo de colonização intensificam-se a transposição, os deslocamentos, as misturas, hibridações, trocas e os intercâmbios das regiões do Brasil entre si e destas com outros lugares do mundo, o que paulatinamente imprimiu novas dinâmicas ao território brasileiro. Cada vez mais densos, diversos e desiguais, os fluxos de gentes, plantas e ideias foram transformando os meios geográficos e os usos do território através das terapêuticas e técnicas de cura.

Essas práticas curativas, híbridas, da medicina popular europeia, indígenas e mais tarde africana foram as responsáveis pelos cuidados da saúde no Brasil não apenas dos séculos XVI e XVII, mas até boa parte do XIX. A medicina erudita teve pouca importância durante o período colonial, tanto pela presença ínfima de seus representantes (locados principalmente em cidades mais prósperas), quanto pelo seu custo elevado, que a tornava fora do alcance para a grande maioria da população (Gurgel, 2010, p. 172).

De acordo com Miranda (2011, p.226) praticamente todos os relatos dos “cronistas, religiosos, médicos e viajantes, tanto portugueses como holandeses que vieram ao Brasil nos séculos XVI e XVII, apontavam, com entusiasmo, para a grande variedade e riqueza de plantas medicinais”, os quais destacavam principalmente “os bons resultados obtidos através do uso terapêutico desses vegetais”. O autor elenca os seguintes frutos e plantas

usados terapêuticamente pelos indígenas: abacate; mandioca; alho; ananás; Angelim; araçá; maracujá; aroeira; urucu; copaíba; jaborandi; jenipapo; gravatá; imbé; imbaúba. Cita também a relação de plantas medicinais levantada pelo padre Fernão Cardim (*Tratado da terra e gente do Brasil*): tetigucu (jeticucu); igpecacoáya (ipecacuanha); cayapiá (caapiá); tereroqui (tereroqui); petum (tabaco); guaraquigynha (erva-moura).

Quando aportaram no Brasil em 1579, os jesuítas²⁰ faziam uso somente de espécies vegetais trazidas da Europa, mas foram incorporando os usos indígenas das espécies vegetais nativas, que também passaram a ser manipuladas nas chamadas *Boticas dos Colégios* (Cavallazzi, 2006). As boticas foram autorizadas como estabelecimentos comerciais a partir de 1640 (Fernandes, 2004).

Nessa primeira fase da formação do Brasil, destacam-se duas principais sistematizações terapêuticas, fundamentadas na utilização de plantas medicinais, que alcançaram maior escala de ação e área de influência: a dos bandeirantes e a dos jesuítas. Os bandeirantes exerceram papel fundamental nesse processo por terem circulado e explorado várias áreas do Brasil na captura de índios para escravização, na destruição de quilombos e na busca por pedras e metais preciosos para comercialização. Não à toa em todo o território gozava de fama e muita consideração os chamados “remédios de paulistas”²¹.

A partir do século XVII, tem início a fase de exploração denominada *Drogas do Sertão*, que constituiu numa macro-organização empreendida pelos jesuítas na região amazônica e que se estendeu até meados do século XVIII, quando estes foram expulsos em 1759 do Brasil Colônia pelo Marquês de Pombal (Machado, 1989). Delegando a busca e cultivo em campos, matas e florestas pelos povos nativos, as Companhias Jesuítas

²⁰ Os jesuítas são os membros da chamada Companhia de Jesus, uma ordem religiosa católica fundada em 1534 por estudantes da Universidade de Paris liderados pelo basco Inácio de Loyola, cuja atuação principal foi reconhecida na área missionária e educacional.

²¹ “Nos *remédios de paulistas* figuravam práticas como o uso da aguardente com sal para mordeduras de cobra, e o caldo de fumo, juntamente com a unção da pele com bolas de cera, utilizados contra as picadas de mosquitos, pernilongos e borrachudos, abundantes em algumas regiões. Ervas nativas como cayapiá ou trigueirinho terrestre (*Dorstenia brasiliensis* e outras espécies), além da salsaparrilha (*Smilax sp.*) eram considerados poderosos no combate à febre. Como preventivos de diversas afecções, ingeria-se a malagueta (*Capsicum frutescens* e outras da família das solanáceas) e o gengibre (*Zingiber officinale R.*), ambas trazidas de outros continentes pelos colonizadores. Entretanto, era a vegetação usada pelos indígenas por milênios, que a população colonial podia recorrer com maior frequência e intensidade. A real importância do uso dos *remédios de paulistas* foi estabelecida pelo naturalista Von Martius. Ele atribuiu aos bandeirantes o mérito tanto da utilização e da difusão da flora curativa brasileira quanto do descobrimento das minas de ouro”. (Gurgel, 2010, p.152).

estruturaram uma rede de distribuição, comercialização e exportação das chamadas *novas especiarias*, dentre as quais figuravam plantas e ervas medicinais cujos efeitos terapêuticos deram o nome de *drogas* a este processo de exploração.

As drogas coloniais constituíram uma das principais fontes de riqueza da época moderna, sendo que os esforços na catalogação, registro e classificação botânica das Américas representou uma das principais atividades de parte dos Impérios europeus, o que explicaria o súbito aumento nos estudos e descrições botânicos e naturalistas a partir do século XVII. Os portugueses “não se dedicaram a uma atividade sistemática de inventário naturalista da flora e da fauna das suas regiões americanas, não havendo nenhum projeto deliberado de investigação e de descrição naturais por parte da Coroa portuguesa” (Carneiro, 2011, p.16)²².

Sevcenko (1996) situa o ciclo das Drogas do Sertão e a expulsão dos jesuítas no contexto das *guerras vegetais* entre os impérios europeus, pela disputa, não militar, mas através da espionagem e pilhagem, de coleções de amostras de espécies vegetais. Processo que esteve por trás da construção dos jardins botânicos e jardins de plantas nos séculos XVIII e XIX, como é o caso da construção pela Coroa, no Brasil Colônia, do Passeio Público no Rio de Janeiro, no final do século XVIII²³.

Data de 1811 a publicação de Manuel Arruda da Câmara intitulada *Discurso sobre a utilidade da instituição de jardins nas principais províncias do Brasil*, cujo objetivo foi “promover a importação de vegetais de várias partes do mundo para terras brasileiras a fim de serem utilizados como alimento, no fabrico de roupas e de medicamentos”, pois a

²² A primeira sistematização “médico-botânica” da flora brasileira foi feita no século XVII, por artistas e naturalistas holandeses, durante o governo de Maurício de Nassau, na invasão holandesa do Nordeste brasileiro (1637-1644), destacando-se o levantamento realizado pelo astrônomo e cartógrafo Jorge Marcgrave e o médico Guilherme Piso, trabalho que só seria superado no século XIX.

²³ “A sua origem mais remota obviamente está na crise do império português na segunda metade do século XVIII, quando as minas se esgotavam. As minas de ouro do Brasil estavam em declínio e Portugal ia sofrendo pressão, o que o levava a perder territórios e mais territórios de suas possessões asiáticas, de tal maneira que, com a crise do açúcar, a dos minérios e a crise do Oriente, o Brasil virava o único grande repositório da riqueza do império português, e a alternativa por excelência que sobrava aos colonizadores era o desenvolvimento de novas espécies vegetais, em especial o transplante para a América de espécies asiáticas e a criação aqui, então, de uma grande variedade de drogas (cravo, canela, baunilha, pimentas, corantes, essências aromáticas, salsaparrilha, etc.). Estas, chamadas drogas do sertão, foram responsáveis justamente por grande parte da luta do marquês de Pombal contra os jesuítas, pois esses tinham o controle internacional das drogas do sertão tanto na América quanto na Ásia. [...] Portanto, essa guerra contra os jesuítas era uma guerra pelo controle das drogas, e a expulsão deles visava sobretudo transferir o mercado internacional das drogas para a coroa portuguesa”. (Sevcenko, 1996, pp.113-114).

“introdução dessas plantas proporcionaria uma significativa economia diante do alto custo de sua aquisição em outros continentes” (Miranda, 2010, p.85). Esses Hortos ou Jardins deveriam dispor, segundo o documento, de “viveiros e reservatórios para abrigar plantas *indígenas e exóticas*”, além de algumas espécies de animais de diversas localidades do mundo. Vários Jardins Botânicos foram criados no Brasil entre o final do século XVIII e no século XIX, embora tais iniciativas tenham sido acompanhadas de estudos botânicos, pouco material foi publicado e desprezíveis influência ou contribuição tiveram para os agricultores da época.

As primeiras academias científicas surgiram no Brasil na segunda metade do século XVIII, como a Sociedade de História Natural do Rio de Janeiro (Academia de Ciência e História Natural e Academia Fluminense Médica, Cirúrgica, Botânica e Farmacêutica) fundada em 1772, mas que se extinguiu em 1779. Não havia as bases no Brasil para o acúmulo, transmissão e intercâmbio do conhecimento científico como, por exemplo, bibliotecas públicas, livrarias e estabelecimentos comerciais para aquisição de obras e tampouco oficinas tipográficas para impressão de material bibliográfico. Situação que começará a mudar somente a partir de 1808 com a chegada e instalação da família real no Brasil e, sobretudo, após a independência em 1822²⁴.

De acordo com Gurgel (2010) na ausência de médicos, cirurgiões, barbeiros e boticários no Brasil colonial, as práticas médicas estiveram a cargo dos religiosos, destacando-se os jesuítas, que desenvolveram sistemas terapêuticos a partir da mescla de técnicas indígenas e práticas provenientes de colégios jesuítas localizados em outros lugares do mundo, além da troca e intercâmbio com membros da Companhia de Jesus estabelecidos nas diversas regiões das colônias americanas portuguesas que viriam a constituir o Brasil contemporâneo: Brasil e do Grão-Pará e Maranhão²⁵. A falta de médicos

²⁴ Somente em 1808, o Príncipe Regente Dom João criará a Escola Anatômica, Cirúrgica e Médica (gênese da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro), sendo que a escola propriamente médica mais antiga no Brasil é a Faculdade de Medicina da Bahia fundada em 1808.

²⁵ Ao afirmar que a “Amazônia” foi uma invenção do projeto imperial do Brasil, Souza (2002) assinala que devido a limitações de ordem técnica para ocupação, Portugal tinha duas colônias na América do Sul: o Brasil; e Grão-Pará e Maranhão (depois Grão-Pará e Rio Negro). Em 1823 após a independência de Portugal o recém criado Império do Brasil inicia a anexação da ainda colônia portuguesa Grão-Pará e Rio Negro por meio da força e da violência. Nesse processo (1823-1840) Grão-Pará e Rio Negro perde entre 30% e 40% de sua população e todos os focos de modernidade foram destruídos, inclusive o ideário republicano. Souza (2005) sublinha que Grão-Pará e Rio Negro foi a única colônia em cuja pauta de exportação os produtos manufaturados suplantavam matéria-prima sem valor agregado.

e de cirurgiões-barbeiros contribuía para que o boticário fosse muitas vezes o único agente com conhecimento médico.

Essa ausência é em parte tributária da inexistência de universidades e escolas de formação fazendo com que médicos, cirurgiões-barbeiros e boticários com formações oficiais e eruditas tivessem que vir de Portugal. Na Colônia tais profissionais ficavam sob fiscalização e controle da burocracia da metrópole, representada pela *Fiscatura* e pelas figuras do Físico-Mor (equivalente ao médico de hoje) e do Cirurgião-Mor que também fiscalizavam os estabelecimentos que comercializavam medicamentos²⁶.

As atividades de cirurgião e cirurgião-barbeiro se confundiam e, assim como os boticários e aprendizes de boticários, os barbeiros provinham de camadas mais pobres e iletradas da população, ao passo que na metrópole o cirurgião-barbeiro (visto como categoria hierarquicamente inferior ao médico²⁷) frequentava escola. Os cirurgiões-barbeiros eram muito mais frequentes que médicos no Brasil colonial, pois esses além de escassos na própria metrópole também não se interessavam em vir para as colônias porque nessas não havia uma clientela suficientemente atrativa que pudesse arcar com seus serviços.

Nessa fase formou-se uma importante e necessária “pequena multidão de curandeiros, benzedoras, rezadores, que tentavam suprir a absoluta carência de profissionais habilitados e ligados aos processos de cura”, lembrando que esse período ainda é caracterizado pela indissociabilidade entre medicina, religião e magia, tanto na medicina erudita quanto nos sistemas populares de cura, seja na metrópole Portugal ou nas colônias, como o caso brasileiro (Gurgel, 2010).

Aliado à ausência de profissionais habilitados oficialmente, Miranda (2011, p.296) também aponta o receio, desconfiança e rejeição que a população em geral tinha frente aos

²⁶ Mesmo em Portugal havia nesse período uma forte presença da igreja católica, da pedagogia monástica e da estrutura inquisitorial (Tribunal do Santo Ofício) que impediu o espírito crítico necessário ao desenvolvimento mais vigoroso da ciência. A censura e perseguição pela Inquisição fez com que muitos médicos de origem judaica (cristãos-novos) fugissem para outros países da Europa e em menor grau para as colônias. Por isso Miranda (2010) afirma que a *intolerância étnico-religiosa contra judeus* e o *domínio do ensino superior exercido pelos jesuítas* foram fatores determinantes na estagnação do conhecimento médico em Portugal e no caminho oposto que esse seguiu em relação aos demais centros europeus.

²⁷ Muito simplificada, pois se trata de uma evolução histórica complexa que durou séculos, essa relação se baseava na divisão do trabalho, enquanto o Físico licenciado (doutor em medicina) era iniciado na teoria e princípios gerais, o cirurgião era aquele, versado empiricamente, que realizava o trabalho manual. Como assinala Miranda (2010) o “ato manual comprometeria a reputação intelectual do médico, que dispensava a eficácia técnica” (p.246).

agentes da medicina oficial levando-a “a procurar cada vez mais os serviços oferecidos por *bruxos*, curandeiros e rezadores”, além das “mandingas” utilizadas pelos mandingueiros, sacerdotes e feiticeiros africanos trazidos como escravos.

As fórmulas utilizadas pelas sistematizações jesuítas foram mantidas como uso exclusivo por esses religiosos até 1766, quando é publicada a *Coleção de várias receitas*. As boticas jesuítas funcionavam nas dependências dos colégios fornecendo remédios à população em geral (indígenas, escravos, colonos e descendentes) e eram constituídas por uma oficina para elaboração e uma farmácia para dispensação. Também existiam as “boticas flutuantes” ou “boticas do mar” muito comuns e atuantes no Maranhão, Pará e no litoral de São Paulo que além de dispensar remédios propiciavam o rico intercâmbio de fórmulas entre os colégios jesuítas (Gurgel, 2010; Miranda, 2011)²⁸.

Em 1744 e 1782 são editadas legislações para ordenar e fiscalizar a preparação de drogas e a prática dos boticários que se fundamentavam principalmente nas plantas e extratos vegetais, o que se evidencia, por exemplo, na *Farmacopeia Geral para o Reino e Domínios de Portugal* de 1794 constituída por 11 remédios de origem animal, 30 mineral e cerca de 400 produtos a partir de espécies vegetais. A partir de meados do século XIX começam a proliferar no Brasil as caixas de botica, farmácias de manipulação e as bases de uma produção manufatureira de medicamentos. Com a criação de escolas científicas de botânica e de farmácia pouco a pouco estabelecimentos farmacêuticos e drogarias com medicamentos acabados e padronizados passam a substituir as boticas (Fernandes, 2004).

Portanto, a antiguidade do uso de plantas medicinais permanece e se atualiza nos diversos sistemas terapêuticos presentes no território brasileiro, tanto naqueles vinculados ao conjunto da chamada medicina popular como nos sistemas mais profissionalizados e eruditos da chamada medicina oficial. Inclusive como o principal insumo medicamentoso. Contudo, esse predomínio das plantas medicinais é relativizado a partir do último quartel do século XIX segundo os usos do território considerados em função das repercussões na área médica e de saúde da difusão do meio técnico-científico no território brasileiro.

²⁸ As boticas jesuítas eram bem equipadas tecnicamente para a fabricação de medicamentos, segundo inventário do Colégio do Maranhão de 1760 sua botica dispunha de: quatro estantes para armazenamento de vasos de barros com tampas de vidro em cores variadas que guardavam cerca de 400 remédios; dois armários grandes e um bufe de quatro gavetas; trinta tratados de medicina; quatro alambiques (dois de cobre e dois de barro vidrado); três fornalhas; almofarizes (cadinhos) de mármore, de ferro e de marfim; cinco tachos; uma estufa; prensas; e bacias (Miranda, 2011).

Capítulo 3. Cientificação da medicina, primeiras políticas de saúde do Estado brasileiro e emergência de novos medicamentos sob bases química e biológica (segunda metade do século XIX a meados de 1930)

No conjunto diverso das práticas da medicina popular brasileira nesse período, o uso de plantas medicinais continuará banalizado e ordinariamente utilizado por todo o país, até os dias atuais, ainda que com menor intensidade quando comparado aos períodos anteriores. Contudo, no caso da medicina oficial – que será a racionalidade que dirigirá o ideário, as ações e a organização do sistema de saúde brasileiro – a hegemonia das plantas medicinais como insumo terapêutico se estenderá até meados dos anos 1930, quando a partir de então a *biomedicina* se afirmará, o sistema de saúde começará de fato a ganhar escala e as plantas medicinais e fitoterápicos paulatinamente serão alijados desse processo.

Reservamos o conceito de *biomedicina* à sistematicidade dominante (tecnosfera e psicosfera) no sistema de saúde brasileiro que se formará dos anos 1930 em diante a partir das sinergias entre medicina científica, política de saúde do Estado e grande capital, o que será tratado no próximo capítulo.

Podemos considerar como uma fase de transição o período que se estende entre final do século XIX e a década de 1930, marcada pela difusão do meio técnico-científico ainda incipiente e muito restrito a algumas poucas áreas e localidades do território brasileiro no que concerne aos usos médicos e da saúde pública. Fase que marcará o último período de predomínio do uso de plantas medicinais e fitoterápicos pelos sistemas médicos oficiais, como atesta a 1ª Farmacopeia Brasileira publicada em 1926, de Rodolpho Albino Dias da Silva, que ficou conhecida como a *Farmacopeia Verde*, na qual constavam descrições minuciosas de aplicação de 183 espécies de plantas medicinais brasileiras. Até então se utilizava como referência a farmacopeia francesa.

Em diversas áreas do conhecimento e disciplinas profissionais o estudo e o interesse pelas plantas medicinais não foram abandonados por completo, ou seja, não apresentaram grandes rupturas no decorrer da história, como é o caso da botânica, da farmácia e das práticas dos agentes da medicina popular. O mesmo não aconteceu com a prática médica oficial (corporação profissional), que ao apresentar rupturas e descontinuidades mais

acentuadas, em função da incorporação mais acelerada de novos conhecimentos, práticas e objetos técnicos, a partir da década de 1930 iniciará um processo de distanciamento e abandono da fitoterapia.

Como observado durante entrevistas e visitas nos trabalhos de campo realizados, verificamos que os profissionais não médicos vinculados ao sistema de saúde, principalmente nutricionistas, botânicos e farmacêuticos, tinham um conhecimento e saber acerca de plantas medicinais e fitoterápicos que também haviam aprendido nas suas faculdades e cursos de formação. Observamos em diversas farmácias, laboratórios ou oficinas de manipulação do sistema público a convivência de objetos técnicos de idades bem distintas, como os antiquíssimos cadinhos com pilões (de pedra e cerâmica), os recentes Contadores Eletrônicos de Colônias de Bactérias e o *spray dryer*, ambos utilizados conjuntamente nos processos atuais de manipulação de plantas e fitoterápicos.

Segundo entrevistados, os conteúdos de plantas medicinais foram aprendidos em disciplinas correntes das grades curriculares. No caso dos profissionais médicos, há muito tempo a disciplina e cursos de fitoterapia foram tirados de suas grades de formação, sendo que somente aqueles ligados às Medicinas Alternativas e às Práticas Integrativas e Complementares (PIC) afirmaram buscar cursos de especialização (de modo geral fora das instituições de formação médica) para desenvolverem tais atividades.

O desenvolvimento dos fundamentos científicos da medicina no Brasil a partir do último quartel do século XIX terá importantes desdobramentos para o objeto de nossa tese. Primeiro, pelo abandono progressivo da fitoterapia pela prática médica oficial. Segundo, porque será a racionalidade da formação da corporação profissional dos médicos e daquela que exercerá a direção e gestão do sistema de saúde brasileiro desde seu surgimento.

Para Sigerist (2011) a medicina é antes de tudo *techné*, ou seja, ofício. A experiência sempre esteve no centro da prática médica e o fundamento encontrado na ciência lhe permitiu abrir mão ou relegar a segundo plano as concepções religiosas ou filosóficas de seu discurso e de sua ação²⁹. O desenvolvimento da ciência médica se deu lentamente porque sempre dependeu sobremaneira das contribuições de outras ciências.

²⁹ Por isso Sigerist (2011) – escrevendo nos anos 1950 – vai dizer que nesse processo a medicina não gerou mais em nenhum momento dos últimos séculos um sistema completo, tal como formulado pelas antigas teorias médicas. Mas como prática e ofício alcançou avanços notáveis no enfrentamento de doenças e na resolução de agravos ao equilíbrio e funcionamento do corpo.

Desde a Renascença pouco a pouco a anatomia vai ocupando o centro da prática médica e da formação da medicina científica, conquistando a fisiologia no século XVII, a patologia no XVIII e a medicina clínica no século XIX.

O último campo que a anatomia patológica ocupa é o da terapêutica, pois o tratamento das doenças mantinha ainda as tradições e os mesmos traços desde Hipócrates. É com o desenvolvimento da cirurgia a partir do século XIX que a terapêutica torna-se também anatômica: remoção da doença e correção da anatomia do órgão. Além da cirurgia, também contribuiu para a consolidação da terapêutica anatômica uma farmacologia também anatômica: o uso de fármacos e drogas dirigidos a funções ou locais específicos do organismo segundo a ação esperada sobre órgãos, tecidos ou funções celulares específicas.

Silva Jr. (1998) aponta a existência no mundo ocidental de um modelo hegemônico de prestação de serviços em saúde cuja gênese remonta aos séculos XVIII e XIX a partir do desenvolvimento e da contribuição da ciência biológica. Trata-se do modelo *biomédico* ou *biomedicina* (medicina científica moderna) que se fundamenta e está centrado na doença e no hospital. Esse modelo pautado pelo binômio saúde-doença parte de uma concepção unicausal e biologicista da doença e dos agravos à saúde, desconsiderando as dimensões psicológica, social, econômica, cultural, política e territorial da saúde.

Dois importantes processos que se dão tanto na Europa (principalmente na França, Alemanha e Inglaterra) como nos Estados Unidos da América (EUA) contribuirão, no século XIX, na constituição da medicina científica. O que transformará radicalmente as práticas médicas e os usos terapêuticos no século XX em boa parte do mundo, inclusive no Brasil: a integração da prática médica com o laboratório e com o hospital.

A partir de 1850, os laboratórios imprimem grandes transformações nas áreas de fisiologia e patologia mudando também o ensino médico. Enquanto ao hospital³⁰ ficaria reservada sua posição privilegiada para a observação e registro, o laboratório constituirá o lugar ideal para a *experimentação controlada e sistemática*. Sobretudo a partir de sua

³⁰ Foucault (2000) assinala que o nascimento do hospital como tecnologia médica, como instrumento terapêutico, data do final do século XVIII. Até então não havia uma medicina hospitalar e o “personagem ideal do hospital, [...] não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo. É alguém que deve ser assistido material e espiritualmente, alguém a quem se deve dar os últimos cuidados e o último sacramento. Esta é a função essencial do hospital” (p. 101). Até o final do século XVIII não incorporando a função médica o hospital permanecia ainda como lugar de internamento de “doentes, loucos, devassos, prostitutas, etc.”, um “instrumento misto de exclusão, assistência e transformação espiritual” (p. 101).

crescente instrumentalização e incorporação de novos equipamentos como a invenção do estetoscópio (1816), o aperfeiçoamento do microscópio a partir de 1830, a criação do quimógrafo em 1847 para registrar alterações do corpo (como a pulsação) e a invenção dos raios X em 1895 (Porter, 2004)³¹.

Silva Jr. (1998) elenca oito elementos estruturantes da medicina científica moderna cujas complementaridades e sinergias determinam a prática médica: (i) mecanicismo; (ii) biologismo; (iii) individualismo; (iv) especialização; (v) exclusão das práticas alternativas, tanto populares quanto acadêmicas; (vi) tecnificação do ato médico; (vii) ênfase na medicina curativa; e (viii) concentração de recursos em determinados espaços físicos. Por isso muitas das resoluções de problemas atribuídas aos médicos estão fora das possibilidades de atuação desses profissionais devido à natureza econômica e política de tais problemas. Ou seja, as práticas e saberes da medicina resultam da determinação da totalidade social: de sua estrutura econômica (forças produtivas e relações de produção); e de sua superestrutura (instâncias jurídicas, políticas e ideológicas).

Essa medicina se incorporou ao desenvolvimento do sistema capitalista monopolista, exercendo um papel importante na reprodução da força de trabalho, no aumento da produtividade e na reprodução da ideologia capitalista, legitimando-a. Incrementou seu papel *normatizador* da sociedade, *medicalizando* seus problemas sociais e políticos. Também abriu um *novo mercado*, o de consumo de *práticas médicas* e de *saúde* (Silva Jr., 1998, pp.47-48).

O processo de *laboratorização* e *cientifização* da prática médica teve implicação direta na constituição de dois novos campos terapêuticos medicamentosos, com contribuições imprescindíveis da química e da biologia. Um deles é o dos medicamentos e fármacos obtidos através de síntese química em laboratório. O outro campo é o dos medicamentos biológicos cujos precursores e pioneiros são aqui identificados nas

³¹ As alterações percebidas na anatomia das partes do corpo permitiu à prática médica a realização de diagnósticos precisos por meio de exames físicos que através do desenvolvimento crescente de instrumentos e aparelhos (do estetoscópio, passando pelo microscópio, ao raio X e à tomografia computadorizada) confere ao laboratório papel de destaque na medicina científica moderna, tornando-o imprescindível na prática médica (Sigerist, 2011).

terapêuticas surgidas a partir da *teoria microbiana*³² que inaugurou o campo terapêutico das vacinas, soros e antibióticos³³.

Indissociavelmente das descobertas e inovações biomédicas, tanto no campo da prática e saber médicos quanto nas terapêuticas, destacam-se também as invenções e inovações no campo social. O que evidencia a indissociabilidade entre técnica e política. Ao destacar que as tecnologias da área química, biológica e da metalurgia inventadas no século XVIII são bastante discutidas, Foucault (2000) chama a atenção para o silêncio em torno da invenção de uma nova técnica disciplinar como meio de “gerir os homens, controlar suas multiplicidades, utilizá-las ao máximo e majorar o efeito útil de seu trabalho e sua atividade, graças a um sistema de poder suscetível de controlá-los” (p.105). Nesse contexto surge uma *técnica geral de saúde* na qual a medicina para além de sua prática enquanto “serviço das doenças e arte das curas, assume um lugar cada vez mais importante nas estruturas administrativas e nesta maquinaria de poder que, durante o século XVIII, não cessa de se estender e de se afirmar” (p.202). A partir da constituição de um saber médico-administrativo:

O médico penetra em diferentes instâncias de poder. [...] E constitui-se igualmente, uma ascendência político-médica sobre uma população que se enquadra com uma série de prescrições que dizem respeito não só à doença mas às formas gerais da existência e do comportamento (a alimentação e a bebida, a sexualidade e a fecundidade, a maneira de se vestir, a disposição do *habitat*). [...] E é sua função higienista, mais que seus prestígios de terapeuta, que lhe assegura esta posição politicamente privilegiada no século XVIII, antes de sê-la econômica e socialmente no século XIX. (Foucault, 2000, pp. 202-203).

O *higienismo* – doutrina que surge na primeira metade do século XIX quando Estados nacionais e governos europeus passam a intervir na organização e ordenamento das cidades – exerceu enorme influência no urbanismo e no controle social de diversos países

³² O francês Louis Pasteur (1822-1895), químico e microscopista, interessado nos estudos acerca dos microorganismos e da fermentação de bebidas como cerveja e vinho contribuiu para a teoria microbiana. Essa teoria ganhou muita força por conta das demonstrações experimentais de Pasteur de que a doença era causada pela invasão do corpo por organismos microscópicos.

³³ Essa última classe de medicamento terá uma difusão maior num período posterior. O primeiro antibiótico descoberto foi a penicilina em 1928 pelo biólogo, botânico e farmacologista escocês Alexander Fleming (1881-1955), cujo grande impulso foi o desenvolvimento e aplicação durante a 2ª Guerra Mundial (1939-1945).

no mundo. Compreensão do caráter social da doença e da necessidade de manter a salubridade³⁴ das cidades através do controle e vigilância das epidemias, do esgotamento sanitário, do tratamento das águas, da iluminação das ruas, predominou como diretriz de planos de ordenamento urbano durante os séculos XIX e início do século XX no Brasil (Hochman, 2006). Em 1923, por exemplo, ocorre no Brasil o 1º Congresso de Higiene promovido pela Sociedade Brasileira de Higiene.

O início do século XX marca no Brasil a emergência e consolidação do *movimento sanitarista* cujo *modelo campanhista* de combate às doenças transmissíveis (amparado nos conhecimentos da imunologia e microbiologia) marcará o surgimento da Saúde Pública no Brasil, destacando-se nomes e instituições cuja importância vigora até hoje, como Oswaldo Cruz, Carlos Chagas, Instituto Manguinhos ou Vital Brazil, Instituto Butantã e Instituto Adolfo Lutz.

Donnangelo (2011) diferencia *assistência médica* de *saúde pública*: a primeira se caracterizando como um conjunto de diagnósticos e terapêuticas dirigido ao consumidor individual; enquanto a segunda expressa um conjunto de medidas orientadas coletivamente visando a sociedade como um todo.

As práticas de saúde também sofreram as influências do fenômeno burocrático. Historicamente realizadas de forma dicotomizada em modelos tecnológicos, geraram duas formas de intervenção distintas: uma, de caráter social, que se convencionou denominar de sanitarista ou de saúde pública; e outra, ligada à prestação de cuidados aos indivíduos, a clínica. (Campos, 2007, p.878)

A mudança na prática médica no Brasil e, conseqüentemente, nos usos terapêuticos, a partir da influência mais acentuada da *medicina clínica* (unificação da medicina científica de laboratório e da prática em hospital)³⁵ no Brasil, entre o final do século XIX e primeiras

³⁴ Segundo Foucault (2000, p. 93) “é correlativamente a ela [salubridade] que aparece a noção de higiene pública, técnica de controle e de modificação dos elementos materiais do meio que são suscetíveis de favorecer ou, ao contrário, prejudicar a saúde. Salubridade e insalubridade são o estado das coisas e do meio enquanto afetam a saúde; a higiene pública – no séc. XIX, a noção essencial da medicina social francesa – é o controle político-científico deste meio”.

³⁵ A consolidação definitiva da medicina científica exigiu sua constituição enquanto *clínica*. Na clínica moderna os *sintomas* (o que o paciente sentia) passam a ter valor secundário, enquanto os *sinais* (o que o exame constata) tornam-se mais importantes. Por isso a partir do século XIX o hospital passa a ser o “ponto nodal da investigação médica: sua riqueza em termos de material clínico era insuperável” (Porter, 2004, p.101). Para Foucault (2000, p.111) “A clínica aparece como dimensão essencial do hospital. Clínica aqui significa a organização do hospital como lugar de formação e transmissão de saber”.

décadas do século XX, deu-se concomitantemente ao início da construção da política de saúde do Estado brasileiro.

Uma de suas principais características foi a progressiva extensão da ação do Estado pelo território nacional através de campanhas de vacinação, construção e organização de serviços de saúde e de instituições de ensino e pesquisa. Essa gênese da política de saúde do Estado brasileiro também foi profundamente marcada pela difusão no território de uma tecnosfera (tecnologias e infraestrutura de serviços de saúde e médico-assistencial), e uma correspondente psicosfera (concepções e modelos de práticas, ensino e organizações dos serviços de saúde e atenção médica), processo no qual se destaca o papel desempenhado e promovido pela Fundação Rockefeller através de cooperações e convênios³⁶.

Até a década de 1920, conforme Luz (1979), não há ainda uma “clara definição de política de saúde por parte do Estado” no Brasil, mas apenas programas de erradicação de algumas enfermidades e de surtos epidêmicos (como febre amarela e gripe espanhola) limitados aos principais centros urbanos do país. O início da organização estatal dos serviços de assistência médica data de meados dos anos 1920, destacando-se: a criação, em 1919, do Departamento Nacional de Saúde Pública; a Reforma Carlos Chagas (1921); a estatização das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) em 1923; e a criação, em 1930, do Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública.

Após a Proclamação da República do Brasil em 1889, o modelo federativo adotado pela Constituição Federal de 1891 definiu que os serviços de saúde pública seriam de responsabilidade dos governos estaduais que passaram a contar com autonomia para sua implementação. Ao Governo Federal ficaram reservadas as atividades de levantamentos das estatísticas populacionais e sanitárias, de pesquisas na área das doenças infecto-contagiosas, dos serviços sanitários portuários (marítimos e fluviais), fiscalização das atividades profissionais médicas e farmacêuticas. Em 1897 foi criada a Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP) no âmbito do Ministério da Justiça e Negócios Interiores que pouco a pouco passa a expandir o âmbito de sua atuação incorporando serviços de higiene, profilaxia e polícia sanitária, sobretudo sob a direção de Oswaldo Cruz (1903-1909).

³⁶ A Fundação Rockefeller (instituição filantrópica e de caráter não governamental) foi fundada nos EUA em 1913 com o objetivo de promover a saúde pública, sobretudo nas áreas de ensino e pesquisa, em diversos países do mundo, principalmente nos países pobres. Muito atuante no Brasil, as ações da Fundação Rockefeller se estenderam no período de 1916 a 1942.

O sanitarismo brasileiro organizado no início do século XX partia da crítica ao processo de descentralização política característico do federalismo, propondo a criação de uma agência nacional para uniformizar os serviços públicos e coordenar as ações para abranger todo o território nacional (Viana e Silva, 2012). Com a Proclamação da República em 1889 e a nova Constituição Federativa de 1891, tentou-se novamente transferir em 1892 aos municípios as responsabilidades pela administração dos serviços sanitários (regulação da Polícia Sanitária) e de higiene³⁷. A primeira tentativa havia sido feita após a vinda da Família Real para o Brasil com Lei de Municipalização dos Serviços (no contexto das Posturas Municipais), em 1828, que objetivou transferir “para as municipalidades a tarefa de fixar normas sanitárias, o comércio de drogas e o exercício da profissão médica” (Campos, 2007).

Em 1921, no processo conhecido como Reforma Carlos Chagas, tem início a centralização das atividades de higiene e saúde pública pelo Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), até então caracterizadas pela descentralização e muitas delas conduzidas pelos estados e municípios brasileiros que tinham autonomia para organizarem seus sistemas sanitários.

Através da Lei Elói Chaves (Decreto Legislativo n. 4.682, de 24 de janeiro de 1923) é implantado no Brasil o Seguro Social a partir da organização e estatização das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) para os trabalhadores. Segundo Donnangelo (2011), embora já houvesse um grande número de Caixas antes dos anos 1930, as mesmas cobriam uma pequena parcela dos empregados assalariados e, sobretudo, cada caixa vinculava-se individualmente a uma determinada empresa. Destacando-se que a maior parte dos trabalhadores estava excluída desse sistema, pois somente as grandes empresas tinham capital suficiente para manter as caixas, além dos trabalhadores domésticos, rurais e autônomos que permanecerão fora do sistema de previdência mesmo no regime dos Institutos de Aposentadorias e Pensões, os IAPs.

A partir de 1930, com o início do período Vargas, em 1933 o Seguro Social é estendido a todos os assalariados urbanos passando a ser organizados não mais por

³⁷ Fonte: Lei Nº 85, de 20 de setembro de 1892, da Vice-Presidência da República dos Estados Unidos do Brasil, disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1824-1899/lei-85-20-setembro-1892-541262-publicacaooriginal-44822-pl.html>.

empresas individuais, mas por setores de produção. Tem início a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs)³⁸.

Nas muitas ações e iniciativas que estruturaram os primeiros serviços e unidades de saúde pública no Brasil foi fundamental a ação direta da Repartição Internacional de Saúde Pública da Fundação Rockefeller (entre 1916 e 1942), de início em atividades para controle e erradicação da febre amarela, malária e ancilostomíase. Segundo Campos (2007), configuraram ações decisivas na criação e desenvolvimento do modelo sanitário brasileiro as atividades da Fundação Rockefeller através do financiamento, acompanhamento técnico e do programa de concessão de bolsas de estudos a médicos brasileiros para formação em saúde pública na Universidade Johns Hopkins. A ação da Rockefeller nesse período, não apenas no Brasil, mas em muitos outros países, fazia parte de uma ação estratégica mais ampla de expansão da influência estadunidense no mundo.

A ação da Fundação Rockefeller foi fundamental na difusão da medicina científica no Brasil conforme os princípios do *Modelo Biomédico Flexneriano*. Grande marco da medicina científica e importante evento na difusão da biomedicina no Brasil foi o chamado Relatório Flexner de 1910 (Flexner, 1910), sobretudo, por ter sido resultado da articulação entre a Associação Médica Americana (profissionais médicos), a indústria vinculada aos serviços (como hospitais e laboratórios), insumos e equipamentos de saúde e fundações de amparo à pesquisa. Essa reorganização da medicina americana a partir do *modelo flexneriano* de educação médica exercerá influência decisiva na organização do sistema de ensino médico brasileiro cuja estrutura curricular foi influenciada ou mesmo diretamente copiada do modelo norte-americano das diretrizes do Relatório Flexner (Landmann, 1984; Silva Jr., 1998; Pagliosa e Da Ros, 2008)³⁹.

³⁸ Dos marítimos em 1933; comerciários em 1934; bancários em 1934; industriários em 1936; dos trabalhadores em transportes e cargas em 1938. Essa estrutura institucional do Seguro Social vigorara até 1966, quando é criado o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS). Destacando-se que uma tentativa mais direta de unificação em 1945 dos Institutos de Serviços Sociais do Brasil corroborou para uma ampliação do sistema, mas a unificação mesmo só será realizada com o INPS em 1966 (Donnangelo, 2011).

³⁹ O educador e administrador Abraham Flexner (formado em Artes e Humanidades pela Universidade Johns Hopkins, pós-graduado em Harvard e com aperfeiçoamentos na Inglaterra e na Alemanha) foi contratado e financiado pela Fundação Carnegie para avaliar e propor mudanças no ensino médico norte-americano. Durante 180 dias Flexner visitou 155 escolas médicas que existiam nos EUA e no Canadá no começo do século XX. Como assinalado por Pagliosa e Da Ros (2008), considerando-se o número de dias, de escolas visitadas, viagens e deslocamentos, nota-se que ele não teve muito tempo para fazer uma avaliação minuciosa de cada uma das instituições. Conforme esses autores, ao questionarem os critérios, indicadores e metodologia utilizados por Flexner, foi essa avaliação sem instrumental validado e padronizado “que se transformou no

O relatório recomendava que as grades curriculares dos cursos de medicina tivessem base científica, incorporando a pesquisa no ensino e que os cursos estivessem sediados em universidades. Ademais, recomendava rigor na admissão dos alunos, duração de quatro anos dos cursos divididos em estudos introdutórios (anatomia, microbiologia, histologia, fisiologia, anatomia patológica, farmacologia, biofísica e bioquímica), ciclo básico de dois anos (realizado em laboratórios) e ciclo clínico de mais dois anos (realizado em hospital), especializações e exigência de instalações e laboratórios adequados (Flexner, 1910; Landmann, 1984; Pagliosa e Da Ros, 2008).

Até o começo do século XX não existia um padrão ou uniformização para as escolas médicas, mas uma pluralidade de cursos baseados tanto em princípios da medicina mais ortodoxa quanto nos de terapêuticas e práticas não convencionais (como a fitoterapia e homeopatia) que à época “tinham escolas de graduação bem estruturadas, muitos médicos praticantes e grande aceitação social” (Pagliosa e Da Ros, 2008, p.495). A partir de então ocorreu uma padronização da formação médica nos EUA cujos princípios, exportados para boa parte do mundo e ainda vigentes, como no caso brasileiro, pautam-se por uma medicina baseada em alta tecnologia, acelerada incorporação tecnológica e com grande ênfase no tratamento (Landmann, 1984).

Na avaliação de Flexner somente 31 das 155 escolas médicas visitadas tinham condições de continuar em funcionamento. Nos 12 anos seguintes à publicação do relatório Flexner o número de escolas médicas nos EUA diminuiu de 131 para 81; entre 1910 e 1920 o número de escolas homeopáticas caiu de 20 para 4, sendo que muitas se *converteram* ao modelo da biomedicina; a última escola médica de fitoterapia em funcionamento foi fechada em 1911, assim como cinco das sete escolas de medicina para negros também foram fechadas. Um projeto claro de elitização que levou as escolas de medicina a serem cada vez mais frequentadas pela população da classe média alta, segundo Pagliosa e Da Ros (2008).

Pedagogicamente o modelo de ensino preconizado por Flexner é considerado massificador, passivo, hospitalocêntrico, individualista e tendente à superespecialização, com efeitos nocivos (e até perversos) sobre a formação profissional em saúde. Da

principal, e praticamente único, instrumento para a acreditação das escolas médicas nos Estados Unidos e Canadá, com implicações diretas em todo o mundo ocidental durante a primeira metade do século XX” (p.494).

perspectiva da prática de saúde, dele resultam os seguintes efeitos: educação superior elitizada, subordinação do Ensino à Pesquisa, fomento à mercantilização da medicina, privatização da atenção em saúde, controle social da prática pelas corporações profissionais. Do ponto de vista da organização dos serviços de saúde, o Modelo Flexneriano tem sido responsabilizado pela crise de recursos humanos que, em parte, produz crônicos problemas de cobertura, qualidade e gestão do modelo assistencial, inviabilizando a vigência plena de um sistema nacional de saúde integrado, eficiente, justo e equânime em nosso país.

De acordo com Almeida Filho (2010), ao contrário da aura de herói intelectual da medicina contemporânea, como querem alguns autores, Abraham Flexner deve ser denunciado como intelectual orgânico da dominação econômica, política e ideológica do capitalismo de base imperialista, sobretudo nos campos da educação e da saúde.

O século XIX, além do desenvolvimento laboratorial das ciências biomédicas e da consolidação da medicina científica, também foi marcado por movimentos de rejeição a essa medicina oficial. Inúmeros sistemas terapêuticos concorrentes, alternativos ou complementares à medicina *ortodoxa* surgiram durante nesse período, principalmente em países da Europa⁴⁰. Processo que se intensifica a partir de meados da segunda metade do século XIX, como a *National Institute of Medical Herbalists* fundado no norte da Inglaterra, considerada a primeira entidade profissional de fitoterapia no mundo. Segundo Cavallazzi (2006), a medicina de base botânica foi muito valorizada e houve uma grande adesão à utilização das plantas medicinais e incorporação de diversas plantas nas farmacopeias europeias do período.

A segunda metade do século XIX foi marcada por *pequenas insurreições anti-médicas*, reações e resistências populares, por vezes violentas, contra a *medicina social* organizada pelo Estado que nascia como forma de controle das classes pobres e do

⁴⁰ Dentre as quais, Porter (2004) elenca: a homeopatia na Alemanha, criada por Samuel Hahnemann (1755-1843); a botânica médica e as terapias baseadas em plantas nos EUA, criada por Samuel Thomson (1769-1843); seitas alternativas, como os grahamistas ou seguidores de Sylvester Graham (1794-1851), reformador da dieta norte-americana e defensor do movimento da temperança com ênfase no vegetarianismo; a osteopatia criada no final do século XIX pelo Dr. Andrew Taylor Still (1828-1917) e baseada num conjunto de técnicas terapêuticas manuais (como a manipulação do sistema musculoesquelético); a quiroprática criada por Daniel David Palmer (1845-1913), espiritualista e divulgador da cura magnética; e medicina antroposófica (antroposofia, do grego “sabedoria humana”) fundada por Rudolf Steiner (1861-1925) que a denominou “ciência espiritual”, fundador também da Pedagogia Waldorf e da agricultura biodinâmica.

proletariado que surgia com a industrialização, como discutido por Foucault (2000). No Brasil poderíamos apresentar como caso notório a Revolta da Vacina ocorrida no Rio de Janeiro, em 1904, que se caracterizou muito mais como uma insurreição contra a reforma urbana, os despejos e a destruição das habitações dos pobres nas áreas centrais da cidade que se queria moderna, do que uma revolta por suposta ignorância das classes pobres que não compreendiam a modernidade de todo aquele processo.

Ora, o que aparece, no século XIX, são grupos de dissidência religiosa, de diferentes formas, em diversos países, que têm agora por objetivo lutar contra a medicalização, reivindicar o direito das pessoas não passarem pela medicina oficial, o direito sobre seu próprio corpo, o direito de viver, de estar doente, de se curar e morrer como quiserem. Esse desejo de escapar da medicalização autoritária é um dos temas que marcaram vários grupos aparentemente religiosos, com vida intensa no final do século XIX e ainda hoje. [...] Em lugar de ver nessas práticas religiosas um fenômeno residual de crenças arcaicas ainda não desaparecidas, não serão elas uma forma atual de luta política contra a medicalização autoritária, a socialização da medicina, o controle médico que se abate essencialmente sobre a população pobre; não serão essas lutas que reaparecem nessas formas aparentemente arcaicas, mesmo se seus instrumentos são antigos, tradicionais e supõem um sistema de crenças mais ou menos abandonadas? O vigor dessas práticas, ainda atuais, é uma reação contra essa *social medicine*, medicina dos pobres, medicina a serviço de uma classe [...], uma medicina que é essencialmente um controle da saúde e do corpo das classes mais pobres para torná-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas às classes mais ricas. (Foucault, 2000, pp. 96-97).

É importante reter desse período de transição – da segunda metade do século XIX à década de 1930 – a convivência das plantas medicinais e fitoterápicos com outros insumos medicamentosos complementares nos diversos sistemas médicos e terapêuticos. Segundo ponto a observar é o fato de que o movimento de reação e resistência era contra uma racionalidade que buscava se impor através da associação entre uma prática médica profissionalizada e uma prática médico-sanitária de Estado.

Por isso, nessa fase estamos falando de uma convivência e presença de plantas medicinais e fitoterápicos nas diversas práticas e sistemas terapêuticos. Ao que tudo indica, não havia nesse momento uma incompatibilidade nata entre o uso medicinal de plantas e a biomedicina nascente, pelo menos não tão divergente ou acirrada. Relação que se modificará radicalmente no período seguinte (pós anos 1930) quando à associação entre medicina e Estado no Brasil se juntará grandes indústrias químico-farmacêuticas estrangeiras, o que imprimirá certa sistematicidade ao futuro sistema de saúde no país que

alijará ou subjugará uma diversidade de usos de plantas medicinais e fitoterápicos (práticas médicas e terapêuticas, culturais e econômico-produtivas).

Os avanços da medicina científica entre fins do século XIX e início do XX ocorreram concomitantemente ao crescimento da indústria de insumos (medicamentos), de equipamentos médicos e da área de pesquisa e ensino médicos (Silva Jr. 1998). Landmann (1984) também assinala que o enfoque mecanicista da técnica médica ao promover o diagnóstico físico e sua terapêutica promoveu *corporações econômicas lucrativas e espoliadoras*, como as indústrias farmacêuticas, de equipamentos e serviços médicos, as quais pautadas pelo acúmulo de capital reforçam a *estrutura social vigente*.

A operacionalização das diretrizes do Relatório Flexner foi possível através da articulação entre a Associação Médica Americana, a indústria e fundações de apoio à pesquisa, destacando-se a Fundação Rockefeller, que no período de 1910 a 1928 aportaram US\$ 600 milhões nessa reforma do ensino médico (Silva Jr., 1998). Pagliosa e Da Ros (2008) apontam que a indústria farmacêutica em forte expansão a partir da segunda metade do século XIX intensifica a compra de espaços para propaganda nas publicações da American Medical Association, que havia sido fundada em 1847, além de algumas outras publicações na área médica mais ortodoxa.

A articulação entre corporações médicas, universidades e o grande capital passa a constituir um forte fator de pressão sobre as instituições e os governos para a implantação e extensão da *medicina científica* enquanto o *sistema médico do capital monopolista* (Pagliosa e Da Ros, 2008).

Bicudo (2006) assinala a antiguidade e presença, já por volta da segunda metade do século XIX, de produtos brasileiros a partir de medicamentos manufaturados, como evidencia os 488 produtos farmacêuticos fabricados no Brasil e apresentados na Exposição Nacional de Produtos de 1861. As cidades do Rio de Janeiro e de São Paulo abrigavam, em 1889, um conjunto de 35 indústrias farmacêuticas (Bermudez, 1995). Segundo Fernandes (2004), as farmácias, drogarias e pequenas indústrias tiveram importante papel na produção, distribuição e comercialização de medicamentos fitoterápicos no Brasil até a década de 1920, sendo que na capital Rio de Janeiro havia nessa década: 512 farmácias, 143 drogarias, 100 laboratórios e 47 ervanárias. No Brasil, em 1920, atuavam no ramo

farmacêutico 452 estabelecimentos industriais nacionais e 42 laboratórios estrangeiros. Esse quadro será profundamente modificado a partir da década de 1930.

Durante todo o período até aqui abordado, houve o predomínio de medicamentos obtidos a partir da manipulação de produtos de origem mineral, animal e, principalmente, extratos vegetais. Entretanto, a partir da década de 1930 ganha força o uso de medicamentos químicos sintéticos⁴¹, atrelado à difusão da biomedicina no país e a construção concomitante de uma psicosfera (pela publicidade e pelo discurso profissional dos médicos) contrária ao uso de plantas medicinais e fitoterápicos. O isolamento de princípios ativos e a síntese química de novas moléculas em laboratório dão início à hegemonia dos medicamentos farmacêuticos de base química, cuja difusão planetária se dará a partir da década de 1930.

O que é muito importante para nossa análise. Porque talvez seja umas das razões para o rápido declínio – econômico produtivo e no sistema médico oficial – do uso de plantas medicinais e fitoterápicos no Brasil a partir da difusão do sistema biomédico do capital monopolista de meados dos anos 1930 em diante.



Foto: Luis Ribeiro, Herbário (coleção de sementes e exsicatas) do Projeto Plantas Medicinais da Itaipu Binacional, Foz do Iguaçu-PR (24/10/2011)

⁴¹ Em 1897 Félix Hoffmann, um químico alemão, anunciou que havia conseguido sintetizar moléculas em laboratório, ou seja, criar artificialmente moléculas iguais àquelas encontradas na natureza. Dentre estas o ácido acetilsalicílico (AAS) cuja síntese em moléculas estáveis permitiu seu uso como *fármaco* (medicamento composto apenas pelo princípio ativo isolado) que deu origem ao produto *Aspirina* lançado em 1920 pelo laboratório Bayer da Alemanha. Destaca-se que tal princípio ativo já era usado, ainda que não isoladamente, na China desde a antiguidade (*Salix alba L.*) e também no Brasil do século XIX na forma de chá a partir das folhas da planta sabugueiro (*Sambucus nigra L.*), ou *Salix Alba* para aliviar febre e mal-estar (Braille, 2008).

Capítulo 4. Meio técnico-científico e gênese do par dialético Estado e mercado no sistema de saúde brasileiro: biomedicina, complexo médico-industrial e predomínio dos medicamentos químico-sintéticos (meados de 1930 à década de 1970)

No capítulo anterior ao abordar a formação da medicina de base científica – caracterizada pela incorporação de novas práticas, conhecimentos e objetos pelos profissionais médicos – não a compreendemos como sinônimo ou coextensiva da noção de *biomedicina*, embora essa incorpore os atributos técnicos e científicos da medicina moderna. Reservamos o conceito de *biomedicina* para assinalar que não é apenas a base técnica e científica que a funda e a qualifica, como propõem muitos autores, mas a prática médica e de saúde de base científica em sinergia com o grande capital⁴² e com o amparo da política de saúde do Estado.

A indústria brasileira dispunha, até a década de 1940, de nível tecnológico idêntico ao verificado no padrão internacional da época, não havendo grandes diferenças qualitativas na produção de medicamentos, se comparada a outros países do mundo (Cordeiro, 1985; Giovanni, 1980; Temporão, 1986). Palmério (1942) destaca que neste período as indústrias eram compostas na sua maioria por pequenos laboratórios, cujos estabelecimentos aumentavam gradativamente: no ano de 1913 constituíam 765 fábricas, ao passo que em 1936 já eram 1.291 estabelecimentos. Nesse período também se verifica no Brasil a existência de incentivos do Estado às pesquisas com produtos naturais no intuito de reforçar e fortalecer os empreendimentos nacionais⁴³. Segundo Queiroz e González (2001) é somente na passagem da década de 1940 para a de 1950 que no Brasil a produção artesanal de medicamentos será superada pela industrial.

⁴² Num primeiro momento, trata-se do grande capital de base produtiva, sobretudo, indústrias químico-farmacêuticas estrangeiras; posteriormente de equipamentos médico-hospitalares; e, mais recentemente, da fração financeira do capital, através de empresas prestadoras de serviços de saúde (unidades ambulatoriais, hospitais e laboratórios de apoio diagnóstico e terapêutico) e das operadoras de seguros e planos privados de saúde.

⁴³ No período entre 1928 e 1937 registrou-se um aumento de 166,72% nas exportações brasileiras de produtos primários medicinais acompanhado de um aumento de 105,38% na importação de produtos farmacêuticos acabados, além de uma “explosão” no número de pequenos laboratórios nacionais (Palmério, 1942).

Aprovada como código farmacêutico através do Decreto 17.509 de 1926, a Farmacopeia Verde brasileira vigorará até a década de 1940, quando por meio da Portaria n.52 de 1945 é publicada bibliografia técnica para orientar a produção farmacêutica nacional com base em farmacopeias e compêndios estrangeiros. Essa revisão da farmacopeia brasileira nos anos 1940 excluiu de seu conteúdo grande parte dos insumos e produtos utilizados na farmácia tradicional e originados das plantas nativas e exóticas adaptadas (Fernandes, 2004). Marques (1992) destaca que a publicação da 2ª edição da Farmacopeia Brasileira em 1959 “renova as especificações de matérias primas farmacêuticas, apesar de secundarizar de forma marcante os insumos vegetais” (p.14).

Fernandes (2004) assinala a década de 1940 como a fase de desnacionalização da base produtiva químico-farmacêutica brasileira e predomínio das empresas multinacionais no setor que passam a atuar no país com mais vigor. A partir dos anos 1930 a indústria químico-farmacêutica dominará o mercado de medicamentos tanto brasileiro quanto mundial. Esse domínio se fundamenta no uso de substâncias sintéticas – que lhes possibilitam uma produção em larga escala e certa autonomia frente a produtores de matérias primas – e na produção de uma psicosfera (junto a médicos, pontos de venda e publicidade) de adesão ao uso dessas novas drogas e insumos terapêuticos. Nesse período a área de ensino profissional médico no Brasil excluiu os conteúdos sobre plantas medicinais e fitoterapia de seus currículos de formação.

A partir de então as plantas medicinais e fitoterápicos oficialmente desapareceram dos currículos médicos e livros didáticos, e também foram secundarizadas nas normatizações e regulações estatais (como atesta o histórico das farmacopeias no Brasil), contudo seus usos cotidianos pela população e pelas práticas populares de saúde permaneceram e continuarão presentes até os dias atuais. Mesmo no caso dos mercados, nota-se que o predomínio de outros medicamentos (sobretudo, químicos sintéticos) nos estabelecimentos comerciais (farmácias e drogarias) não significou o fim do mercado de plantas medicinais e fitoterápicos que permaneceram nos interstícios da rede comercial e sempre marcaram presença nas feiras, mercados de rua e no comércio ambulante das cidades brasileiras, como se vê até hoje.

O período 1930-1950 constituiu o marco da difusão e afirmação das campanhas publicitárias de medicamentos no Brasil (Cordeiro, 1985; Temporão, 1986). Ademais,

marca o início da instalação no Brasil das indústrias estrangeiras que eram farmacêuticas e também químicas (solventes e corantes). Nos anos 1930 foram principalmente as de origem europeia e a partir dos anos 1940 passa a predominar a instalação de empresas norte-americanas, acentuando-se o controle pelas empresas estrangeiras do mercado farmacêutico brasileiro: de 13,6% em 1930; passando a 33,5% em 1940; e chegando a 47,1% em 1950 (Bicudo, 2006).

A legitimação e afirmação dos medicamentos sintéticos através de campanhas publicitárias e de ações junto a médicos fez-se concomitantemente ao discurso da desvalorização dos usos e sistemas terapêuticos tradicionais e herdados, os quais passam a ser associados a superstições e a formas menos esclarecidas e não oficiais de cuidados com a saúde. Verifica-se, nesse período, a emergência e afirmação de uma psicosfera amparada em técnicas e conhecimentos científicos e portadora de única modalidade terapêutica medicamentosa possível: a biomedicina e os medicamentos sintéticos dos grandes laboratórios estrangeiros.

Entre 1950 e 1970 houve um aumento de seis vezes no volume da produção de medicamentos no Brasil acompanhado de queda nos índices de importações, e crescimento acentuado da importação de princípios ativos (fármacos). Os anos 1950 marcam a primazia da instalação de indústrias norte-americanas no Brasil, sendo que no período 1940-1970 das novas drogas lançadas nos mercados internacionais, 64% tiveram origem nos EUA. A incorporação dos grandes laboratórios brasileiros por empresas estrangeiras no período 1957-1982 foi dominada pelas norte-americanas que adquiriram 20 das 38 aquisições verificadas no período (Bicudo, 2006).

Diversos autores apontam que as décadas seguintes à 2ª Guerra Mundial se caracterizaram pela consolidação da desnacionalização do parque produtivo brasileiro (Cordeiro, 1985; Giovanni, 1980; Gadelha, 1990). Período este, segundo Bicudo (2006), de desnacionalização do mercado mediante reordenamento socioespacial com subordinação tanto das empresas de capital nacional quanto das necessidades da população brasileira. Os pequenos laboratórios nacionais subsistiram na produção à base de plantas medicinais e fitoterápicas ou na produção e fornecimento especializados em poucos produtos e sem alto valor agregado aos grandes laboratórios farmacêuticos.

Quanto à política de saúde nesse período, há divergências na literatura consultada se no caso brasileiro o Estado tenha realmente capitaneado alguma política de implantação e controle de assistência médica. A ação estatal historicamente concentrou-se em programas fundamentados no coletivo, não de saúde pública propriamente dita, mas em medidas de saneamento do meio e controle das principais endemias. Ademais, a área de saúde não constituiu tema prioritário na política econômico-social do Estado. Nos momentos em que houve uma ação estatal, foi no sentido de privilegiar o produtor privado de serviços de saúde.

Donnangelo (2011) identifica duas tentativas de reorganização do setor saúde como política estatal para preservação do setor privado: (i) a elaboração pelo Ministério da Saúde em 1968 de um Plano Nacional de Saúde para reduzir drasticamente a participação do Estado na produção de serviços em saúde; e (ii) deslocamento de grande parte dos recursos orçamentários manejados pelo INPS para a esfera das empresas privadas (“medicina de grupo” ou “planos de pré-pagamento de medicina de grupo”). Destaca-se a publicação pelo Ministério da Saúde, em 1968, de dois documentos – *Plano de Coordenação das Atividades de Proteção e Recuperação da Saúde* e o *Plano de Ação Simplificado* – que ficou conhecido como *Plano Nacional de Saúde* (embora essa não seja a designação oficial).

Viana e Silva (2012) apontam a existência de dois grandes *arranjos assistenciais produtivos* cujas diferentes formas de convivência ou combinação resumem as relações entre Estado, mercado e sociedade⁴⁴. Os autores definem arranjos assistenciais produtivos

⁴⁴ Desde as primeiras políticas da República Velha (ou Primeira República, 1889-1930) até a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) de 1988 dois arranjos co-existirão: um *arranjo assistencial produtivo público e nacional* que surge em fins do século XIX e um *arranjo assistencial produtivo privado e internacional* que nasce com o modelo previdenciário a partir dos anos 1930. O arranjo assistencial produtivo público e nacional forma-se na Primeira República através da articulação entre instituições estatais: governos Federal e estaduais; e os institutos públicos criados entre o final do séculos XIX e início do XX no Rio de Janeiro (então Distrito Federal) e São Paulo. Esse modelo público nacional é constituído por instituições públicas, com financiamento público, baixo grau de dependência externa e *porta-voz de um desenvolvimento científico endógeno na área de biotecnologia* (soros e vacinas). Ademais, o arranjo assistencial produtivo público e nacional surgido da era do saneamento (1889-1930) foi estruturado organizacionalmente pelos centros de saúde (organização horizontal) e pelas campanhas sanitárias (organização vertical), articulado institucionalmente pela União e estados, assim como a ciência, a formação e a produção (soros e vacinas) fornecidas por institutos públicos. O *arranjo assistencial produtivo de tipo privado e internacional* é montado a partir do modelo previdenciário de meados dos anos 1930 e compõe-se de: serviços públicos e privados; predomínio dos equipamentos privados (hospitais e laboratórios conveniados ou contratados); e financiamento público e privado. Esse arranjo se caracteriza por seus vínculos estreitos com uma “cadeia de produtores/fornecedores de insumos, medicamentos e equipamentos médicos, internacionalizada, o que se

como uma rede que vincula prestadores de serviços em saúde, indústrias produtoras de equipamentos e insumos, instituições de pesquisa científica e de formação de recursos humanos. Ambos os modelos conviveram a partir dos anos 1930, mas paulatinamente o modelo público vai sendo suplantado pelo privado por conta de um conjunto de fatores, dentre os quais destacam-se: a mudança tecnológica na área de medicamentos (com predomínio dos químicos sintéticos sobre os de base biotecnológica); criação de redes de laboratórios privados de soros e vacinas (como o Laboratório Pinheiros em São Paulo); a inexistência de política econômica para desenvolvimento do setor público de produção na área da saúde; e internacionalização do capital com o desembarque de empresas multinacionais no Brasil (processo acentuado a partir dos anos 1950).

Os dois modelos têm convivido e se combinado de diversas maneiras desde os anos 1930 aos dias atuais. Embora o modelo público nacional tenha recebido apoio e fomento estatais fundamentais, contudo, houve forte expansão do modelo privatista internacionalizado através do: crescimento da assistência suplementar de saúde (capitalização das empresas de planos e seguros de saúde) e da rede hospitalar privada que através de seus vínculos com a indústria de medicamentos e equipamentos médico-odontológicos tem aprofundado o processo de internacionalização, sobretudo por meio da incorporação tecnológica via importação.

Ademais, segundo Viana e Silva (2012) o arranjo assistencial produtivo previdenciário (privatista e internacionalizado) obteve forte apoio e incentivo do Estado mediante: (i) aquisição de serviços e produtos do complexo médico industrial; (ii) financiamento subsidiado para expansão da capacidade física da rede privada hospitalar e ambulatorial através do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) criado em 1974 e operado pela Caixa Econômica Federal; (iii) contratação ou convênio com rede privada para prestação de serviços de saúde, intensificado a partir de 1970.

A intensa mercantilização e privatização da prática médica fortalecida pela emergência de uma elite empresarial médica, pelo processo de incorporação tecnológica, desenvolvida em centros no exterior e comandada por um grupo concentrado de empresas com estreitos laços com prestadores privados em todo mundo, ao lado do apoio político dos governos autoritários a um modelo privado

traduz num quadro de grande dependência externa na forma de importação” desses produtos que se acentua nas décadas de 1960 e 1970 (Viana e Silva, 2012, pp.106-107).

de assistência à saúde, propiciou uma base sólida para o desenvolvimento desse arranjo até os dias atuais. [...] Os anéis burocráticos entre as empresas médicas, os gestores públicos e os políticos foi a base de sustentação social e política desse arranjo, facilitada pela grande concentração de poder [...]. (Viana e Silva, 2012, p. 121).

O Estado brasileiro nesse período optou por não implementar qualquer estratégia ou projeto de criação ou manutenção de uma rede estatal de serviços de atenção à saúde e de uma infraestrutura própria e ampliada para produção dos insumos e equipamentos necessários à assistência médica. A partir da segunda metade da década de 1960, a política implementada durante a Ditadura Civil-Militar brasileira (instalada com o Golpe de 1964) visando ampliar a cobertura da população atendida através da aquisição de serviços médicos pela previdência social objetivou garantir a manutenção e expansão do setor privado, ficando o Estado na condição de “comprador” e também de “regulador” de preços, dadas as alegadas limitações orçamentárias para gastos com assistência médica⁴⁵.

Até então a rede hospitalar privada era praticamente inexistente e a ação do Estado representou um impulso e a primeira oportunidade de sua expansão. Nesse contexto, a extensa e capilarizada rede de instituições hospitalares sem fins lucrativos (filantrópicas e religiosas) também passou a se beneficiar das novas fontes de recursos e financiamento.

O Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) surge a partir de 1966 como grande comprador, já que sua rede de serviços próprios (herdada das antigas instituições que resultaram na sua unificação) era insuficiente – 22 hospitais em atividade, 5 em construção, 505 ambulatórios e 28 consultórios médicos – para atender um total de beneficiários que em 1964 era de cerca de 17.380.000 habitantes correspondendo a 22% da população brasileira (que totalizava cerca de 79 milhões de habitantes) e que chega a 33.540.000 beneficiários no ano de 1969, o que correspondia a 39% da população brasileira (em torno de 86 milhões de habitantes)⁴⁶. Resulta daí que no ano de 1967, dos cerca de 2.800 hospitais existentes no Brasil, 2.300 estavam contratados pelo INPS, sendo que em

⁴⁵ No decorrer de toda a história da Previdência Social no Brasil foram desenvolvendo-se condições que levariam o Estado a ocupar lugar central no mercado de assistência médica, transformando-o no *monopolizador do sistema*, tal como se constata, em 1975, pela participação estatal no setor: “90% de todos os serviços médicos prestados no país encontram-se, direta ou indiretamente, dependentes do Instituto Nacional de Previdência Social” (Donnangelo, 2011, p.58).

⁴⁶ Estimativas feitas a partir de dados disponíveis pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no site: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censohistorico/1940_1996.shtm (consultado em 26 de junho de 2014).

1970 esse Instituto contava com 25 hospitais próprios e outros 2.634 mantidos por contratos (Donnangelo, 2011).

Até 1940 havia por volta de 600 unidades de saúde no país, sendo que 100 delas eram apenas ambulatoriais (atenção primária ou básica em saúde)⁴⁷. No período de 1941 a 1970, definido por Pessoa (2006) como o início do processo de expansão da rede de unidades de saúde, entram em operação 3.464 novas unidades de saúde, sendo: 1.733 hospitais e 1.531 ambulatórios. Portanto, verifica-se que no período de três décadas o conjunto da rede de serviços passa de 600 para quase 3.500 unidades de saúde. O mais importante nesse ponto, é assinalar e chamar a atenção para o crescimento e expansão progressivos das unidades de saúde nesse período, que é o início da montagem de uma rede de assistência à saúde. Esse aumento progressivo apresentará um crescimento vertiginoso a partir dos anos 1970, conforme abordaremos no próximo capítulo.

A partir de meados da década de 1970 se acentuará o predomínio da *assistência médica* sobre a *saúde pública*:

A ideologia que prefere o modelo da “medicina assistencial” ao da “saúde pública”, as relações desta medicina com o sistema produtivo, em particular com a indústria de medicamentos e equipamentos hospitalares, e sobretudo o tipo de organização política que este modelo supõe são, a nosso ver, a explicação mais *coerente* para o modelo de estrutura das instituições médicas vigente na sociedade brasileira. Em relação ao modelo médico assistencial, por exemplo, não se pode esquecer que as ações de saúde do Ministério da previdência e particularmente do Instituto Nacional de Previdência Social se realizam, quanto a gastos, em mais de 90% através do setor privado, dos quais até muito recentemente 80% em hospitalização. (Luz, 1979, p.59)

Para Luz (1979) o setor saúde como planejamento, ou seja, como expressão de uma *racionalidade administrativo-burocrática* só surge em meados dos anos 1970, assim como uma *política de saúde* propriamente dita – enquanto atividade planejada, integrada e controlada – só passa a existir no Brasil a partir de 1974: já que “planos integrados, programas com possibilidade de realização e continuidade, controle de recursos, registro

⁴⁷ Com base nos Arquivos de Hygiene, Campos (2007, p. 209) apresenta um conjunto de dados divergente, segundo o autor existiam em 1942 cerca de 925 Unidades Sanitárias no Brasil: 350 Distritos Sanitários; 51 Centros de Saúde; 54 Postos de higiene (tipo 1); 140 Postos de higiene (tipo 2); 304 Subpostos; 13 Postos Especializados; e 13 Postos Itinerantes. Tudo indica que nesse levantamento estatístico estão incluídas inclusive unidades de ordem mais administrativa, portanto trata-se de uma estimativa mais global e abrangente.

fiançável de estatísticas, etc., somente na década de 70 começa a ser posto em prática” (pp. 63-64). Portanto, um projeto de extensão da assistência médica a toda população brasileira só será efetivado a partir dos anos 1970, pois até então não havia no país *condições materiais* suficientes e necessárias para levar esse projeto adiante.

Verifica-se no Brasil, nesse período, a montagem de um projeto econômico-político vinculando progressivamente as materialidades prestadoras dos serviços de saúde com as indústrias de insumos (medicamentos e reagentes para diagnóstico) e de equipamentos médicos-odontológicos. Nesse sentido, destaca-se a dualidade público-privado expressa na Lei 6.229, de 17 de julho de 1975, que instituiu o *Sistema Nacional de Saúde* em cujo primeiro artigo define que o “complexo de serviços, do setor público e do setor privado, voltados para ações de interesse da saúde, constitui o Sistema Nacional de Saúde”⁴⁸. O Sistema Nacional de Saúde já previa também a “coordenação interinstitucional” com base em experiências internacionais (desenvolvidas ou propostas em outros países da América Latina) com ações de regionalização, hierarquização e coordenação dos serviços de saúde e assistência médica.

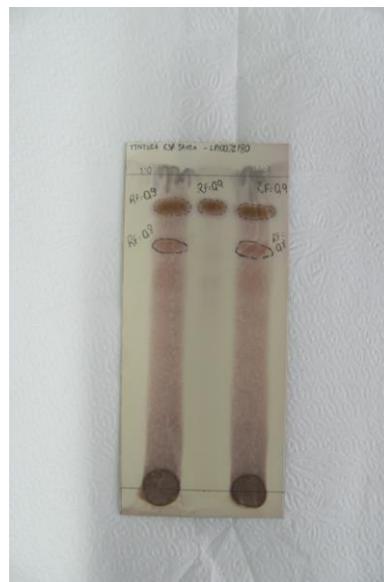
Data de meados dos anos 1930 a gênese de um sistema técnico de saúde que pouco a pouco vai se estruturando territorialmente no Brasil a partir do par dialético Estado e mercado. Embora tendo o Estado progressivamente como núcleo e grande organizador político e financiador do sistema, expressará cada vez mais com maior intensidade as contradições entre a lógica pública e a privada na saúde.

Nos anos 1970, com a integração técnica de fato do território, começa a tomar corpo um sistema nacional de saúde dual, mas não dualista, constitutivo de duas grandes forças contraditórias: a saúde como bem econômico e espaço de acumulação do capital; e da saúde como bem social e espaço de luta, transformação e emancipação política, como já organizado nos anos 1970 pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (Paim, 2007). Esses dois processos culminarão na criação, na década seguinte de redemocratização do país, de um sistema público e universal de saúde como responsabilidade do Estado brasileiro.

⁴⁸ Fonte: Lei 6.229, de 17 de julho de 1975, disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6229.htm. Essa Lei só será revogada pela Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS) que promulgado pela nova Constituição Federal de 1988 substituirá o Sistema Nacional de Saúde.

Portanto, do período de 1930 a 1970 destacamos: (i) de um lado, a inexistência de fixos, ou seja, de materialidades, de um sistema de objetos que tornasse possível um sistema de ações em saúde em escala nacional; e (ii) por outro lado, um processo de marginalização e alijamento das plantas medicinais e dos fitoterápicos por ações do Estado brasileiro (seja como regulador e normatizador, ou pela ausência de política de investimento produtivo), da classe médica (corporação profissional e sistema de ensino, pesquisa e formação médica) e das grandes empresas farmacêuticas internacionais de base química.

Contexto que mudará bastante com modernizações no território brasileiro a partir da década de 1980: (i) a criação do Sistema Único de Saúde (1988), possibilitado pela integração técnica do território brasileiro; e (ii) eventos globais de valorização do uso de plantas medicinais pelas práticas terapêuticas (no final dos anos 1960) e pelos sistemas oficiais de saúde dos países (meados dos anos 1970) que repercutirão com maior força no Brasil nos anos 1980.



Fotos: Luis Ribeiro, Laboratório de manipulação de fitoterápicos do Centro Popular de Saúde Yanten, Medianeira-PR (24/10/2011)

Capítulo 5. Meio técnico-científico-informacional: integração do território brasileiro, criação do Sistema Único de Saúde e desdobramentos de eventos globais na valorização de novos usos da fitoterapia (meados dos anos 1970 à atualidade)

Esse período corresponde à difusão do meio técnico-científico-informacional no território brasileiro e o papel das variáveis-chave (técnica, ciência, informação e norma) cuja presença ou escassez passam a determinar o valor e a hierarquia dos lugares. Agravam-se as diferenças e desigualdades regionais brasileiras, aumentando a importância da *Região Concentrada* a partir da hegemonia paulista e a ocupação das demais áreas do território com produção de tipo moderna.

A Região Concentrada, abrangendo São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Espírito Santo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, caracteriza-se pela implantação mais consolidada dos dados da ciência, da técnica e da informação. [...] Nessa Região Concentrada do país, o meio técnico-científico-informacional se implantou sobre um meio mecanizado, portador de um denso sistema de relações, devido, em parte, a uma urbanização importante, ao padrão de consumo das empresas e das famílias, a uma vida comercial mais intensa. Em consequência, a distribuição da população e do trabalho em numerosos núcleos importantes é outro traço regional. [...] o Sudeste, mais “novo” que o Nordeste e mais “velho” que o Centro-Oeste, consegue, a partir do primeiro momento de mecanização do território, uma adaptação progressiva e eficiente para os interesses do capital dominante. Cada vez que há uma modernização, esta é encampada pela região. (Santos e Silveira, 2001, pp.269-275).

A existência da região concentrada e a difusão diferencial do meio técnico-científico-informacional através de modernizações seletivas e incompletas no território brasileiro resultaram na atual diferenciação regional do país condicionando, assim, a realização de um sistema nacional de saúde, o acolhimento pelas regiões das políticas nacionais e a capacidade dos lugares em criar programas locais e de informar as políticas nacionais de saúde.

No atual período destacam-se duas vagas de modernizações que interessam diretamente à nossa discussão: (i) a criação do Sistema Único de Saúde em 1988, só possível com a criação correspondente de uma base material, produto e produtor da integração técnica do território brasileiro, e de uma base normativa (direitos sociais e novas

competências dos entes federados com a Constituição de 1988); e (ii) eventos globais de valorização do uso de plantas medicinais pelas práticas terapêuticas e pelos sistemas oficiais de saúde (movimento de contracultura nos anos 1960 e Declaração de Alma-Ata, em 1978) que repercutirão com maior força no Brasil a partir dos anos 1980.

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição de 1988 (CF 1988) visando um sistema público de universalização da saúde. Ao instituir a saúde como um dos direitos sociais (Art. 6º) a CF 1988 também definiu em seu Artigo 196 que 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, 2008b, p.125).

De acordo com a Constituição Federal de 1988 é atribuição do SUS atender toda a população brasileira através de assistência médica, ações de promoção, vigilância, assistência farmacêutica, urgência e emergência, desde atenção primária, passando pela média complexidade até alta complexidade. Segundo a Lei 8.080, de 19 de Setembro de 1990, o SUS é constituído pelo “conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” (Brasil, 1990).

Embora o SUS represente um rompimento com o modelo previdenciário que exigia inserção no mercado de trabalho como contrapartida do cidadão para ser coberto e ter acesso à assistência médica, por outro lado, manteve-se na CF 1988 o caráter dual do provimento público-privado, como verificado no Sistema Nacional de Saúde de 1975, ao salientar a “relevância pública” das “ações e serviços de saúde” a nova constituição em seu Artigo 197 definiu que caberia “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).

A implantação, organização e sistematização do SUS têm se dado de forma gradual, o que contrasta com a criação acelerada das materialidades necessárias à sua efetivação.

Destacam-se como primeiras medidas a incorporação do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) ao Ministério da Saúde através do

Decreto 99.060 de 1990⁴⁹ e a chamada Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990) que fundou o SUS e definiu seus princípios constitutivos: a *universalidade*; a *integralidade* dos serviços de atenção à saúde; a *equidade*; o *controle social* (participação popular); a *descentralização* político-administrativa; e a *hierarquização e regionalização* dos serviços segundo graus de complexidade (baixa, média e alta)⁵⁰.

A constituição do SUS foi precedida por um período de transição no qual houve transferência de recursos da previdência para o sistema público de saúde (Ações Integradas de Saúde), aumento da capacidade instalada de atenção à saúde (Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento) e constituição, em 1987, do SUDS (Sistemas Descentralizados e Unificados de Saúde) que era “operado por meio de convênio com os estados, com metas previstas para municipalização da rede básica, e as autorizações hospitalares (AIHs) para internação passaram a ser operadas pelas Secretarias Estaduais de Saúde” (Viana e Silva, 2012, p.121).

De acordo com Pessôa (2006), os investimentos na rede pública de saúde têm sido realizados de forma desordenada (devido à fragilidade na priorização, acompanhamento e avaliação de tais investimentos) e acelerada, principalmente a partir dos anos 1970 quando foram implantadas 38 mil das 47 mil unidades existentes em 2006, ou seja, do total de unidades que compunham o SUS em 2006, cerca de 80% haviam sido construídas entre as décadas de 1970 e 2000. Portanto, é nesse período que se verifica no Brasil uma expansão mais acentuada da rede de materialidades visando a cobertura universal da população com assistência médica e serviços de saúde públicos.

Os dados levantados e sistematizados por Pessôa (2006) permitem observar taxas distintas de crescimento segundo as três principais unidades (com internação; sem internação; e laboratórios diagnósticos e terapêuticos) constitutivas da rede de assistência à saúde no Brasil. Embora todas as três apresentem crescimento desde os anos 1960, duas

⁴⁹ O INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) foi criado em 1977 durante o regime militar a partir do desmembramento do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), era uma autarquia vinculada ao antigo Ministério da Previdência e Assistência Social (hoje Ministério da Previdência Social) cuja finalidade era a prestação de assistência médica aos trabalhadores contribuintes da previdência social.

⁵⁰ Em termos de necessidades de saúde da população, estima-se que: 90% são agravos mais simples (nível primário); 8% exigem serviços de maior complexidade tecnológica e especialistas; enquanto 2% demandariam serviços altamente especializados (Silva Jr., 1998).

delas (unidades sem internação e de apoio diagnóstico e terapêutico) apresentam crescimento maior dos anos 1970 em diante.

O crescimento da rede de unidades de internação (hospitais) que ocorre de forma mais acentuada no período discutido no capítulo anterior, sendo a fase de crescimento acelerado verificada entre 1955 e 1975, com as unidades privadas e filantrópicas apresentando crescimento progressivamente superior às públicas. A partir de 1975, ainda que haja uma estabilização no número total de novas unidades, verifica-se crescimento das unidades privadas e diminuição das públicas, o que expressa a política adotada pelo governo militar de privatização da rede assistencial a qual, embora verificada nos três tipos de unidade, ocorre de forma mais acentuada no caso dos hospitais.

No caso das unidades de saúde sem internação (ambulatórios), também se verifica forte crescimento de 1965 em diante o qual se acentua a partir da segunda metade dos anos 1970. E para as unidades de Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) também se verifica forte crescimento entre 1965 e 1985, sendo que a partir desta data ocorre acentuada aceleração na criação de unidades, sobretudo, de caráter privado, ao passo que as de caráter público mantêm comparativamente um crescimento mais modesto.

Segundo Guimarães (1991), entre 1970 e 1980 triplicou o número de estabelecimentos que prestavam serviços de saúde no Brasil. As unidades sem internação apresentaram crescimento da ordem de 446% e as com internação tiveram crescimento de 60%. Nesse período acontece a inversão na oferta de serviços de saúde segundo tipo de estabelecimento: se em 1970 as unidades com internação eram em maior número, na década de 1980 a maioria passa a ser de unidades sem internação, estabelecimentos de menor complexidade tecnológica⁵¹.

Para o autor, tratou-se do estabelecimento de um novo arranjo caracterizado pelo deslocamento dos processos de alto custo e de acumulação de capital dos hospitais por uma rede de unidades ambulatoriais cujos serviços de diagnóstico e terapêutica haviam sofrido transformações técnicas profundas a partir da incorporação de sofisticados equipamentos eletro-eletrônicos. Guimarães (1991, p.48) definiu esse processo como o *transbordamento*

⁵¹ Esse aumento das unidades prestadoras de serviços de saúde no Brasil foi acompanhado com correspondente intensidade pelo crescimento, no mesmo período, da produção e da importação de equipamentos médico-hospitalares e pelo crescimento do número de indústrias do ramo no país (Guimarães, 1991).

do hospital pela cidade, caracterizado pelo surgimento de um número cada vez maior de empresas cuja força torna-se suficiente para “(re)estruturar a rede tecnológica no espaço” de modo cada vez mais fragmentado, segmentado e estratificado socialmente.

Nos anos 1980 a rede assistencial pública teve um acréscimo de 11.210 novas unidades ambulatoriais e na década de 1990 outros 19.965 novos estabelecimentos de saúde: 1.202 hospitais; 16.239 ambulatórios; e 2.524 SADT⁵². O crescimento do número de ambulatórios públicos na década de 1990 está associado à implantação nacional do Programa Saúde da Família (PSF) do SUS em 1994. Já o crescimento mais acelerado da rede de SADT indica fortalecimento, a partir da segunda metade dos anos 1980, do processo de incorporação de novas tecnologias pelo sistema de saúde (equipamentos e procedimentos de elevado conteúdo tecnológico e de maior custo), ou seja, de aprofundamento da difusão do meio técnico-científico-informacional a partir da área da saúde.

O crescimento da rede de objetos do SUS ocorre de modo mais acelerado ainda na última década, passando de 50.902 em agosto de 2005 para um total de 75.979 estabelecimentos públicos de saúde de um total de 273.079 estabelecimentos registrados em janeiro de 2015, sendo: 193.760 privados, 2.921 filantrópicos e 419 vinculados a sindicatos. Segundo os tipos de unidades prestadoras, em janeiro de 2015 se verifica a seguinte composição: (i) unidades com internação (hospital) – 5.819 vinculadas ao SUS e 3.770 privadas; (ii) unidades sem internação (ambulatoriais) – 73.996 ligadas aos SUS e 175.763 privadas; (iii) unidades de SADT – 23.218 do SUS e 31.218 privadas; (iv) unidades de urgência e emergência – 9.819 vinculadas ao SUS e 3.597 particulares; (v) todas as 11.102 unidades de vigilância epidemiológica e/ou sanitária vinculadas ao SUS; e (vi) 5.369 unidades de farmácia ou cooperativa vinculadas ao SUS (sob administração direta ou não) que realizam dispensação de medicamentos, tanto do componente básico e essenciais (como Programa Farmácia Popular) como do componente dos excepcionais (alto custo) previstos na Política Nacional de Assistência Farmacêutica⁵³.

⁵² Na década de 1970 tinham sido criadas 7.069 novas unidades, sendo: 1.175 hospitalares; 5.077 ambulatoriais; e 867 Serviços de Apoio ao Diagnóstico e Tratamento (SADT), de ordem mais laboratorial (Pessôa, 2006).

⁵³ Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Ministério da Saúde, disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204&id=6906> (acesso em 10 de março de 2015).

No ano de 2009, registrou-se no Brasil a existência de 105.270 estabelecimentos de saúde, sendo 3.741 desativados, 4.080 extintos, 96.450 em atividade e 999 em atividade parcial. Dos 94.070 estabelecimentos de saúde classificados como unidades assistenciais em 2009 (conceito que o IBGE manteve para preservar a série histórica de seus levantamentos)⁵⁴, 52.023 (ou 55,3% do total) apresentavam natureza jurídica pública, sendo de administração municipal em quase sua totalidade (95,6% das unidades), e somente 2,5% estadual e 1,8% federal (IBGE, 2009). O que expressa a política de municipalização da assistência à saúde no Brasil prevista com a criação do SUS em 1988.

Dos estabelecimentos de natureza jurídica privada predominavam aqueles com fins lucrativos (90,6%) face os privados sem fins lucrativos (9,4%). Tem ocorrido uma tendência de diminuição na participação do conjunto de estabelecimentos privados (com ou sem fins lucrativos) que estabelecem vínculos com o SUS, de 30,6% em 2005 para 27,1% em 2009. Quanto à fonte de financiamento dos estabelecimentos, predomina os que fazem referência ao SUS, com 67,2% em 2009, apresentando diminuição em relação ao anos de 2005 quando o SUS representava a fonte de financiamento de 70,9% dos estabelecimentos de saúde (IBGE, 2009)⁵⁵.

O subfinanciamento do SUS tem sido um entrave à expansão do modelo público⁵⁶, destacando que o gasto público brasileiro (3,5% do PIB) é menos da metade do percentual

⁵⁴ De acordo com documento do IBGE (2009) os levantamentos e sistematizações de estatísticas relativas à saúde em escala nacional e periodicidade anual tiveram início a partir de 1931 com o Serviço de Estatística da Educação e Saúde do Sistema Estatístico Nacional. A Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária do IBGE utiliza o conceito de *unidade assistencial* e contempla todos os estabelecimentos de saúde do país que atuam na assistência à saúde tanto individual como coletiva “com um mínimo de técnica apropriada, públicos ou privados, com ou sem fins lucrativos, [...] em regime ambulatorial ou de internação, inclusive os de diagnose, terapia e controle regular de zoonoses” (IBGE, 2009, p.13), como por exemplo: Postos de Saúde; Centros de Saúde; Clínicas ou Postos de Assistência Médica; Prontos-Socorros; Unidades Mistas; Hospitais (inclusive os de corporações militares); Unidades de Complementação Diagnóstica e/ou Terapêutica; Clínicas Odontológicas, Radiológicas e de Reabilitação; e Laboratório de Análises Clínicas.

⁵⁵ É importante frisar que no levantamento das Pesquisas AMS do IBGE não estão contemplados: os consultórios particulares de profissionais de saúde autônomos (médicos, psicólogos, enfermeiros, dentistas, etc.; pequenas clínicas ambulatoriais privadas; estabelecimentos com atendimento de clientela restrita (como gabinetes dentários e ambulatórios médicos para atendimento de alunos e funcionários em escolas e empresas, particulares e privadas); estabelecimentos dedicados exclusivamente ao ensino e à pesquisa sem atendimento público; e aqueles estabelecimentos criados provisoriamente em função de alguma campanha de saúde. Daí a diferença na relação entre financiamento público (SUS) e privado na rede de estabelecimentos do IBGE quando comparada com a relação global de gastos com saúde no Brasil na qual 45% do total são gastos públicos enquanto os gastos privados correspondem a 55%.

⁵⁶ A Emenda Constitucional nº29, de 13 de setembro de 2000, conhecida como EC29, que define os percentuais de recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde cuja regulamentação, em 2012, também objetivou garantir que esses recursos não sofressem “desvio de

praticado por países com sistemas universais de saúde. Segundo Scheffer *et al.* (2011), a média mundial dos gastos em saúde tem a seguinte composição: 60% oriundos dos cofres públicos dos países e 40% de ordem privada. No caso brasileiro os gastos públicos correspondem a 45% do total enquanto os gastos privados a 55%, sendo que o primeiro (SUS) é responsável pela cobertura de 75% da população enquanto o segundo se refere a 25% da população (gastos com planos de saúde ou desembolso direto). Embora o Brasil se situe na média mundial da porcentagem do PIB gasta em saúde, que é de 9%, quando considerada a participação do investimento público nesse percentual do PIB, o Brasil – com 3,5% – fica abaixo da média global de 5,5%.

De modo geral, os percentuais públicos e privados gastos em saúde nos países apresentaram a seguinte relação, em 2011: a Europa apresenta a maior porcentagem de gasto público em relação ao privado, média de 73,7% contra 23,6%; considerando a Austrália, Nova Zelândia e China, a média é de 67,1% público e 31,1% privado; ao passo que todos os países da África, das Américas e do Sudeste da Ásia têm apresentado uma porcentagem maior de gastos privados contra gastos públicos em saúde (Scheffer *et al.*, 2011).

A questão quanto ao financiamento público e privado da saúde deve ser relativizada e não deve ser vista isoladamente. Por exemplo, Cuba que é reconhecida internacionalmente pela qualidade e excelência na área apresentava a seguinte composição dos gastos em saúde em 2011: 11,3% do PIB; US\$ 480,00 per capita; sendo que os gastos públicos corresponderam a 92,7% do total e os gastos privados a 7,3%. Já os EUA, internacionalmente reconhecido como o sistema de saúde mais liberal e mercantilizado, os gastos em saúde representaram 16,2% do PIB, sendo 48,6% gastos públicos e 51,4% gastos privados, além de ter apresentado uma média anual de gastos em saúde de US\$ 7.410 por habitante. No Brasil, que prevê na Constituição Federal um sistema público e universal, os gastos com saúde representaram 9% do PIB, com uma média anual de US\$ 943 por

finalidade”. A EC29 estabelece que os estados devem investir 12% da receita tributária total e os municípios, 15%, sendo que o Distrito Federal esse percentual é variável (entre 12% e 15%) conforme o tributo. Para a União segue vigorando uma parcela que é reajustada a partir do PIB nominal do ano anterior, sendo que nos últimos anos a União destinou à saúde em média entre 6% e 7% da receita tributária total, destacando-se que há um movimento e debate para fixar em 10% o percentual mínimo da receita bruta da União destinado à saúde.

habitante, sendo que 45,7% dos gastos foram públicos e 54,3% privados (Scheffer *et al.*, 2011). Portanto, além do orçamento (recursos e investimentos) em saúde, deve-se atentar às formas pelas quais a saúde é produzida e consumida, ou dispensada.

No caso do SUS há a tensão histórica entre a desmercantilização crescente do acesso, acompanhada da mercantilização crescente da oferta e a constituição da saúde como campo próprio de acumulação do capital. Viana e Silva (2012) apontam que no período atual há um fortalecimento de ambos os arranjos assistenciais produtivos de saúde (público nacional e privado internacional) no país acompanhado de um acirramento de suas contradições e de suas características históricas. A consolidação do SUS tem sido feita a partir do: (i) predomínio do público na formação de profissionais da saúde, na assistência ambulatorial e atenção primária à saúde (Atenção Básica); (ii) predomínio do privado na assistência hospitalar, rede laboratorial e na produção de insumos, medicamentos e equipamentos médicos, hospitalares e odontológicos; (iii) expansão das parcerias público-privadas para operacionalização de unidades do Programa Saúde da Família, novos tipos de equipamentos (como as Unidades de Pronto Atendimento, UPAs), unidades de assistência médica ambulatorial (AMAs) que são unidades historicamente vinculadas ao modelo público da Atenção Básica.

Ademais, seletividade do meio técnico-científico-informacional, marcada pela dotação desigual de densidades técnicas no território nacional, aliada ao desigual dinamismo econômico dos municípios brasileiros, condicionam a realização do SUS e a efetivação e universalização da saúde como um direito social. Enquanto norma o SUS chega a todos os lugares do país, mas não enquanto direito efetivado e praticado.

O SUS é uma modernização do período técnico-científico-informacional, por isso se caracteriza por portar as variáveis-força do atual período: técnica, ciência, informação e norma. Tal como as demais modernizações no território brasileiro, caracteriza-se por ser incompleta e seletiva, aprofundando tanto a diferenciação como a desigualdade entre os lugares. Almeida (2005) ao tratar o SUS como marco histórico brasileiro em que a saúde é definida como direito da cidadania e dever do Estado, assinalou a *verticalidade institucional* desse processo. “Usufruir ou não dos serviços de saúde está diretamente vinculado às possibilidades oferecidas pelos lugares” (p. 296).

Albuquerque (2006) ao abordar o SUS enquanto modernização do atual período, apontou seu processo incompleto e seletivo no território. Para a autora modernização é sinônimo de concentração, ou seja, os lugares mais modernizados são aqueles que apresentam grande concentração de eventos, logo, de densidades técnicas, científicas, normativas, informacionais, populacionais e, assim, também uma maior fluidez e inserção na divisão do trabalho internacional.

O que é a modernidade no território? A modernidade é o resultado de um processo pelo qual um território incorpora dados centrais do período histórico vigente que importam em transformações nos objetos, nas ações, enfim, no modo de produção. A esse processo estamos chamando modernização. Todavia, a modernidade é um corte metodológico do rearranjo permanente, nos lugares, dos vetores do mundo. Daí falarmos de modernidades no plural, porque cada época é definida pelas respectivas modernizações. (Silveira, 1999a, p.22).

Compreendemos o SUS como modernização e modernidade, como sistema dual, mas não dualista, criado por duas forças que se relacionam de modo conflitual, concorrente e cooperativo: (i) saúde como bem econômico e espaço de acumulação capitalista, sistematicidade do complexo médico-industrial e financeiro; e (ii) saúde como direito social e espaço de transformação e emancipação política, social e cultural, sistematicidade dos movimentos sociais e do movimento da reforma sanitária brasileira. Modernidade aqui entendida conforme Gramsci (1988), a condição do nosso tempo, a possibilidade de pensar e agir no presente a partir do futuro, e não apenas a partir do passado, no intuito de transformar a produção do presente, de interferir nos rumos da história.

Antes de apresentar a segunda vaga de modernizações que nos interessa mais diretamente, é necessário abordarmos a atualização dos medicamentos, em virtude de seu papel no sistema de saúde e a nova classe de produtos que passa a predominar no sistema.

No decorrer da década de 1970 houve uma saturação da química sintética que resultou na queda do ritmo de inovações e de lançamento de novos medicamentos a base de síntese química, além da diminuição da participação dessa classe de medicamentos no mercado mundial (Temporão, 1986; Gadelha, 1990; Bicudo, 2006). De acordo com Bicudo (2006) a eficiência do setor produtivo farmacêutico passou a depender de conteúdos informacionais, representados pelo aumento de atividade de consultorias, como a *IMS Health*, pelo aumento dos gastos com propaganda e na proteção jurídica de medicamentos

como o uso de patentes que em 2003 correspondia a 40% do mercado farmacêutico brasileiro.

Novos conteúdos de ciência e informação passam a determinar as bases técnicas e políticas da produção. Na década de 1980 surgem as primeiras empresas biotecnológicas e são lançados os primeiros medicamentos à base de modificação genética⁵⁷. Na década de 1990 também os grandes laboratórios farmacêuticos começam a atuar em biotecnologia, sendo que em 2003 cerca de 30% dos medicamentos foram gerados por síntese biotecnológica (Capanema e Palmeira Filho, 2004). O reconhecimento da *natureza* como processo de produção reside no fato de que a diversidade encontrada em organismos biológicos é geradora de *informação* (Santos, L. G. dos, 1998). Produto que resulta muito mais por intermédio da prospecção dos usos desses recursos pelas diversas populações do que através da prospecção *ao acaso* desses organismos vivos realizada diretamente e imediatamente pelos laboratórios junto à *natureza intocada e selvagem*.

Novos campos do conhecimento e da aplicação científica se destacam, como engenharia genética e biotecnologia, no desenvolvimento de novos medicamentos e tratamentos de saúde (como as terapias gênicas e terapias imunológicas), os chamados produtos biológicos (alérgenos, anticorpos monoclonais, hemoderivados, probióticos, vacinas e biomedicamentos).

Medicamentos biológicos ou biofármacos (citocinas, hormônios, enzimas, fatores de coagulação, de crescimento, vacinas, anticorpos monoclonais, proteínas, antibióticos, fungicidas) constituem formas de uso da biotecnologia na área da saúde, assim como as terapias celulares, gênicas, de célula tronco e diagnósticos. Os medicamentos biológicos podem ser obtidos a partir de fluídos biológicos, de tecidos de origem animal ou através da manipulação e inserção de material genético ou alteração de genes. Essa nova classe de medicamentos e terapias tem contribuído no tratamento de doenças como câncer, diabetes, artrites, escleroses, hemofilia, e outras, as chamadas crônico-degenerativas que requer cuidado contínuo.

Uma diferença importante entre os biofármacos e os fármacos obtidos por síntese química se refere ao processo de produção e à estrutura molecular. Enquanto os biológicos

⁵⁷ Novamente a biologia abre um novo e riquíssimo campo à medicina a partir da descoberta, em 1953, por Francis Crick e James Watson da estrutura helicoidal dupla do DNA (ácido desoxirribonucléico), e mais uma vez na área terapêutica.

são obtidos através de biossíntese em células, material vivo e processos relacionados à medicina personalizada e à biologia molecular, os sintéticos são produzidos a partir de síntese química. No caso dos biológicos a estrutura molecular é formada por longas cadeias moleculares, que são mais pesadas, mais complexas e mais diversas do que os químicos sintéticos que se constituem por pequenas moléculas (com dezenas ou centenas de átomos), de estrutura química bem conhecida, estáveis e, por isso, podem ser fácil e identicamente replicáveis.

As características moleculares dos biológicos (com milhares de átomos) dificultam uma descrição mais completa e minuciosa dos produtos. O manuseio, transporte e estocagem mais complexos devem ser especializados em virtude dos produtos serem compostos por moléculas mais instáveis e susceptíveis a degradações e alterações, o que também torna praticamente impossível a realização de cópias idênticas de um mesmo medicamento biológico. Os medicamentos biológicos fazem parte da indústria farmacêutica, inserem-se no sistema de proteção por patentes e têm sido a principal fonte de inovação e de novos produtos. Enquanto a *simplicidade* estrutural dos medicamentos químico sintéticos gera uma única patente, a complexidade dos biológicos permite que um único produto carregue múltiplas patentes (Interfarma, 2012). O que talvez explique a “saturação” da química sintética mais como um esgotamento de ordem política (vinculada às estratégias de ganhos das empresas) do que técnica-científica.

Villas Bôas (2008) assinala que a indústria global de medicamentos constitui-se por oligopólios, tratando-se hoje de um “mercado poderoso em busca de novas moléculas para assegurar a competitividade na produção de novos medicamentos patenteados” (idem, p.307). Nesse quadro, os *fitofármacos* (princípios ativos isolados a partir de substâncias vegetais) representam um grande atrativo enquanto “alternativa tecnológica e econômica em relação ao elevadíssimo custo do desenvolvimento de um novo medicamento realizado através da análise combinatória e síntese de moléculas” (idem, p.311).

Segundo o Ministério da Saúde (2013)⁵⁸ os produtos biológicos “são mais eficazes em relação aos medicamentos tradicionais de síntese química, aumentando as

⁵⁸ Fonte: Assessoria de Imprensa do Ministério da Saúde - Agência Saúde, matéria intitulada “Brasil amplia produção e medicamentos biológicos”, divulgada em 19 de junho de 2013 no site: <http://www.bio.fiocruz.br/index.php/brasil-amplia-producao-de-medicamentos-biologicos> (acesso em 27 de junho de 2014).

possibilidades de sucesso no tratamento principalmente para doenças crônicas”. Segundo essa nota a classe de biológico já consome cerca de R\$ 4 bilhões dos recursos do Ministério da Saúde gastos anualmente com medicamentos, ou seja, 43% do total, embora representem apenas 5% da quantidade de medicamentos adquirida.

A Assistência Farmacêutica do SUS é dividida em três componentes, sendo seu financiamento de responsabilidades das três esferas de gestão do sistema (União, estados, Distrito Federal e municípios) que grosso modo correspondem aos três níveis de atenção à saúde (baixa, média e alta complexidade): Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF); Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF); e o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF).

O Componente Básico da Assistência Farmacêutica do SUS tem atualmente a seguinte composição de seu custeio: R\$ 5,10 por habitante/ano pelo governo federal; R\$ 2,36 por habitante/ano pelos governos estaduais; R\$ 2,36 por habitante/ano pelos governos municipais; e R\$ 4,72 por habitante/ano pelo governo do Distrito Federal (que corresponde à somatória do gasto per capita dos estados e dos municípios). Um valor de R\$ 9,82 por habitante/ano, cujo total nacional fica por volta de R\$ 1,9 bi ao ano, apenas para o componente básico⁵⁹. O que é importante para a nossa discussão porque é nesse componente que estão previstos os recursos para aquisição e financiamento dos programas municipais de dispensação de plantas medicinais e fitoterápicos no SUS.

A despesa total do Ministério da Saúde na aquisição e financiamento de medicamentos passou de R\$ 1.912.384.000,00, em 2003, para um total de R\$ 9.415.800.000 em 2012, um aumento em torno de 490% nos gastos com assistência farmacêutica (DAF, 2013), ou seja, cerca de 10% do orçamento total do Ministério da Saúde, que no ano de 2014 foi de R\$ R\$ 100.300.212.518,00 (CONASS, 2015).

Destacando que o gasto total do governo federal com medicamentos inclui além dos três componentes outros programas, como: o de imunobiológicos para a Prevenção e Controle de Doenças; Atenção aos Pacientes Portadores de Doenças Hematológicas; Atenção aos Pacientes Portadores de Coagulopatias; Atendimento à População com

⁵⁹ Fonte: Portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013, Gabinete do Ministro da Saúde, que dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvvs/saudelegis/gm/2013/prt1555_30_07_2013.html (acesso em 12 de março de 2015). O número de habitantes utilizado foi o do Censo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para 1º de julho de 2011.

Medicamentos para Tratamento dos Portadores de HIV/Aids e Outras Doenças Sexualmente Transmissíveis; Prevenção, Preparação e Enfrentamento para a Pandemia de Influenza; Programa Farmácia Popular (co-pagamento); e aquisição de medicamentos por meio de ações judiciais.

Nos anos 1990 também se verifica uma revalorização mundial do uso medicinal de espécies vegetais, e a fitoterapia e seus componentes medicamentosos passam a ganhar cada vez mais notoriedade, visibilidade e adeptos no âmbito dos sistemas oficiais de saúde dos países e das classes profissionais ligadas à área da saúde, inclusive medicina. Surge um mercado e comércio mais intenso em escala global, tanto de fitoterápicos como de plantas medicinais, para além dos mercados de âmbito mais regional e local como até então vigoravam. No caso brasileiro, que não é o único no mundo, o uso de plantas medicinais e fitoterápicos nunca deixou de ser valorizado nas práticas domésticas e populares de saúde e nos mercados locais e regionais cuja maior expressão são os mercados de rua (feiras, camelôs e ambulantes).

Destaca-se que os insumos da fitoterapia (planta *in natura*; droga vegetal; e fitoterápicos, manipulados ou industrializados) distinguem-se dos medicamentos de origem vegetal caracterizados pelo uso de princípios ativos isolados, como os fitomedicamentos ou fitofármacos⁶⁰.

Conforme definição da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa)⁶¹, a *fitoterapia* passa a ser definida como um método de tratamento caracterizado pela utilização de plantas medicinais em suas diferentes preparações, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal, sob orientação de um profissional habilitado (reconhecido). A *planta medicinal* caracteriza uma espécie vegetal (cultivada ou coletada por extrativismo) utilizada com propósitos terapêuticos e chama-se *planta fresca* (ou *in natura*) a coletada no momento de uso e *planta seca* a que foi precedida de secagem (equivalendo a *droga vegetal*). Os *fitoterápicos* são os medicamentos (na forma de xaropes, cápsulas, comprimidos, pomada, gel) obtidos a partir de plantas medicinais empregando-se

⁶⁰ “Fitofármaco” (fito + fármaco), fármaco é a substância química isolada que é o princípio ativo do medicamento, portanto fitofármacos são moléculas com ação terapêutica de origem vegetal.

⁶¹ Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Ministério da Saúde), Resolução RDC n. 84/02 e DCB — Denominação Comum Brasileira, Glossário: [http:// www.Anvisa.gov.br/farmacopeia/dcb.htm](http://www.Anvisa.gov.br/farmacopeia/dcb.htm), acessado em 25-6-2012).

exclusivamente derivados de droga vegetal (extrato, tintura, óleo, cera, suco e outros), não sendo objeto de registro como medicamento fitoterápico planta medicinal ou suas partes após processos de coleta, estabilização e secagem (seja íntegra, rasurada, triturada ou pulverizada).

O termo *medicamento* define um produto farmacêutico, tecnicamente obtido ou elaborado, com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico ou tratamento, segundo definição utilizada pela Anvisa. O termo *remédio* é uma nomenclatura popular, por isso mais abrangente e polissêmica, utilizada para indicar qualquer tipo de uso ou dispositivo que sirva para tratar uma doença, incômodo, mal-estar, agravo à saúde ou mesmo para recuperar, manter ou fortalecer a saúde, podendo ser: uma massagem, talismã, clima, sugestão, reza, oração, benzimento, defumação, um hábito, um comportamento e, inclusive, medicamento (fitoterápico, químico, biológico), dentre muitas outras formas, portanto, uma infinidade de usos cujo repertório não se esgota e nem se fecha.

No período 1990-1997, registrou-se um aumento nos EUA de 380% no uso de medicamentos à base de plantas e em 2002 foi estimado que 70% da população da Alemanha recorria à *medicina natural* como primeira escolha terapêutica para pequenas disfunções e adoecimentos menos graves (OMS, 2002). Cerca de 80% da população dos países pobres depende das chamadas medicinas tradicionais ou populares na atenção primária à saúde, e 85% dessa medicina envolve o uso de plantas medicinais (Brasil, 2006b).

Levantamento do Centro de Gestão e Estudos Estratégicos (CGEE, 2009c) estimou em US\$ 22 bilhões o mercado mundial de fitoterápicos e produtos a base de plantas medicinais no ano de 2002, o qual chega a US\$ 50,6 bilhões se também for considerada a categoria de produtos *suplementos alimentares*. No caso do mercado brasileiro, foram feitas as seguintes estimativas: cerca de R\$ 600 milhões (Freitas, 2007); R\$ 1 bilhão (Carvalho *et al.*, 2008); e R\$ 1,10 bilhão (Marques *et al.*, 2011). De modo geral, as estimativas apontadas pelos autores convergem para uma projeção de valor do mercado de fitoterápicos em torno de 2,75% do mercado farmacêutico brasileiro global, medida praticamente idêntica à relação verificada entre os mercados mundiais: o de fitoterápicos representando 3% do mercado farmacêutico global.

A balança comercial do mercado de fitoterápicos no Brasil registrou déficit de US\$ 960 milhões em 2008: a exportação de fitoterápicos foi de US\$ 251 milhões, enquanto a importação foi de US\$ 1,2 bilhão. Relação comercial praticamente mantida comparando-se com os dados de 2004 quando se exportou US\$ 118,2 milhões e se importou US\$ 574 milhões (o déficit em 2004 ficou em US\$ 455,8 milhões), embora ambas operações tenham apresentado crescimento de cerca de 110% no período 2004-2008 (CGEE, 2009c).

A origem das importações brasileiras em 2008 correspondeu a um conjunto de 34 países. A Alemanha foi o principal país de origem das importações brasileiras de fitoterápicos em valor no ano de 2008 (32,6%), outros países europeus representaram 29,7% das importações (Suíça 13,8%; Espanha 8,9%; e França 7%) e a China foi o país de procedência de 7,5% das importações de fitoterápicos. Logo, esses cinco países representaram 70,5% das importações brasileiras. (CGEE, 2009b).

Segundo a UNIDO (2002) há indicativos de que esteja ocorrendo um crescimento no comércio mundial de produtos à base de plantas, contudo não há uma mensuração da real dimensão do setor em termos de valores econômicos, tipos de produtos e espécies de plantas medicinais. Os dados são escassos ou inexistentes, as informações sobre a produção de plantas medicinais, suas utilizações, preços e fluxos financeiros entre países não estão disponíveis ou raramente são coletados e sistematizados. Apenas algumas plantas medicinais de maior importância comercial estão sujeitas a regulamentos internacionais⁶².

A consolidação em escala mundial do mercado de plantas medicinais e fitoterápicos é tributária, em boa medida, de uma vaga de modernizações cuja gênese está localizada nos movimentos de contracultura da década de 1960 e seus desdobramentos na década seguinte, amplificados no final da década de 1970 a partir da valorização das chamadas medicinas tradicionais e alternativas. Impulsos globais que terão maiores repercussões e desdobramentos no Brasil dos anos 1980 em diante.

⁶² De acordo com Marques *et al* (2011), o mercado de plantas medicinais e fitoterápicos apresenta uma complexidade que o torna muito difícil de ser mensurado e estimado, devido a duas ordens de fatores: (i) como qualquer outro mercado de produto derivado de plantas, as espécies vegetais são utilizadas como insumos para a produção de uma diversidade de classes de produtos, como ornamentos, alimentos, chás, cosméticos e fitoterápicos; (ii) devido às diversas classificações e normatizações estabelecidas e adotadas pelos vários países para essa gama de produtos, acaba resultando um conjunto enorme e muito heterogêneo de produtos que inviabiliza ou torna extremamente difícil qualquer comparação ou consolidação de dados e informações. Acrescentaríamos que a forma predominante de produção favorece a invisibilidade e dificulta o controle e mensuração, já que cerca de 90% do total de plantas medicinais produzido no mundo o é realizado a partir do extrativismo e coleta “selvagem” (*wild harvesting*) e apenas 10% através do cultivo (FAO, 2005).

A partir do final da década de 1960 a racionalidade médica científica (ou biomedicina) passa a ser relativizada e contestada nos países ocidentais. Nesse contexto, as plantas medicinais e os fitoterápicos ressurgem como práticas valorizadas no movimento da contracultura dos anos 1960, mas só vão apresentar repercussões de ordem econômica e comercial a partir das décadas de 1980 e 1990. Contestação da autoridade, da ordem vigente e do *status quo* em todos os âmbitos e esferas da vida (econômico, cultural e político), dentre os quais a própria medicina oficial e uma elite médico-industrial que se consolidava impondo lógicas normativas e ordenadoras dos corpos individuais, das cidades e das sociedades.

Para Luz (1997) a ascensão das chamadas *medicinas tradicionais* originou-se na década de 1960 quando a racionalidade médica científica passa a ser relativizada e contestada por vetores dos movimentos de contracultura no seio da própria cultura ocidental. Desse modo, Souza e Luz (2009) apontam que o acirramento de fatores da cultura ocidental como o individualismo, a falta de holismo (de pensar a vida por inteiro e atuar no mundo como uma totalidade) e uma epidemiologia do mal-estar difuso e coletivo influenciaram positivamente o surgimento das chamadas *terapias alternativas*. Foram conflitos e rupturas no campo da saúde associados a fatores de ordem mais cultural que fortaleceram o surgimento e expansão das *racionalidades médicas alternativas ou complementares* frente à racionalidade médica ocidental da biomedicina.

[...] os motivos da expansão contínua das terapias alternativas na sociedade atual não podem ser reduzidos a questões de (in)satisfação ou (in)eficiência com relação à medicina ocidental contemporânea ou aos sistemas públicos de saúde, apesar de sua inegável influência [...]. Antes, fundamentam-se em escolhas culturais e terapêuticas que apontam para transformações nas representações de saúde, doença, tratamento e cura presentes no processo de transformação da cultura. (Souza e Luz, 2009, p.394)

Segundo Udry (2001) a crescente emergência de novas tecnologias e o avanço da química moderna ao fortalecerem a *medicina analítica alopática* acirraram fortes contradições, sobretudo a partir da segunda metade do século XX. A autora assinala que os efeitos acumulativos e negativos do uso de químicos para a saúde humana passaram a ser constatados a partir de sofisticados aparelhos desenvolvidos no pós-guerra. Mas, para ela, o fator determinante nesse processo de mudança foi a “permuta cultural entre Oriente e

Ocidente” intensificada no período. Udry (2001) destaca que a *teoria da relatividade* proposta pelo físico Albert Einstein (1879-1955), ao demonstrar a partir da ciência ocidental que a “matéria nada mais era do que energia condensada” endossou a matriz de filosofias orientais ao confirmar o princípio de que “tudo era movimento e transformação de energia”.

A revolução cultural no Ocidente ocorria na década de 1960 e culminou na aceitação de muitos elementos da cultura oriental (budismo, ioga, macrobiótica, acupuntura) e na criação de comunidades rurais e urbanas, propiciando a formação de grupos naturalistas, ecologistas e pacifistas. O Ocidente retornou à medicina natural, ao reconhecimento tradicional e ao uso de plantas medicinais. [...] Assim, fatores de ordem científica, nas últimas décadas, como a constatação dos efeitos colaterais do uso continuado dos medicamentos químicos, aliados à mudança cultural, implicaram crescente aumento de demanda por medicamentos naturais (Udry, 2001, p.62).

Processo esse vinculado à expansão das comunicações em escala global, fato que permitiu maior conhecimento e intercâmbio entre técnicas e saberes de lugares distintos e distantes, adensando seus vínculos e suas diferenciações.

Esses movimentos de ordem internacional repercutem com mais intensidade e são acolhidos pela formação socioespacial brasileira nos anos 80 com a difusão do ideário *naturista, ambientalista e ecologista*. No caso brasileiro, além desse mercado de produtos naturais e de consumo ligados ao ideário de uma vida mais saudável, porque supostamente mais próxima a um equilíbrio natural, também se encontravam usos banais e disseminados de plantas medicinais por todo o território. O termo *produto natural* aparece pela primeira vez na legislação brasileira, sem mais esclarecimentos ou definição específica, como apontado por Marques (1992), na Portaria nº19 de 1981 da DIMED (Divisão de Medicamentos da Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária, SNVS).

Outro importante evento na consolidação do *movimento ambientalista* que influenciará não apenas novas formas de produção e consumo, mas também políticas e ações, muitas das quais relacionadas ao uso de plantas medicinais, foi a Conferência de Estocolmo realizada na Suécia em 1972 (Primeira Conferência Mundial sobre o Homem e o Meio Ambiente coordenada pela ONU, Organização das Nações Unidas). Desdobramento direto desse evento foi a realização, também pela ONU, da Conferência da Cúpula da Terra na cidade do Rio de Janeiro, Brasil, em 1992, a chamada Eco-92. Mais recentemente, em

2012, uma segunda edição desse evento foi realizada para avaliar e fazer um balanço, a Rio+20.

Evento significativo e de enorme repercussão para o objeto de nossa discussão, por isso mesmo será retomado na próxima parte mais detidamente, foi a Conferência Internacional sobre Assistência Primária em Saúde realizada em Alma-Ata no Cazaquistão, em 1978, pela Organização Mundial da Saúde da Organização das Nações Unidas (OMS/ONU). A Declaração de Alma-Ata de 1978, carta de intenções dos países signatários, constituiu um marco fundamental ao promover a saúde humana numa perspectiva mais global e holística sem desconsiderar a extrema desigualdade nas condições de saúde dos povos e entre os povos, em particular entre países desenvolvidos e subdesenvolvidos. A Declaração fomenta a autonomia e autodeterminação das sociedades na escolha dos sistemas médicos e de tratamento, e da base material correspondente para essas ações, enfatiza a responsabilidade dos Estados na provisão de saúde e a necessária participação social no planejamento e execução das ações em saúde.

Embora não figure entre os países signatários da Declaração de Alma-Ata, o Brasil acolheu e endossou, nas décadas seguintes, muitas de suas recomendações. Dentre as quais, a importância da atenção primária na saúde das populações e na estruturação do sistema de serviços assistenciais (princípio adotado pelo SUS), além da adoção e estímulo às chamadas práticas de Medicina Tradicional e Medicina Complementar e Alternativa (MT/MCA) que resultará na criação pelo Ministério da Saúde da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde e da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, ambas em 2006. Lembrando que a Central de Medicamentos (CEME) do Ministério da Saúde havia executado o Programa de Pesquisa de Plantas Medicinais entre 1982 e 1997 do qual resultou muitos dos programas pioneiros de fitoterapia na saúde pública nos anos 1980 e no SUS nos anos 1990. Desdobramentos, temas e ações que serão tratados com mais profundidade e detalhamento na próxima parte para discutir a fitoterapia no SUS como um subsistema do macrossistema de saúde brasileiro.

O importante a reter da periodização é a antiguidade do uso de plantas medicinais e fitoterápicos, sendo que durante longos períodos permaneceu como o meio predominante de terapêutica medicamentosa, tanto nas racionalidades e nos sistemas de medicina oficiais

como nas práticas populares de saúde nos diversos lugares. Ademais, a diversidade, o valor e a riqueza das plantas medicinais residem nos seus usos e não numa qualidade *nata* (*natura naturata*), híbridos que historicamente vêm sendo elaborados e criados.

A partir de meados dos anos 1930 esses usos passam a ser preteridos, hostilizados e marginalizados no Brasil a partir da emergência de uma tecnoesfera e de uma psicoesfera próprias à associação de interesses entre biomedicina e complexo médico-industrial da saúde. Até então havia convivência e complementaridade na utilização de tipos variados de insumos medicamentosos (plantas medicinais, fitoterápicos, químicos e biológicos) nas práticas terapêuticas profissionais e populares. O que atesta o fato de que não há uma divergência fundada nos atributos técnicos e científicos da medicina moderna em relação a qualquer que seja o recurso terapêutico e seus meios em questão, no caso a fitoterapia e o uso de plantas medicinais. Sendo construção de uma rota técnica, trata-se de escolha política. A divergência entre sistematicidades tem que ser vista na totalidade de seus componentes, para além da saúde: contexto cultural, econômico, atores, saberes, discursos, estratégias e objetivos (implícitos e explícitos).

Eventos globais passam a valorizar novos usos de plantas medicinais e fitoterápicos, os quais são acolhidos no Brasil a partir da segunda metade da década de 1970. Destacando-se que da perspectiva das práticas populares de saúde nas diversas regiões brasileiras, as plantas medicinais e os fitoterápicos nunca deixaram de ser utilizados e valorizados. Nesse momento também ocorre a ampliação da base material necessária às ações em saúde, tornando possível a edificação de um sistema nacional de saúde. A partir dos anos 1980 o ideário de um sistema público e universal de saúde (SUS) e o uso de plantas medicinais e fitoterápicos passam a partilhar a modernidade de um projeto comum, momento em que o território integrado tecnicamente permite o surgimento do macrossistema de saúde brasileiro.

Parte II – Sistema Único de Saúde (SUS) como macrossistema e a fitoterapia no SUS como subsistema

A difusão do sistema de saúde no Brasil a partir da criação do SUS em 1988 é acompanhada, e por vezes antecedida, pela adoção de plantas medicinais e fitoterápicos pelos subsistemas públicos locais de saúde. O que nos leva a indagar se seria o SUS um macrossistema técnico de tipo *flexível e tropical*? O qual para poder continuar existindo e se expandindo seguiria mudando, a todo tempo, para poder durar? Um macrossistema mais sensível às especificidades dos lugares, distinto dos macrossistemas mais consagrados, como os de energia elétrica?

Nessa segunda parte do trabalho propomos interpretar o SUS como macrossistema técnico, começando por apresentar seus contextos mais gerais e advogando que por ser ele o núcleo central político e gestor podemos compreendê-lo como sinônimo do macrossistema de saúde brasileiro. Num segundo momento trataremos da fitoterapia no SUS como subsistema do macrossistema, apresentando a evolução dos programas de adoção de plantas medicinais e fitoterápicos pela saúde pública e principais políticas e ações do Estado na promoção da fitoterapia no SUS. Por fim, fechando a segunda parte, a relação – conflituosa ou cooperativa – desse subsistema do SUS marcada pela tensão entre a rigidez do macrossistema de saúde e a flexibilidade das práticas populares de plantas medicinais e fitoterápicos. Tensão entre sistematicidades – populares e do macrossistema – que serão aprofundadas empiricamente na terceira parte do trabalho a partir da análise de situações geográficas: produtos e produtoras do macrossistema de saúde.

Segundo Gras (1997), um macrossistema técnico pode ser definido pela presença de três elementos: (i) um *objeto industrial*, em seu sentido amplo (como uma usina nuclear ou uma hidrelétrica); (ii) uma *organização da distribuição dos fluxos* (como uma rede elétrica); e (iii) uma *empresa de gestão* comercial para fazer a ligação entre a oferta e a demanda. No Brasil o conceito de macrossistema técnico é tratado na geografia por Milton Santos (1999a) em 1996 para se referir aos grandes sistemas técnicos “sem os quais os outros sistemas técnicos não funcionariam. Os macrossistemas técnicos promovem grandes

trabalhos (barragens, vias rápidas de transporte terrestre, aeroportos, telecomunicações, etc.) [...], e constituem o fundamento material das redes de poder” (Santos, 1999a, p.142).

Advogamos que o SUS, além de cumprir esses requisitos é portador de outros dois atributos que o tornam um macrossistema específico, aderente aos lugares, e distinto da definição consagrada pela literatura: (i) maior sensibilidade às particularidades dos lugares; e (ii) se, por um lado, enquanto macrossistema técnico centraliza, política e tecnicamente, por outro lado, para poder existir também descentraliza, técnica e politicamente. Pela sua constituição em rede, ele exige certa centralização técnica, contudo, politicamente ele não existiria se não houvesse certa descentralização que permite ao sistema nervoso central ser alimentado pelas informações dos lugares.

Um macrossistema que se caracteriza por certa *flexibilidade tropical*⁶³, um movimento permanente marcado por uma multiplicidade de combinações de objetos e ações em saúde e dotado de grande capacidade de adaptação. Muito vinculado e sensível às particularidades dos lugares cujos estímulos internos e externos – constitutivos de situações geográficas únicas – produz e reproduz constantemente o macrossistema de saúde brasileiro.

⁶³ Milton Santos (1993; 1999a; 2006) utilizou o conceito de *flexibilidade tropical* para se referir ao processo de criação de trabalhos, sobretudo nos países pobres, como princípio de uma nova política, porque criada de baixo para cima. Um mecanismo pelo qual se criam muitos e variados trabalhos para suprir a demanda de empregos e serviços não atendida pela economia monopolista, fundamental para evitar a explosão das cidades. “A primeira divisão do trabalho, aquela que procede de cima para baixo, é rígida, dependente de normas implacáveis; enquanto a segunda divisão do trabalho está sempre recriando as suas normas. E esta segunda é mais complexa, e, finalmente, a mais rica, feita de baixo para cima. A partir da variedade infinita de ofícios, do fato de que cada ator é muito móvel, de que um quadro ocupacional não é fixo – um mesmo ator desempenhando diversos papéis dentro da cidade – e dando lugar a divisões do trabalho que são proteiformes. É um movimento permanente, fundado nas metamorfoses do trabalho, produzindo flexibilidade tropical com grande capacidade de adaptação à conjuntura e respeito ao papel das ecologias urbanas – materiais e sociais – do próprio meio geográfico” (Santos, 2006, p.23).

Capítulo 6. O Sistema Único de Saúde (SUS) como macrossistema: infraestrutura da vida cotidiana

O pioneiro no uso do conceito de *macrossistema técnico* foi o historiador norte-americano Thomas Parke Hughes (1923-2014) cujos estudos em fins dos anos 1970 resultaram na publicação do trabalho *Networks of Power: electrification in western society 1980-1930* no ano de 1983. Ao trabalho e à linha de pesquisa aberta por Hughes seguiram-se outros autores: Todd La Porte e Gene Rochlin (Universidade de Berkeley, EUA); Renate Mayntz e equipe do Instituto Max-Planck de Colônia (Alemanha); Bernward Joerges e Ingo Braun (Berlin, Alemanha); e, mais tardiamente na França: Pascal Griset e a equipe de François Caron (Université Paris IV); Alan Gras (Centre d'Etude des Techniques des Connaissances et des Pratiques, CETCOPRA, Université Paris 1); Gabriel Dupuy e Jean-Marc Offner.

Para Hughes (1983; 2008) um *sistema* constitui um híbrido, uma relação indissociável e recíproca entre distintos componentes tanto técnicos como institucionais, um *sistema sociotécnico* que resulta causa e efeito do movimento histórico-social. Os grandes sistemas técnicos tendem ao equilíbrio e expansão permanentes, cooptando e racionalizando as demais técnicas fora de seu sistema. É a *pluralidade de redes* que caracteriza um macrossistema cujo elemento distintivo é o seu *poder*, termo que na língua inglesa integra duas acepções: como *poder político* (meio de jogar com forças sociais) e *potência motriz* (meio de aumentar as forças produtivas e fazer circular).

Pode-se considerar que alguns macrossistemas apresentam um caráter mais estratégico e uma condição mais necessária, como o elétrico e o de comunicação que além de garantirem o funcionamento de todos os outros macrossistemas também garantem a produção, distribuição e uso da maioria dos bens e serviços da maior parte das organizações das sociedades atuais: saúde, proteção social, cultura e lazer, segurança e ordem pública, ciência e educação, religião e vida comunitária. Joerges (1988) propõe a existência de dois tipos de grandes sistemas técnicos: (i) *grandes redes técnicas* (ou macrossistemas técnicos); e (ii) *grandes programas técnicos*, que são os *sistemas pré-infraestruturais* orientados por um conjunto experimental de metas técnicas, econômicas e políticas tendo como exemplo clássico o Projeto Manhatann (projeto de pesquisa e desenvolvimento de armas nucleares

na época da 2ª Guerra Mundial, que resultou na construção da bomba atômica norte-americana).

O SUS é aqui considerado um macrossistema técnico estratégico e vital. Tal como os demais macrossistemas, ele preenche os três requisitos básicos de um macrossistema – (i) *fixos* de saúde (no sentido amplo desses *objetos*: unidades básicas, ambulatórios, hospitais, equipamentos médicos, medicamentos); (ii) *animados por ações* que organizam a distribuição dos *fluxos* entre esses fixos; e (iii) um *órgão de gestão* da oferta e demanda que, no caso do SUS, é centralizado em algumas políticas (União) e descentralizado na maior parte das ações (estados, Distrito Federal e municípios).

Ademais, o SUS é sensível às especificidades dos lugares, o que o distingue dos macrossistemas técnicos mais consagrados, mas assim como esses, é um sistema técnico *macro* porque *hegemônico*, ou seja, porque chega ao *cotidiano* das pessoas e porque referencia *objetiva* e *subjetivamente*, ainda que em graus e combinações distintas entre os componentes desse par, toda prática ou sistema de saúde no território brasileiro.

Os macrossistemas técnicos se caracterizam por constituírem *infraestruturas da vida cotidiana* (Gras, 1997; 2001), um conjunto de redes às quais o homem moderno está ligado e do qual sem perceber tornou-se extremamente dependente, desconhecendo também onde estão situados os centros dessas redes e menos ainda a maneira pela qual são organizadas e quais os objetivos dessa expansão técnica e científica. Cotidiano compreendido como modo de vida, como maneira de ser no mundo expressa na vida de todos os dias, na vida doméstica (Gras, 1992a).

Além do comprimento, largura, profundidade e tempo, Santos (1999a) propõe o *cotidiano* como a *quinta dimensão do espaço banal*, o qual se remete às noções de co-presença, de vizinhança e de território compartilhado. Co-presença e intercâmbio que são condicionados pelas infraestruturas presentes e suas normas e possibilidades de uso. Um conjunto de materialidades “que é, ao mesmo tempo, uma condição para a ação; uma estrutura de controle, um limite à ação; um convite à ação. Nada fazemos hoje que não seja a partir dos objetos que nos cercam” (*idem*, p. 257). Compreendemos a dimensão espacial do cotidiano como uma mescla de pragmatismo e emoção a partir dos lugares e das pessoas juntas, em situação de vizinhança (Santos, 2000).

No lugar – um cotidiano compartilhado entre as mais diversas pessoas, firmas e instituições – cooperação e conflito são a base da vida em comum. Porque cada qual exerce uma ação própria, a vida social se individualiza; e porque a contigüidade é criadora de comunhão, a política se territorializa, com o confronto entre organização e espontaneidade. O lugar é o quadro de uma referência pragmática ao mundo, do qual lhe vêm solicitações e ordens precisas de ações condicionadas, mas é também o teatro insubstituível das paixões humanas, responsáveis, através da ação comunicativa, pelas diversas manifestações da espontaneidade e da criatividade (Santos, 1999a, p. 258).

O SUS constitui infraestruturas da vida cotidiana das pessoas. Em maior ou em menor grau, mas em alguma medida, se faz presente no dia a dia das pessoas, ainda que não tenhamos consciência dessa dependência e dessa incidência. Compreendê-lo como macrossistema de saúde permite apreendê-lo como dimensão espacial do cotidiano e desvendar as intencionalidades e projetos que acompanham os discursos e as ações de atores e agentes no campo da saúde.

Levantamento do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Sistema de Indicadores de Percepção Social - Sips/Ipea) publicou, em 2011⁶⁴, que 34,3% da população brasileira afirmou nunca ter usado o SUS. Para De Lavor *et al.* (2011) é muito pouco provável que esse dado faça sentido e que corresponda à realidade. O SUS está presente no cotidiano de toda a população brasileira, contudo também se faz presente na vida diária das pessoas a produção de uma *invisibilidade* do SUS que responde a alguns interesses e intencionalidades, sobretudo daqueles vinculados à mercantilização e privatização da saúde.

A produção dessa invisibilidade opera não para extinguir o SUS, em todas as suas dimensões e em sua totalidade, mas muito pelo contrário, para levá-lo a uma sistematicidade outra que não aquela projetada pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira e incorporada pelo texto da Constituição de 1988, conforme seu Artigo 196 que define: “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, 2008b, p.125). A esse princípio está subjacente a concepção ampliada de saúde e

⁶⁴ IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *Sistema de indicadores de percepção social (SIPS)* / Organizador: Fábio Schiavinatto. - 1ª Ed. – Brasília: Ipea, 2011. 254 p.

um sistema público de saúde operador de inclusão social e de transformação e emancipação políticas.

A Constituição também prevê, no Artigo 197, que no que se refere aos serviços e ações na área da saúde cabe 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, grifo nosso). A manutenção da participação privada, garantida desde o Sistema Nacional de Saúde de 1975, talvez explique porque o SUS foi aprovado e se tornou consenso na Assembleia Nacional Constituinte de 1987-1988.

O embate histórico na saúde entre uma sistematicidade voltada para a saúde como bem econômico e espaço de acumulação de capital e uma sistematicidade voltada à saúde como direito social e campo de emancipação política pode ser definido, atualmente, como a disputa entre a *Cobertura Universal de Saúde* e a *Universalização do Direito à Saúde* (Noronha, 2013). A Cobertura Universal de Saúde (ou *novo universalismo*) é uma proposta liderada pela Fundação Rockefeller e pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que defende a responsabilidade e a participação ampliadas do setor privado nos sistemas nacionais de saúde, contribuindo para o aprofundamento do processo de mercantilização e financeirização da saúde (Lima, 2015). Proposta que atenta contra o direito à saúde em virtude de romper com a solidariedade que funda e mantém a proteção social, somente *sistemas públicos e universais de saúde*, como o SUS, têm a capacidade de garantir e consolidar o direito social à saúde (Cebes, 2014).

O setor privado da saúde é diverso e apresenta divergências entre seus atores, mas no geral ganha coesão em torno do objetivo comum em segmentar, fragmentar e lucrar com o sistema de saúde em benefício de usos e interesses corporativos. Destacando-se os planos e seguros de saúde, principalmente pelos vínculos com o capital financeiro e por disporem crescentemente de redes próprias de serviços. Há também os prestadores de serviços de saúde do *setor suplementar* (não SUS) e os prestadores de serviços de saúde para o SUS (*setor complementar*), cujos principais atores são os hospitais e redes hospitalares (privados e filantrópicos sem fins lucrativos). Outro grupo do setor privado é formado pelos principais empresas produtoras e fornecedores de equipamentos, medicamentos e insumos biomédicos. E mais recentemente, os grupos gestores privados de serviços públicos de

saúde, uma diversidade de organizações que incluem desde grupos hospitalares, Organizações Sociais de Saúde (OSS) e Organizações Não-Governamentais (ONGs), cada vez atuando mais em redes de atenção e serviços em saúde (em vários níveis da atenção) esses grupos têm gerido unidades de saúde da família, Centros de Saúde, Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e hospitais.

Não se constata declarações públicas e oficiais de nenhum ator ou mesmo agente se posicionando *anti-SUS* ou *contra o SUS*, mesmo porque na realidade todos são favoráveis ao SUS, mas não a uma mesma concepção e projeto de sistema de saúde. Traço característico da hegemonia do SUS enquanto macrossistema de saúde: tanto um como outro campo de força precisam do SUS, ainda que sob intencionalidades distintas e por vezes antagônicas, como o núcleo organizador da sistematicidade do macrossistema de saúde: planejando, gerindo, financiando, regulando e normatizando.

Este é o caso do Congresso Nacional brasileiro onde existem duas “frentes pela saúde”, ambas a favor do SUS: uma em defesa do SUS como sistema público e direito social a todos (pela universalização do direito à saúde pública); e outra frente de parlamentares que fomenta sua privatização e mercantilização, ainda assim defendendo sua cobertura universal, mas segmentada e fragmentada em função dos níveis desiguais dos grupos e classes sociais pagadores e da participação do Estado e de atores do mercado em função dos sistemas (ou componentes destes) mais rentáveis e lucrativos.

Os grandes meios de comunicação, como conglomerados comerciais que são, não se posicionam mais abertamente a uma ou outra concepção de SUS, mas diariamente servem aos interesses de grupos econômicos privados, seus principais financiadores (anunciantes), não apenas através de peças publicitárias, mas também pela produção de uma psicosfera sutil mediante notícias, matérias e coberturas jornalísticas que continuamente amplificam e exacerbam os erros e pontos negativos do SUS público e universal. Uma demonização que nunca veicula as conquistas, acertos e possibilidades, e quando o faz jamais dá os créditos. Uma psicofera que tem desconstruído o SUS público e universal.

De Lavor *et al.* (2011) identificaram que falta um comprometimento maior dos gestores do sistema para evidenciar o tamanho real do SUS e uma *má vontade* da grande mídia em relação ao sistema, o que se deve em boa medida à orientação ideológica desses

grupos de comunicação que têm postura privatista e demonizam o SUS alardeando que *o que é público não funciona*.

Dentro desta estratégia de mostrar e esconder fatos, motivos e versões, a partir do uso de estigmas e negligências, deduz-se que não é o Sistema Único de Saúde que é invisível; o modo que a sociedade o enxerga é de tal modo desviado, que ele somente se torna visível quando alvo das câmeras de televisão — portadoras de uma espécie de cegueira seletiva que valoriza apenas as iniciativas privadas, mais afeitas ao espetáculo sensorial dos meios e conexões que constroem o cenário da mídia atual. [...] Neste sentido, é a própria saúde que se torna invisível, ofuscada pelos holofotes especializados em iluminar artigos para o consumo. No tempo das vitrines *on line* e *on time*, os produtos se tornam mais visíveis que as necessidades. (De Lavor, 2011, p.23).

Como alguns casos desse *SUS que não se vê*, mas que está presente no cotidiano da população brasileira, sem que boa parte das pessoas tenha consciência dele, podemos citar: as ações de vigilância em saúde; as campanhas de imunização; os procedimentos de alta complexidade, como transplantes de órgãos; programas de prevenção e tratamento de reconhecimento internacional, como é o caso das vacinas com o programa Nacional de Imunização e o programa de prevenção ao HIV e de tratamento para a Aids (desde 1996 é garantido o acesso universal e gratuito aos antirretrovirais); produção de tecnologia e conhecimento em instituições públicas de pesquisa e ensino; e a saúde como importante setor na economia brasileira, tanto industrial quanto de serviços.

O SUS é responsável pelo pagamento de cerca de 80% do total de partos realizados no Brasil em maternidades públicas ou mistas, sendo que os 20% restante corresponde aos partos realizados na rede privada pagos através de plano de saúde ou desembolso direto. A rede hospitalar de atenção ao parto e nascimento no país é bastante heterogênea e regionalmente muito desigual apresentando vazios assistenciais que obrigam deslocamentos para acesso à rede de atenção ao parto⁶⁵. De acordo com pesquisa conduzida por Leal (2014, p.3) uma parcela significativa das maternidades não apresenta o “conjunto completo de medicamentos e equipamentos mínimos necessários aos atendimentos de emergência, tanto para a mulher como para o recém-nascido”.

⁶⁵ Essa deficiência na rede de maternidades do SUS é mais acentuada nas Regiões Norte e Nordeste, seguidas da Região Centro-Oeste, um pouco melhor, enquanto nas Regiões Sul e Sudeste (Região Concentrada) os estabelecimentos dessa rede são mais estruturados apresentando níveis iguais ou mesmo superiores àqueles verificados na rede privada.

O campo da saúde como um todo constitui importante setor da economia brasileira, sendo que em termos de emprego representa 4,3% da população ocupada gerando cerca de 10% da massa salarial do conjunto de trabalhadores com carteira assinada, sem contar o grande contingente de profissionais diplomados que são acrescidos anualmente ao sistema. O setor saúde no Brasil apresenta por volta de 3,9 milhões de postos de trabalho: 2,6 milhões com vínculos formais, 690 mil sem carteira assinada e 611 mil profissionais autônomos. A predominância do binômio médicos/enfermagem que vigorou durante décadas – somando cerca de 80% da força de trabalho do setor saúde – tem sido pouco a pouco substituído por equipes multidisciplinares a partir de novas especialidades e de outras profissões, como dentistas, farmacêuticos, biólogos, nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, além de engenheiros, economistas e sociólogos (Machado *et al.*, 2011). Outros dados apontam que o setor saúde gera direta e indiretamente cerca de 12 milhões de empregos e é responsável por mais de 8% do Produto Interno Bruto brasileiro superando até mesmo a agropecuária (De Lavor *et al.*, 2011).

Não sendo somente um sistema de assistência médica e hospitalar, mas um sistema que articula prevenção, promoção, proteção, recuperação e reabilitação em saúde, o SUS é um macrossistema que está presente no cotidiano da população brasileira enquanto um *quadro global da técnica instrumental* constituído por sistemas técnicos de *alimentação*, mais ou menos extensos e integrados. Tal como os demais macrossistemas, caracterizados por uma técnica vinculada a uma finalidade mais específica, como o fornecimento de energia, de água e de informação (Braun e Joerges, 1992), a saúde (individual / assistencial, coletiva / saúde pública) é a finalidade específica do macrossistema técnico de saúde brasileiro, o SUS.

Cerca de 40% da compra de medicamentos no Brasil é feita pelo SUS (Alves, 2009). Fazem parte do SUS atualmente 19 laboratórios públicos⁶⁶ para desenvolvimento e

⁶⁶ Segundo dados do site da Associação de Laboratórios Farmacêuticos Oficiais do Brasil (Alfob), são os seguintes os 19 laboratórios públicos oficiais: Instituto de Tecnologia em Fármacos – Farmanguinhos (RJ); Bio-Manguinhos (RJ); Instituto Vital Brazil (RJ); Laboratório Farmacêutico da Marinha – LFM (RJ); Laboratório Químico-Farmacêutico da Aeronáutica – LAQFA (RJ); Laboratório Químico Farmacêutico do Exército - LQFEx (RJ); Fundação Ezequiel Dias – Funed (MG); Fundação para o Remédio Popular – Furp (SP); Instituto Butantan (SP); Centro de Produção e Pesquisa de Imunobiológicos – CPPI (PR); Instituto de Tecnologia do Paraná – Tecpar (PR); Laboratório Farmacêutico do Rio Grande do Sul – Lafergs (RS); Bahiapharma (BA); Fundação Hemope (PE); Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco Governador Miguel Arraes – Lafepe (PE); Laboratório Industrial Farmacêutico de Alagoas S.A. – Lifal (AL); Núcleo de

produção de medicamentos, soros, vacinas e dispositivos intrauterinos (DIU). Segundo De Lator *et al.* (2011) os laboratórios públicos oficiais produzem 80% das vacinas e 30% dos medicamentos utilizados no SUS. Os autores destacam a presença da vigilância sanitária, cujas ações integram o SUS, em diversos locais como hospitais, clínicas, creches, espaços culturais, orfanatos, presídios, salões de beleza, supermercados e feiras visando garantir que produtos e serviços tenham qualidade e segurança em ramos como “de alimentos, medicamentos, saneantes (inseticidas, desinfetantes etc.), cosméticos, equipamentos para diagnóstico e tratamento de doenças, defensivos agrícolas, bem como serviços médicos, odontológicos, hospitalares e laboratoriais” (*idem*, p.13). O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) é formado pelas Vigilâncias Sanitárias estaduais e municipais e é coordenado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

Embora 75% da população brasileira seja exclusivamente usuária do SUS⁶⁷, os outros 25% que têm plano de saúde também utilizam o SUS em alguma medida, sobretudo nas ações de prevenção (vigilância sanitária, campanhas, programas de imunização), de procedimentos de alta complexidade (como transplantes, medicamentos de alto custo), nos serviços de urgência e emergência, ou mesmo através dos profissionais de saúde acessados de forma privada (através de plano ou desembolso individual direto), como no caso dos médicos cuja melhor formação de especialistas no Brasil é proporcionada, de modo geral, pelas instituições públicas custeadas pelo Estado.

Muitos médicos formados nas universidades públicas ou através de residência médica financiada com bolsas públicas vão atuar no setor privado. Pesquisa da categoria profissional (Cremesp, 2006) aponta que embora o Estado venha financiando boa parte da formação de profissionais médicos, o SUS tem tido pouco papel na administração e

Pesquisa em Alimentos e Medicamentos – Nuplam (RN); Indústria Química do Estado de Goiás S/A – Iquego (GO). Em: <http://www.alfob.org/> (consultado em 10 de julho de 2014).

⁶⁷ Adota-se aqui a relação entre 75% SUS e 25% planos privados de saúde para expressar de uma forma geral a dimensão de cobertura privada e pública de saúde no país. Contudo, essa relação apresenta desigualdades sociais (segundo classe social e poder aquisitivo) e regionais: diferenças entre as regiões do país e entre os municípios capitais, de regiões metropolitanas e interioranas (sendo que a cobertura do SUS decresce conforme aumenta o porte populacional do município). Segundo dados do IBGE, a porcentagem da população coberta por planos de saúde vem aumentando, a média brasileira em 2000 era de 18,24%, sendo que em 2012 chega em 25,10% a população com planos de saúde com a seguinte distribuição regional em 2012: 10,86% da população na Região Norte; 12,09% no Nordeste; 18,81% na Região Centro-Oeste; 23,89% no Sul; e 38,07% na Região Sudeste. Sendo os dois extremos representados pelo estado de São Paulo onde 43,6% da população dispõe de planos privados de saúde e no Acre onde esse percentual é o menor da federação, com 5,6%. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/000000154717111_02013171529343967.pdf (acesso em 11 de julho de 2014).

alocação dessa mão-de-obra que passa a servir uma clientela privada. Portanto, não há um ajustamento entre as necessidades do SUS (em termos de quantidade e especialidades médicas, assim como a distribuição geográfica dos mesmos) e o financiamento público de cursos de graduação e de bolsas de residência na área médica. Diferentemente de outros países que têm sistemas universais de saúde (como Cuba, Canadá e alguns países europeus) nos quais o Estado ao financiar a formação, também regula a oferta e a inserção dos profissionais não só no sistema público, mas também no mercado⁶⁸.

Não existem “dados confiáveis sobre o número de médicos e especialistas empregados pelas redes públicas federal, estaduais e municipais, número de vínculos, jornadas e carga horária desses profissionais”, mas a grande maioria dos médicos atua em mais de um emprego, sendo muito comum que esses profissionais trabalhem jornadas tanto na rede pública SUS quanto na rede privada, estima-se que 55% dos médicos brasileiros trabalham no SUS (Scheffer *et al.*, 2013, p.165).

A questão em torno do problema do *tamanho* como indicativo para o caráter *macro* de um sistema técnico deve se atentar à combinação de uma dada técnica e a capacidade de uma organização em gerir a expansão da potência dessa técnica, mais politicamente do que comercialmente. É a partir dessa constatação que é possível, então, estender o conceito de macrossistema a outros conjuntos. Foram Joerges e Braun (1992) os pioneiros na extensão desse quadro conceitual teórico ao proporem a distinção entre *macrossistemas técnicos de primeira ordem* e *macrossistemas técnicos de segunda ordem*. Embora os de primeira ordem sejam mais fáceis de identificar, os macrossistemas de segunda ordem seriam aqueles constituídos por *conjuntos sócio-técnicos organizados em torno de uma função ou de uma classe de objetos de mesma natureza*, ou seja, um processo de vinculação em rede de diversas partes ou entidades de primeira ordem em domínios específicos (Gras, 1997).

Exemplo de macrossistema técnico de segunda ordem ilustrado por Gras (1997) foi o sistema europeu de doação e transplante de órgãos implementado no final dos anos 1970 através da criação da *Eurotransplant International Foundation*: o TOTS – *Trans-border Organ Transplant System* (Sistema Transfronteiriço de Transplante de Órgãos). Uma rede

⁶⁸ De acordo com IBGE (2009), desde 1999 a rede privada tem contado com a maioria dos postos de trabalho médicos, sendo que nas Regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste predomina o número de postos de trabalho médico no setor privado (respectivamente 58,5%, 64,4% e 54,9%), enquanto nas Regiões Norte e Nordeste predomina os postos médicos no setor público (respectivamente com 62,2% e 54,1% do total dos postos de trabalho).

de transplantes gerida pela Eurotransplant (uma fundação sem fins lucrativos da qual fazem parte como membros alguns países europeus) que conecta diversas técnicas, numa organização funcionalmente dispersa por vários países e coordenada através de um sistema de comunicação em rede que controla e gerir o fluxo de órgãos (oferta e demanda, respectivamente, doadores e pacientes receptores de órgãos) entre os países membros.

O TOTS ilustra um macrossistema de segunda ordem, pois: (i) utiliza redes já existentes sobre longas distâncias e faz previsões de longa duração; (ii) condição prévia para operacionalização é dada pela ativação de um grande número de sistemas técnicos de dimensões menores (como serviço de cirurgia hospitalar especializada); e (iii) coloca em relação organizações e atores que de outro modo estariam desconectados. A mundialização das trocas, a interconexão das redes, a regulação e controle centralizados ou repartidos em pequenos centros conectados entre si pelo mundo, têm fomentado e possibilitado cada vez mais o surgimento de outros macrossistemas técnicos de segunda ordem.

Considera-se macrossistema técnico como um enorme complexo composto de instituições, máquinas e conhecimentos que coloca em relação variáveis dispersas sobre o território. Um *grande comunicador* que estabelece contato com outros macrossistemas técnicos através de interfaces que são pontos de passagem obrigatórios (Gras, 1997), grandes sistemas de circulação de matérias e signos que *inervam o conjunto do campo social*. Um *campo de forças* que orienta o desenvolvimento organizacional de numerosas atividades em domínios também variados (Gras, 2001).

Tal como o TOTS europeu (macrossistema de segunda ordem), a potência do macrossistema de saúde brasileiro se expressa através de sua constituição por diversos macrossistemas de segunda ordem, como é o caso do Sistema Nacional de Transplantes do SUS⁶⁹. Segundo De Lacerda *et al.* (2011) essa rede do SUS é composta por 548 estabelecimentos de saúde e 1.376 equipes médicas autorizadas a realizar transplantes em

⁶⁹ A gênese do Sistema Nacional de Transplantes é a Lei 9.434 de 4 de fevereiro de 1997 (Lei de Transplante de Órgãos) que ao proibir a comercialização de órgãos no Brasil disciplinou a prática de transplantes e criou a Coordenação Nacional no Ministério da Saúde. O Sistema Nacional de Transplante (SNT) conta com unidades em cada Secretaria Estadual de Saúde (centrais de transplantes) que são responsáveis pela regulamentação do transplante intervivos, pela captação de órgãos e sua distribuição em fila única organizada regionalmente. Considera-se transplante como a “transferência de células, tecidos ou órgãos vivos de uma pessoa (o doador) para outra (o receptor) ou de uma parte do corpo para outra (por exemplo, os enxertos de pele) com a finalidade de restabelecer uma função perdida”.

25 estados do país. De acordo com informações do Ministério da Saúde⁷⁰, o Sistema Nacional de Transplantes é o maior sistema público de transplantes do mundo, sendo que o SUS responde por 95% do total de transplantes realizados no Brasil. Segundo o MS, considerando todos os tipos de procedimentos de transplantes, o Brasil passou de 21.040 cirurgias em 2010 para 23.457 em 2013, nesse período (2010-2013) também aumentou em 12,4% a quantidade de serviços habilitados pelo MS, públicos e privados conveniados, para realizar transplantes no Brasil, passando de 660 para 742.

Compreendemos o SUS como um macrossistema técnico de primeira ordem sem o qual diversas técnicas vinculadas à saúde não funcionariam e com o qual diversos outros usos em saúde têm que lidar. Um macrossistema animado por fixos e fluxos constituído por: redes de serviços de saúde; regulações, normas e leis; fluxos financeiros; redes de informação e comunicação; formação e capacitação (universidades, faculdades e escolas profissionais); Unidades Básicas de Saúde; de Saúde da Família; de Pronto Atendimento; ambulatoriais; hospitais; clínicas universitárias; escritórios administrativos; laboratórios produtivos; laboratórios diagnósticos; rede de urgências e emergências; rede de ambulâncias, barcos e helicópteros; agências e grupos de pesquisa diversificados.

O SUS é um macrossistema de saúde por ser um conjunto de sistemas técnicos extremamente heterogêneos, ter um caráter marcadamente gerencial e de gestão de redes e por demandar para seu funcionamento componentes físicos de larga escala, como hospitais, hospitais de clínicas, hospitais universitários, edifícios administrativos, universidades, laboratórios farmacêuticos Oficiais, laboratórios de apoio diagnóstico e terapêutico, e outros. O SUS vincula sistemas como os de:

(i) *Transportes*: ambulâncias e motocicletas para atendimento móvel da rede do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), *rede frio* de distribuição viária de vacinas, barcos para unidades fluviais de atendimento médico do Programa Saúde da Família, *barcos hospitais*, *Ouvidoria Itinerante Fluvial*, contratos com empresas aéreas para transporte aéreo de órgãos e de radiofármacos;

⁷⁰ Fonte: Universidade Aberta do SUS / Ministério da Saúde, disponível em: <http://www.unasus.gov.br/noticia/brasil-avancou-mais-em-transplantes-de-maior-complexidade> (acesso em: 10 de julho de 2014).

- (ii) *Telecomunicações*: centrais de regulação, serviços de atendimento móvel de urgência e emergência, sistema de informação e comunicação interligado entre unidades e órgãos de governos municipais, estaduais e federais;
- (iii) *Sistema de Defesa*, poderíamos mencionar os serviços e unidades de saúde das Forças Armadas brasileiras (campanhas de saúde, hospitais, laboratórios e reatores multipropósito⁷¹) sistema de vigilância sanitária (parte do sistema) e de defesa civil com o qual o SUS estabelece fortes vínculos. Destacando-se aqui a criação, em 2011, da Força Nacional de Resgate do SUS para enfrentamento de desastres ou *eventos extremos* como o ocorrido na região serrana do Rio de Janeiro que vitimou 890 pessoas em 2011.

Uma face bem visível do macrossistema de saúde brasileiro é a Política Nacional de Urgências e Emergências da qual um dos sistemas integrantes é o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu). Esse serviço funciona 24h e é controlado por 177 Centrais de Regulação das Urgências que organizam o atendimento em 2.360 municípios brasileiros com cobertura populacional de cerca de 130 milhões de habitantes, através de equipes de profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e socorristas) com apoio de 2.000 ambulâncias, além de motocicletas e helicópteros. A Rede de Atenção às Urgências e Emergências também organiza e coordena ações de urgência nas Unidades de Pronto-Atendimento (UPAs), Unidades Básicas de Saúde (UBSs) nas unidades de pronto-socorro dos hospitais e no atendimento pós-hospitalar. Também faz parte dessa rede, desde 2009, o programa de Unidades de Pronto Atendimento 24h (UPAs) que prevê o funcionamento de 462 unidades, sendo que 256 já estavam em funcionamento em 2012 (Brasil, 2012).

Já uma face mais imaterial do macrossistema de saúde brasileiro é a integração de seus vários sistemas de informação voltados para a gestão e organização dos serviços de saúde em escala nacional, cujo principal nó articulador é o Departamento de Informática do SUS (DATASUS/MS), como exemplos: Sistema de Informação Hospitalar (SIH), Sistema de Informação Ambulatorial (SAI), Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), Sistema Integrado de

⁷¹ Reator Nuclear Multipropósito brasileiro (RMB), que será um Reator Binacional em parceria com a Argentina, está sendo implantado no Centro Experimental Aramar da Marinha, em Iperó (SP), cujo um dos propósitos será a pesquisa e aplicação na área de saúde, como o desenvolvimento de radiofármacos. A previsão é que em 2016 o complexo esteja em funcionamento.

Informatização de Ambiente Hospitalar (HOSPUB), Sistema de Comunicação de Informação Hospitalar e Ambulatorial (CIHA), Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado (CIHA), Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO), Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISMAMA), Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL), Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica (SISHIPERDIA), Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica do SUS (Sistema Hórus), Cartão Nacional de Saúde (Cartão SUS) e Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS).

Os subsistemas informacionais do SUS expressam a hegemonia da biomedicina como principal marco referencial para construção dos indicadores e para a organização e gestão dos serviços de saúde. Ao propor o papel científico e informacional que os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) poderiam desempenhar no SUS, Curioso (2014) afirma que os sistemas de informação do SUS por constituírem mais uma *informática médica* do que uma *informática em saúde* acabam por privilegiar desproporcionalmente a atividade biomédica de caráter mais focal e fragmentadora. Por isso o autor destaca a potencialidade comunicacional dos ACS, que poderia ser mais bem aproveitada pelo SUS, em virtude da experiência e visão de conjunto que proporcionam ao vivenciarem o lugar em sua totalidade.

Ainda que a *rede* constitua o primeiro nível da arquitetura de um macrosistema técnico e seja seu elemento mais visível, ela não deve ser confundida com o *sistema* em si. As redes modernas têm um caráter propriamente político e remetem à necessidade de controle das trocas e das relações entre tomada de decisão, informação e estrutura centralizada. Embora macrosistema técnico seja distinto de rede e de grande sistema técnico, é compreensível, como apontado por Gras (1997), a confusão costumeira que se faz entre essas noções, porque além do macrosistema incorporar esses dois objetos (redes e grandes sistemas) também é sob essas duas formas que se mostra publicamente. A rede “não é mais que um órgão de um conjunto institucional mais complexo ainda, o sistema técnico, onde se dão os jogos estratégicos. Não são as redes que normatizam, elas são

normatizadas” (*idem*, p.31). Mas a partir do momento em que as redes são normatizadas delegam-se as elas, ao mesmo tempo, a força, o poder de normatizar.

Em relação à forma de planejamento e gestão do macrossistema de saúde brasileiro, destaca-se que é realizada pelos três entes da federação brasileira (Ministério da Saúde, secretarias estaduais e municipais de saúde), mais Conselhos de Participação Social (nacional, estaduais e municipais), outros órgãos colegiados de gestão (Comissão Tripartite, Comissões Bipartites e Comissões Intergestores Regionais), além do papel regulador de diversas outras autarquias (como Anvisa e as vigilâncias sanitárias estaduais e municipais).

O SUS encarna, assim, a emergência de um *novo tipo de organização macro-sistêmica*, de um *fato social radicalmente novo* cuja relativa autonomia deriva da integração e combinação de duas variedades reticulares: (i) redes organizadas a partir de objetos técnicos; e (ii) redes fundadas a partir de relações de força e de interesses.

Estando materialmente integrado a um amplo território, o SUS ultrapassa em muitos aspectos, pelo menos tendencialmente, diversos tipos de fronteiras como aquelas apontadas por Joerges (1988): políticas, econômicas e de conhecimento.

(i) *Políticas*: fornecimento de vacinas produzidas nos laboratórios públicos brasileiros para outros países, atração de profissionais de saúde de outros países, pactuações com organismos internacionais como Organização Pan-Americana da Saúde integrada à Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), ambas também fazem parte da Organização dos Estados Americanos (OEA) e da Organização das Nações Unidas (ONU), e do Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde (ISAGS), entidade intergovernamental pública integrante da União de Nações Sul-Americanas (Unasul) visando a integração sul-americana;

(ii) *Econômicas*: Programa Mais Médicos (convênio internacional para contratação de médicos estrangeiros para atuarem na atenção básica do SUS em lugares do Brasil caracterizados pela falta de médicos)⁷²; instalação da fábrica de antirretrovirais e outros

⁷² A Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, da Presidência da República, instituiu o Programa Mais Médicos, objetivando não apenas o fortalecimento da prestação de serviços de atenção básica e diminuição da carência de médicos em áreas de vazios assistenciais. O programa, de amplo escopo, objetiva, sobretudo, aprimorar a formação médica no país através: da oferta de “maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação”; da ampliação e “inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira”;

medicamentos em Maputo (Moçambique) denominada Sociedade Moçambicana de Medicamentos, resultado da parceria entre o governo de Moçambique e o Instituto de Tecnologia em Fármacos (Farmanguinhos, Fundação Oswaldo Cruz do Ministério da Saúde brasileiro) ; base produtiva internacionalizada dos insumos (medicamentos) e equipamentos médico-hospitalares e do arcabouço das normas e procedimentos de *boas práticas* de produção; capilaridade por diversos ramos e setores da economia nacional, para além daqueles mais diretamente ligados à saúde; permissão ao capital estrangeiro para operar planos e seguros de saúde no país⁷³; e recente abertura irrestrita à participação do capital estrangeiro, direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde pública no Brasil (hospitais, policlínicas, clínicas gerais e especializadas, cooperação técnica, ações e pesquisas de planejamento familiar, laboratórios e serviços de saúde)⁷⁴;

(iii) *Conhecimento*: além da disputa pela tecnoesfera através da produção de discursos e opiniões divergentes, a psicoesfera do macrossistema de saúde brasileiro é permeada pela própria racionalidade hegemônica (medicina técnico-científica ou biomedicina), pelas outras racionalidades médicas que o sistema tem incorporado através da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPICS) de 2006 e, ainda que em menor grau, por aquelas que animam as práticas populares e demais terapêuticas presentes nas diversas regiões brasileiras.

Portanto, o macrossistema de saúde brasileiro vincula, suporta e sustenta um grande número de sistemas técnicos atuando, assim, como intermediário que transporta, transfere, fazendo trocar e funcionar diversos sistemas, tanto direta como indiretamente ligados à

fortalecimento da “política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos”; fomento da “troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras”; aperfeiçoamento dos “médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e no funcionamento do SUS”; e ao estímulo para a “realização de pesquisas aplicadas ao SUS”.

⁷³ Presidência da República, Casa Civil, Lei Nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

⁷⁴ Lei Nº 13.097, de 19 de janeiro de 2015, que altera e dá nova redação ao Artigo 142 da Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, *Capítulo VII – Da abertura ao capital estrangeiro na oferta de serviços à saúde*. Ato normativo que tem sido considerado por muitos como a privatização completa e final do sistema de saúde e derrocada do projeto SUS do movimento da reforma sanitária brasileira (sistema público e universal de saúde como direito de todo cidadão e dever do Estado).

saúde. Os macrossistemas técnicos não estão contidos, nem são co-extensivos e tampouco são coincidentes com alguma organização específica e identificável, pois eles contêm muitas organizações cujas finalidades e vínculos são os mais variados, algumas se ligam apenas tecnicamente a algum macrossistema. Contudo, existem atores dominantes nos macrossistemas que são justamente aqueles que os regulam, controlam ou os gerenciam política, financeira e legalmente (Joerges, 1988).

No caso do macrossistema de saúde brasileiro os atores hegemônicos têm sido: (i) os entes estatais planejadores, gestores e financiadores do sistema (Ministério da Saúde e secretarias estaduais, do Distrito Federal e municipais de saúde), e também aqueles de regulação (como as instituições de vigilância sanitária nacional; e internacionais, como a Organização Mundial da Saúde e a Organização Panamericana de Saúde); (ii) o mercado, principalmente as grandes empresas multinacionais produtoras e fornecedoras dos insumos e equipamentos do sistema (indústria farmacêutica e de equipamentos médico-hospitalares) e das empresas prestadoras de serviços (hospitalares, ambulatoriais e de apoio diagnóstico e terapêutico); e (iii) profissionais de saúde, sobretudo, médicos.

Daí a importância em apreender um segundo sentido de rede que é compreendê-la como um *sistema de alianças e promoções* que permite a uma dada técnica se fazer valer como indispensável e superior a qualquer outra considerada. Sendo que no caso dos macrossistemas essa rede de alianças constrói concomitantemente a tecnoesfera (rede material) e sua psicoesfera (ideários e justificativa ideológica). Um conjunto estruturado tanto concreta como abstratamente, material e imaginário (Gras, 1997). Um sistema técnico caracteriza uma ação política por ser uma escolha de sociedade, e a maneira pela qual sistematizando objetos e ações assegura a durabilidade e a difusão espacial dessa escolha.

Hughes (1983; 2008) assinala o elemento *power* constitutivo de um macrossistema técnico também aplicado ao imaginário, que segundo Gras (2001) é uma potência forjada no âmbito de um projeto civilizacional de um velho mundo de dois ou três séculos. O autor refere-se sarcasticamente ao iluminismo europeu, e não como resultado de uma evolução natural e neutra da técnica, a partir da incorporação da racionalidade instrumental para impor ao mundo seus princípios e finalidades.

O conceito de *infraestrutura da vida cotidiana* ilustra muito bem o caráter quase obrigatório, displicente e despercebido com que o homem moderno tem feito uso de certos

artefatos no dia-a-dia. Os macrossistemas técnicos constituem, assim, as infraestruturas da modernidade, “nós habitamos o mundo através deles, eles constroem nosso meio cotidiano, logo, não são experimentados como perigosos, os acidentes são *normais*” (Gras, 1997, p.114).

No macrossistema de saúde brasileiro, a *normalidade* dos acidentes pode ser identificada: na extrema individualização de problemas de saúde sem considerar seu sentido mais territorial (social, econômico, político e cultural); nos efeitos colaterais do uso abusivo ou indevido de medicamentos (como intoxicações e a criação de agentes patógenos resistentes, como *super bactérias*, devido ao uso incorreto de antibióticos); ou no processo de medicalização generalizada da vida, que tem como efeito a invenção crescente de doenças e de tratamentos (a base de medicamentos e outras terapias) cujos reais beneficiários muitas vezes têm sido identificados nos ganhos mercantis auferidos por corporações de profissionais da saúde, sobretudo médicos, grandes empresas de equipamentos médico-hospitalares e por laboratórios farmacêuticos.

Trata-se do aspecto ambíguo e paradoxal do macrossistema de saúde brasileiro cujo grande dilema reside na maneira pela qual são sistematicamente excluídas todas aquelas sistematicidades que não estão conectadas ao macrossistema. Esse processo característico de todo macrossistema técnico gera movimentos e impulsos com ideologias de cunho *antimodernistas*:

Elas [as ideologias] são todas de fato legítimas, se admite-se que a potência dos macrossistemas se exerce globalmente sobre coletivos supostamente homogêneos cujas buscas por soluções locais, próprias à criação de uma identidade de grupo, encontram-se *a priori* desvalorizadas ou, pior, apresentadas como absurdas. A arbitrariedade da razão tecnocientífica destrói assim na sua fonte o princípio da esperança. [...] A interdição da utopia como recurso para pensar um outro futuro redobra assim o perigo, acrescentando uma exclusão no imaginário daquela sociedade. Os povos não suportam por muito tempo manterem-se privados de sua liberdade indefinidamente e podem muito bem se lançarem contra essa modernidade opressora que se encarna nos macrossistemas. (Gras, 1997, p. 121).

A gênese dos macrossistemas técnicos se remete a fins do século XIX nos EUA com a conexão de dois grandes sistemas técnicos: as estradas de ferro e o telégrafo. Enquanto os primeiros macrossistemas técnicos estavam muito vinculados ao poder estatal, atualmente são as forças econômicas transnacionais que têm organizado seus fluxos

segundo esse modelo (Gras, 2003). O SUS se caracteriza como um macrosistema técnico dual, mas não dualista, cuja relação intrínseca entre público e privado, entre saúde como direito e bem social e saúde como mercadoria e bem econômico privado expressa a contradição do par dialético Estado e mercado na saúde.

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que regulamenta o SUS define em seu Artigo 4º o sistema de saúde como o “conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” (Brasil, 1990), incluindo “as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde” (*idem*, § 1º), além de definir que a “iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar” (*idem*, § 2º).

Segundo Lobato e Giovanella (2012, p.101) o *sistema de serviços de saúde* – entendido como o *conjunto de organizações responsáveis pelas ações e pelos serviços dirigidos à prevenção, à recuperação e à promoção à saúde de uma dada população* – é um dos componentes do *sistema de saúde*. Para os autores o *sistema de saúde* é um conceito mais amplo compreendido como o:

[...] conjunto de relações políticas, econômicas e institucionais responsáveis pela condução dos processos referentes à saúde de uma dada população que se concretizam em organizações, regras e serviços que visam a alcançar resultados condizentes com a concepção de saúde prevalecente na sociedade. (Lobato e Giovanella, 2012, p. 89).

Lobato e Giovanella (2012) assinalam que todo sistema de saúde é estruturado a partir de quatro funções: (i) *financiamento* (mecanismos e critérios de distribuição e alocação dos recursos financeiros); (ii) *prestação de serviços* (modalidades de serviços, modelos de atenção); (iii) *gestão* (formulação de políticas, planejamento, financiamento, contratação e controle e avaliação); e (iv) *regulação* (marcos legais e normativos que regulam prestadores de serviços, vigilância sanitária e mercado em saúde).

A *dinâmica* de um sistema de saúde é dada pelas relações – mediadas pelas quatro funções – estabelecidas entre si pelos seus componentes: (i) *Cobertura* (população atendida e rol de serviços); (ii) *Financiamento* (recursos disponíveis que sustentam sistema); (iii) *Força de Trabalho* (profissionais, técnicos e trabalhadores); (iv) *Rede de Serviços*

(coletivos ou de assistência médica individual); (v) *Insumos* (equipamentos, medicamentos e suprimentos para exames diagnósticos); (vi) *Tecnologia e Conhecimento* (conhecimento e produção de insumos); e (vii) *Organizações* (estruturas responsáveis pela regulação, gestão e administração do sistema).

O sistema de saúde pode ser compreendido como um *sistema técnico*, tal como esse é definido por Ellul (1977), um “conjunto de elementos em relação uns com os outros de tal modo que toda evolução de um elemento provoca uma evolução do conjunto, e toda modificação do conjunto repercute sobre cada elemento” (*idem*, p.88). Embora os sistemas entrem em relação uns com os outros, os elementos que compõem um sistema têm a tendência de se relacionarem preferencialmente entre si do que se relacionarem com elementos externos. Um sistema técnico – que nunca é estático e está sempre em transformação – apresenta duas dimensões fundadoras: uma que é dada pelas inter-relações entre os principais e mais significativos elementos do conjunto, que dá sua coerência interna; e outra constituída pela relação orgânica do sistema com o mundo exterior, logo, necessariamente *aberto e dinâmico*.

O caráter *macro* do SUS, que nos leva a compreendê-lo para além de um sistema de saúde, se deve aos argumentos aqui defendidos e que podem ser resumidos nos seguintes atributos: um sistema de serviços assistenciais nos três níveis de complexidade da atenção à saúde (redes do SUS propriamente dito mais as redes privadas complementar e suplementar, com ou sem fins lucrativos); sistemas de Defesa Civil, Vigilância Sanitária e Vigilância Epidemiológica; sistema de ordenamento normativo; sistemas informacionais; instituições formadoras e de ensino e pesquisa; mais as empresas produtoras, públicas e privadas, dos insumos (medicamentos, hemoderivados, reagentes para diagnóstico) e dos equipamentos médico-hospitalares e odontológicos.

O SUS integra e coloca em relação diversas redes e sistemas técnicos, fazendo dele um grande *comunicador*. Um macrossistema dual – público e privado – que fundamenta redes de poder: tanto de potência de circulação dos fluxos de saúde, como de interesses políticos. Como macrossistema, o SUS apresenta a tendência em romper toda sorte de fronteiras: políticas, econômicas, ideológicas e de conhecimento. O SUS é macro em função de integrar tecnicamente o território brasileiro e de envolver, de uma maneira ou de

outra, a população brasileira em sua totalidade, constituindo infraestruturas da vida cotidiana brasileira.

Como os demais macrossistemas técnicos, o macrossistema de saúde brasileiro tem a tendência de cooptar os demais sistemas. Mas, distinto do demais macrossistemas, há a tendência em incorporar e dialogar com as especificidades dos lugares. Se, por um lado, o macrossistema de saúde centraliza politicamente ao cooptar, condicionar e modular os demais sistemas técnicos presentes no território, por outro, ele descentraliza politicamente ao incorporar as estratégias (políticas, econômicas e culturais) dos sistemas locais de saúde, como é o caso do subsistema de fitoterapia e dos programas de fitoterapia no SUS.



Foto: Luis Ribeiro, horto da Farmácia Viva da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-CE (29/10/2013)



Foto: Luis Ribeiro, fachada do Laboratório do Programa Municipal de Fitoterapia de Brejo Madre de Deus-PE (12/04/2012)

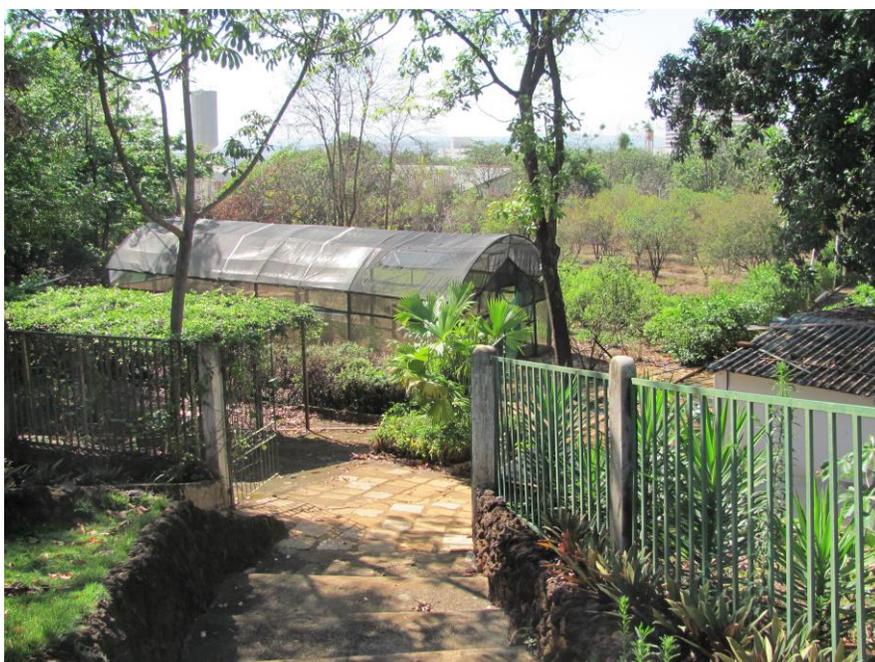


Foto: Luis Ribeiro, horto do Hospital de Medicina Alternativa da SES-GO, Goiânia-GO (07/10/2011)

Capítulo 7. A fitoterapia no SUS como subsistema do macrossistema de saúde: programas municipais e programas nacionais de plantas medicinais e fitoterápicos

A partir de meados dos anos 1970 o modelo baseado na medicina científica moderna – ou biomedicina – começa a ser confrontado. De um lado, passa a ser contestado, como exposto na Parte I, pelos desdobramentos do movimento de contracultura e a emergência de novas práticas em saúde a partir da adoção em países ocidentais de sistemas médicos fundados em outras racionalidades, especialmente orientais. Valorizam-se práticas e sistemas populares de saúde já existentes nos países ocidentais e ocidentalizados, sobretudo, nos países pobres e ex-colônias com acentuada diversidade cultural como é o caso latinoamericano.

Por outro lado, o modelo da biomedicina também passa a ser questionado em função da crise e contradição expressas em problemas de ineficiência, ineficácia e de aumento cada vez mais acelerado da desigualdade na distribuição e no acesso aos progressos desse modelo. Para Silva Jr (1998) dentre os fatores determinantes para a crise desse modelo encontra-se a incorporação tecnológica – tanto de medicamentos quanto de equipamentos e procedimentos – como a principal causa no aumento vertiginoso dos custos e gastos com assistência médica e serviços de saúde observados em diversos países.

A Conferência de Alma-Ata, de 1978, além de reforçar o papel fundamental da atenção primária na saúde e na estruturação dos sistemas de serviços assistenciais dos países, também fomentou a adoção e difusão das chamadas práticas de *Medicina Tradicional e Medicina Complementar e Alternativa (MT / MCA)*⁷⁵. Alma-Ata representou importante evento na valorização da chamada *medicina comunitária* (que busca resgatar a dimensão coletiva da saúde e o envolvimento e participação comunitários), das

⁷⁵ A Medicina Tradicional (MT) é um termo amplo utilizado para se referir a vários sistemas como a MT chinesa, ayurveda indiana e unani e às diversas formas de medicina indígena. As terapias da MT incluem terapias com medicação, se envolvem o uso de medicamentos a base de ervas, partes de animais e/ou minerais, e terapias sem medicação como é o caso da acupuntura, de técnicas manuais e de terapias espirituais (Brasil, 2006a; 2006b).

práticas alternativas e populares de saúde e da continuidade dos impulsos de contestação e crítica ao modelo hospitalocêntrico da biomedicina⁷⁶.

A OMS reforçou e continuou fomentando as propostas de Alma-Ata, destacando-se o documento *Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005* (OMS, 2002), que incentiva os Estados a formularem e implementarem “políticas públicas para uso racional e integrado da MT/MCA nos sistemas nacionais de atenção à saúde, bem como para o desenvolvimento de estudos científicos para melhor conhecimento de sua segurança, eficácia e qualidade” (Brasil, 2006a). O escritório regional da OMS localizado no Oeste do Mediterrâneo havia publicado em 1994 o documento *Linhas gerais para formulação da política nacional de plantas medicinais* a partir da constatação de que boa parte da população mundial fazia uso da fitoterapia para enfermidades gastrointestinais, respiratórias, renais e epidérmicas. Esse documento, segundo Udry (2001), buscou orientar a formulação de políticas nacionais para o uso de plantas medicinais.

No caso da fitoterapia e dos fitofármacos, a OMS reforçou, em 2003, a necessidade dos países em valorizar e reconhecer o *conhecimento tradicional da biodiversidade* como importante e imprescindível fonte para novos fármacos (Funari e Ferro, 2005). Segundo documento do MS (BRASIL, 2006a), desde a Conferência de Alma-Ata (1978) a OMS tem expressado a necessidade de valorizar a utilização de plantas medicinais, considerando que 80% da população mundial faz uso dessas plantas no que se refere à atenção primária de saúde, destacando ainda o papel dos países pobres na biodiversidade, já que esses abrigam 67% das espécies vegetais do mundo catalogadas.

No Brasil, anteriormente à constituição do SUS, diversos serviços públicos de saúde já adotavam a fitoterapia em meados dos anos 1980, conforme literatura (Ferreira, 2006; Rodrigues, 2011) e entrevistas nos trabalhos de campo realizados pela pesquisa. No contexto do movimento da reforma sanitária brasileira que culminará na criação do SUS, já

⁷⁶ Existem muitas críticas ao ideário de valorização da atenção primária à saúde de Alma-Ata e à medicina comunitária, em particular. Uma dimensão dessas críticas pode ser sintetizada na afirmação de Silva Jr (1998) quanto aos riscos que podem estar associados à incorporação acrítica do modelo de medicina comunitária no qual pode estar subjacente “um projeto medicalizador de grande interesse para a indústria da saúde, pois confere capacidade de consumo, subsidiada pelo Estado, às populações anteriormente fora do mercado” (Silva Jr, 1998, p. 61). Contudo, não nos esqueçamos que se trata de uma contradição histórica. Se, por um lado, esse movimento e seu discurso podem ser vistos como um mecanismo de expansão capitalista frente à crise de acumulação do modelo flexneriano na saúde nos anos 1970, por outro, também representa forças de emancipação e de luta política por sistemas públicos e universais na garantia da saúde como direito social.

se identificava reivindicações nesse sentido, como a recomendação da introdução de práticas alternativas de saúde, dentre elas a fitoterapia, na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986⁷⁷, ou as recomendações da Comissão Interministerial de Planejamento (Ciplan), em 1988. O SUS já nasce portando movimentos e reivindicações de inclusão das práticas alternativas e complementares de saúde, dentre estas os usos de plantas medicinais e fitoterápicos, destacando-se a existência anterior ao sistema desses práticas nos serviços públicos, tanto de forma oficial quanto não oficial (mais velada e resguardada).

Em 1988 diversas Resoluções da Comissão Interministerial de Planejamento (Ciplan)⁷⁸ foram emitidas recomendando a inclusão de *práticas alternativas* no sistema público de saúde. Buscava-se regulamentar a implantação da fitoterapia nos serviços de saúde como prática oficial em caráter complementar, criando normas para sua prática nas unidades assistenciais médicas e orientando as Comissões Interinstitucionais de Saúde (CIS) a incluírem a fitoterapia no Sistema de Saúde Unificado. Destaca-se, nesse âmbito, a Resolução Ciplan nº8, de 8 de março de 1988, que implanta a prática da fitoterapia nos serviços de saúde (D.O.U., 11/03/1988).

Conhecendo-se o tradicional preconceito do sistema de saúde ortodoxo em relação a essas práticas em geral, essas resoluções são marcantes por demonstrarem um início de mudança de mentalidade. Os seus efeitos, no entanto, não foram expressivos. Destaca-se, também, a inclusão de fitoterapia como “alternativa”, demonstrando-se claro desconhecimento histórico dessa terapêutica que já foi oficial e hegemônica em outras épocas (Marques, 1992, pp.18-19).

A reivindicação para inclusão e adoção da fitoterapia no SUS foi e tem sido uma forte demanda de muitos municípios brasileiros, destacando-se que alguns já adotavam a fitoterapia nos serviços públicos de saúde em meados da década de 1980. Udry (2001)

⁷⁷ Em 1996, a 10ª Conferência Nacional de Saúde aprova, em seu relatório final, a “incorporação ao SUS, em todo o País, de práticas de saúde como a fitoterapia, acupuntura e homeopatia, contemplando as terapias alternativas e práticas populares”.

⁷⁸ A Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (Ciplan) foi instituída pela Portaria Interministerial MS/MPAS nº 05, de 11 de março de 1980, alterada pelas Portarias Interministeriais MS/MPAS/MEC nº 03, de 27 de abril de 1984 e MS/MPAS/MEC/MTb nº 13, de 13 de maio de 1987, sendo composta pelos Secretários-Gerais dos Ministérios da Saúde, da Previdência e Assistência Social, da Educação e do Trabalho. Com esse órgão, o Governo Federal objetivou realizar um planejamento coordenado e conjugado, a partir da articulação de distintos Ministérios, das ações e atividades médico-assistenciais e sanitárias.

assinalou a existência de programas de fitoterapia na saúde pública pioneiramente implementados por alguns municípios brasileiros no final da década de 1970, como é o caso de alguns municípios do Vale do Ribeira no estado de São Paulo.

Dentre as experiências pioneiras de programas municipais de fitoterapia na saúde pública, destacam-se: Fortaleza-CE (1984); Olinda-PE (1986); Goiânia-GO (1986); Quatro Varas-CE (1988); Campinas-SP (1990); Pindamonhangaba-SP (1990); Curitiba-PR (1990); Vitória-ES (1990); Ribeirão Preto-SP (1992); Rio de Janeiro-RJ (1992); Maracanaú-CE (1992); Pereiro-CE (1995); Londrina-PR (1996); Medianeira-PR (1996). Destaca-se que é muito comum alguns programas serem implementados e no decorrer do tempo interrompidos, como é o caso do programa de Olinda-PE que foi extinto ou o de Vitória-ES retomado há alguns anos após anos desativado. O que se deve a mudanças políticas nos governos locais e à baixa institucionalização dos programas municipais.

Já no âmbito estadual, destacam-se as experiências do: Distrito Federal (1986) cujo Núcleo de Tecnologias Alternativas originou o Programa de Desenvolvimento de Terapias não Convencionais no Sistema de Saúde em 1989; Hospital de Medicina Alternativa da Secretaria de Saúde do Estado de Goiás (1986); Programa Estadual de Plantas Medicinais do Rio de Janeiro (1992); Programa de Fitoterapia e Plantas Medicinais do estado do Mato Grosso (2004), iniciado em 1993 como Programa de Medicina Natural. Por fim, assinala-se o Programa Estadual de Fitoterapia do Ceará instituído em 1997, cujo modelo *Farmácias Vivas*, desenvolvido desde meados da década de 1980 vem representando a principal referência nacional para os programas de fitoterapia no SUS.

No âmbito da política nacional no apoio e incentivo ao uso de plantas medicinais e fitoterápicos, destaca-se a atuação da CEME (Central de Medicamentos)⁷⁹ através do Programa de Pesquisas de Plantas Medicinais (PPPM) que vigorou de 1982 a 1997. Muitos dos atuais programas de fitoterapia no SUS, dos grupos de pesquisa e das espécies vegetais levantadas e padronizadas para uso na saúde são tributários das ações e resultados desenvolvidos nesse programa, inclusive alguns dos programas pioneiros acima elencados foram frutos diretos dessa ação, como é o caso das *Farmácias Vivas* no Ceará.

⁷⁹ Instituída pelo Decreto nº 68.806, de 25 de julho de 1971, a CEME (Central de Medicamentos) foi um órgão autônomo vinculado ao Ministério da Previdência e Assistência Social. Em 1997 é desativada e as ações e atividades de assistência farmacêutica são assumidas pelo Ministério da Saúde.

A CEME teve uma orientação de caráter acentuadamente nacionalista. Criada em 1971 ficou encarregada de coordenar e controlar o sistema nacional de produção, comercialização e distribuição farmacêutica, além do papel de reguladora de preços dos medicamentos no mercado nacional brasileiro. Data de 1973 os primeiros financiamentos da CEME para estudos de plantas medicinais em universidades e instituições de pesquisa brasileiras. O objetivo dessa agenda de pesquisa foi fomentar a implantação de grupos e linhas de pesquisa para produção de medicamentos a partir da flora e do conhecimento científico nacionais. A principal ação da CEME nesse contexto foi o Programa de Pesquisa de Plantas Mediciniais (PPPM), que durou quinze anos (1982-1997), no âmbito do qual foram catalogadas 74 espécies vegetais de uso medicinal e financiados mais de cem projetos em 23 institutos de pesquisa de várias regiões brasileiras. Segundo Fernandes (2004) em 1960 havia 20 grupos de pesquisa no país, no final dos anos 1990 chegava a aproximadamente 100 o número de Núcleos de Pesquisa em Produtos Naturais e Plantas Mediciniais no Brasil, muitos deles resultantes do PPPM-CEME.

Em 1995 a Secretaria de Vigilância Sanitária (futura Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Anvisa)⁸⁰ iniciou estudos para avaliação da eficácia e segurança dos fitoterápicos, com base principalmente nos estudos estrangeiros (monografias farmacêuticas e mementos terapêuticos), pois havia carência de estudos brasileiros para tais finalidades, tanto de espécies vegetais nativas quanto de exóticas adaptadas. Nesse sentido, data de 1995 o primeiro marco regulatório dos fitoterápicos no Brasil (Portaria MS/SNVS nº6, de 31 de janeiro de 1995, da Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde). Desde então tem se formado um corpo normativo para a regulação de plantas medicinais e dos medicamentos fitoterápicos, como as Resoluções da Diretoria Colegiada da Anvisa: a RDC nº17, de 2000, que determina que os fitoterápicos devem ter amparo em estudos científicos; e a RDC nº48, de 2004, que aprova o Regulamento Técnico para o registro de medicamentos fitoterápicos.

⁸⁰ Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), criada pela Lei nº 9.782, de 1999, e regulamentada pelo Decreto nº 3.029, também de 1999, é uma autarquia vinculada ao Ministério da Saúde. No Brasil a industrialização, distribuição e comercialização de todo e qualquer medicamento (tanto químico sintéticos e biológicos quanto os homeopáticos e fitoterápicos) são normatizados por concessão de registro da Anvisa com base em diretrizes padronizadas e fundamentadas em critérios e normas de referência, sobretudo de qualidade, segurança e eficácia do produto. Além dos medicamentos, a Anvisa exerce o controle sanitário, com cooperação das agências estaduais de vigilância sanitária, de alimentos, cosméticos, saneantes, derivados de tabaco, produtos médicos, hemoderivados e serviços de saúde.

Em 1998, programa desenvolvido no âmbito do SUS buscou apoiar e fortalecer pesquisas para aproveitamento do potencial terapêutico da fauna e flora brasileiras (Portaria nº3.916, de 30 de outubro de 1998, Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro). Dentre as medidas e ações que levaram progressivamente ao amadurecimento da atual política nacional, destacam-se: a Proposta de Política Nacional de Plantas Medicinais e Medicamentos Fitoterápicos de 2001 (Brasil, 2001); o Seminário Nacional de Plantas Medicinais, Fitoterápicos e Assistência Farmacêutica, de 2003; e o Diagnóstico Situacional de Programas de Fitoterapia no SUS realizado em 2004 (Brasil, 2006c).

Essas ações são importantes porque definem e organizam o marco normativo e regulatório do subsistema de plantas medicinais e fitoterápicos no SUS. Um macrossistema não existe sem normas, ele necessita de um aparato normativo, de um sistema normativo correspondente à sua base material. O macrossistema de saúde constitui-se, assim, de um ordenamento material e de um ordenamento normativo que regule e enquadre os sistemas de ações nas estratégias do macrossistema. Por isso a necessária descrição da construção desse arcabouço normativo na constituição da fitoterapia no SUS como um subsistema do macrossistema de saúde.

De extrema importância e relevância para o incentivo e fortalecimento da fitoterapia no SUS foi a realização da 1ª Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica, em 2003. Dentre as diretrizes apontadas por esse evento para a ampliação e fomento da fitoterapia e dos programas de plantas medicinais, constatou-se a necessidade de mais pesquisas e maior desenvolvimento tecnológico para a produção nacional de medicamentos. Dentre as propostas, recomendações e diretrizes do Relatório Final da Conferência (Brasil, 2005a) para fitoterápicos e plantas medicinais, destacam-se no quadro abaixo algumas julgadas relevantes ao escopo de nossa pesquisa.

Quadro 4. Recomendações da 1ª Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica (2003) para a promoção da fitoterapia no SUS (Brasil)

Revisão da farmacopeia brasileira com inclusão e ampliação dos produtos fitoterápicos, considerando o caráter regional.

Incentivar (com o apoio dos governos estaduais e federal) as pesquisas, o desenvolvimento da prática do cultivo orgânico de plantas medicinais e a implantação de serviços que utilizem fitoterápicos na rede pública.

Implantar hortos medicinais comunitários, programas de fitoterapia, aproveitando a flora regional e a cultura popular, com apoio das secretarias municipais e estaduais de saúde e universidades.

Buscar junto a outras Secretarias e Ministérios (Agricultura, Meio Ambiente e órgãos de fomento à agricultura), em parceria com as esferas estaduais e municipais, incentivar: o plantio e cultivo de plantas medicinais para a produção industrial; e a validação do uso de plantas medicinais utilizadas pela população.

Criar pólos regionais nos estados para produção de medicamentos fitoterápicos, respeitando as espécies vegetais locais, e criar um Memento Fitoterápico Regional, obedecendo à legislação em vigor.

Definir e normatizar os serviços de fitoterapia, organizados por nível de complexidade da atenção à saúde, com recursos humanos qualificados, incorporando os conhecimentos tradicionais.

Definir uma política nacional de fitoterápicos, com incentivo e viabilização da pesquisa, desenvolvimento tecnológico e produção de plantas medicinais e fitoterápicos.

Desenvolver nas universidades públicas, instituições públicas de pesquisa e laboratórios oficiais, pesquisas científicas para produção de medicamentos, inclusive estudando e preservando a flora e fauna brasileira, que atendam às necessidades locais e regionais.

Desenvolver uma política de fitoterápicos com financiamento, garantindo assim o acesso a produtos seguros e eficazes, fortalecendo os pequenos laboratórios.

Desenvolver no SUS o programa *Farmácias Vivas* em municípios credenciados junto a gerências estaduais de Assistência Farmacêutica, onde a matéria-prima seja produzida em hortas comunitárias, credenciadas e fiscalizadas pelas vigilâncias municipais, com amparo de leis estaduais, em consonância com a federal.

Elaborar a padronização dos produtos fitoterápicos por região e que o Ministério da Saúde oriente a classe médica no sentido de garantir a prescrição desses medicamentos na atenção primária à saúde.

Estimular a industrialização de medicamentos fitoterápicos segundo as Boas Práticas de Fabricação (BPF) como forma de garantir a constância e reprodutibilidade nas formas farmacêuticas (mesma dosagem dos princípios ativos), incluindo estudos clínicos que comprovem sua segurança e eficácia.

Promover a integração e participação dos saberes científico e popular para o resgate, disseminação do uso e do conhecimento das plantas medicinais e fitoterápicos no SUS, no âmbito da Assistência Farmacêutica, assegurando o compartilhamento dos resultados com as comunidades.

Promover pesquisa e desenvolvimento científico com base no uso tradicional das plantas medicinais nativas e exóticas, priorizando as necessidades epidemiológicas da população, com ênfase nas plantas nativas e daquelas que estão sendo usadas no setor público e demais organizações dos movimentos sociais.

Fonte: elaboração própria a partir de: BRASIL. Ministério da Saúde. *1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica: Relatório Final: efetivando o acesso, a qualidade e a humanização na assistência farmacêutica, com controle social*. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a, 154 p. – (Série D. Reuniões e Conferências).

Essa Conferência Nacional culminou na Resolução nº338, de 6 de maio de 2004, do Conselho Nacional de Saúde que aprovou a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), na qual assistência farmacêutica passou a ter a seguinte definição:

[...] conjunto de ações voltadas à promoção, proteção, e recuperação da saúde, tanto individual quanto coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial, que visa promover o acesso e o seu uso racional; esse conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (Brasil, 2004a).

Em 2003 é instituído um Grupo de Trabalho Interministerial⁸¹ para elaboração da Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares (PNMNPC) que resultará na criação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS, no ano de 2006 (Brasil, 2006a). No contexto dessas ações, destacam-se como importantes desdobramentos para o objeto de nossa discussão a publicação do Decreto nº17, de fevereiro de 2005, que instituiu o Grupo de Trabalho para a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos que, por sua vez, resultará na publicação do Decreto nº 5.813 de 2006 (Brasil, 2006b), aprovando a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF).

Para operacionalizar, agilizar e concretizar a PNPMF foi instituída pelo MS (Gabinete do Ministro) a Portaria Interministerial nº 2.960, de 9 de dezembro de 2008, que criou o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e seu Comitê Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (Brasil, 2008a). Segundo esse documento, a PNPMF objetiva “garantir à população brasileira o acesso seguro e uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, promovendo o uso sustentável da biodiversidade, o desenvolvimento da cadeia produtiva e da indústria nacional” (*idem*, p.12).

Assinala-se que as leis, decretos, portarias e demais instrumentos de regulação, assim como a publicação de políticas e programas, não têm em si mesmos a capacidade de

⁸¹ Grupo de Trabalho Interministerial (GTI), formado por representantes dos ministérios da Saúde (coordenação); Casa Civil; Integração Nacional; Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior; Desenvolvimento Agrário; Ciência e Tecnologia; Cultura; Meio Ambiente; Agricultura, Pecuária e Abastecimento; Desenvolvimento Social e Combate a Fome e por representantes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária e Fundação Oswaldo Cruz (Portaria nº. 2.311/Ministério da Saúde, de 29 de setembro de 2006, republicada em 22 de fevereiro de 2007)

promover grandes transformações, ou seja, isoladamente nada podem. Como dito anteriormente, trata-se de um ordenamento normativo, mais um sistema integrante do macrossistema de saúde, que necessita de um ordenamento material e de uma psicosfera correspondentes para a difusão do SUS e do subsistema de fitoterapia no território brasileiro. Como se verificará mais adiante ao tratarmos dos programas de fitoterapia a partir da análise de situações geográficas, essa sistematicidade de objetos, normas e ações conduzida pela política nacional acontece distintamente nos lugares: por vezes fortalecendo os programas locais, por vezes os fragilizando.

A partir da política nacional, tem ocorrido discussões quanto aos critérios de inclusão, exclusão e atualização das relações de plantas medicinais e fitoterápicos do MS. Como a publicação, em 2009, pelo Departamento de Assistência Farmacêutica (SCTIE/MS) da Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS (Rennisus). Para a relação detalhada consultar nos Apêndices, ao final do trabalho, o *Quadro 3. Relação Nacional das 71 Plantas Medicinais de Interesse ao SUS do Ministério da Saúde - Rennisus (2009)*. Uma estratégia para priorizar recursos e pesquisas em uma lista composta por 71 espécies vegetais (tanto nativas quanto exóticas adaptadas) objetivando orientar e estimular os estudos e pesquisas para o desenvolvimento e produção de medicamentos fitoterápicos⁸².

Quanto às relações nacionais de referência, destacam-se também: a Relação Nacional de Fitoterápicos (Renafito) – ou Relação Nacional de Medicamentos Essenciais Fitoterápicos (Rename-Fito); e a Relação Nacional de Plantas Medicinais (Renaplam) cuja finalidade será a orientação para disponibilização no SUS a partir de um banco de dados de espécies vegetais nativas ou exóticas adaptadas segundo as regiões brasileiras. Ambas as relações (Renafito e Renaplam) estão sob responsabilidade da Comissão Técnica e Multidisciplinar de Elaboração e Atualização da Relação Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (Comafito)⁸³.

⁸² A Rennisus, publicada em 2009, resultou da seleção de 71 espécies vegetais de uma relação preliminar que totalizava 237 espécies, a qual havia sido elaborada com base em levantamento das espécies que já eram utilizadas pelos serviços públicos de saúde estaduais e municipais, do conhecimento tradicional e popular, dos estudos químicos e farmacológicos disponíveis, das espécies estudadas no âmbito do PPPM/CEME (1982-1997) e a relação de espécies do Projeto *Plantas do Futuro* (Ministério do Meio Ambiente/Ibama, Projeto de Conservação e Utilização Sustentável da Diversidade Biológica Brasileira, Probio).

⁸³ Constituída por meio da Portaria GM 1.102, de 12 de maio de 2010. Esta comissão coordenada pelo Departamento de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do

A pesquisa não identificou nenhuma publicação ou desdobramento relevante da Renaplam, segundo fontes entrevistadas essa relação só foi enunciada e não vem recebendo atenção e esforços para sua elaboração. Já a Renafito tem grande relevância para nossa discussão em razão de suas implicações e repercussões, muitas vezes há fortes conflitos entre os fitoterápicos dessa relação e os fitoterápicos adotados pelas relações dos programas estaduais e municipais, como se verá mais adiante. A força e presença da Renafito se deve não apenas por ela constituir a orientação e relação de referência para disponibilização no SUS, mas principalmente pelo fato de ser a relação de fitoterápicos para a qual se prevê financiamento tripartite (união, estados e municípios).

Recentemente a Anvisa atualizou, através Resolução da Diretoria Colegiada nº 26 (RDC 26/14), resultado da Consulta Pública 34/2013, as normas para registro de medicamentos fitoterápicos (com testes clínicos padronizados), além de criar o registro e a notificação da categoria de *produtos tradicionais fitoterápicos*. Essa nova norma permitirá registros de fitoterápicos que, apesar de não terem sido objeto de pesquisas e estudos clínicos, apresentem eficácia e segurança reconhecidas através do uso tradicional por um período determinado pela agência em 30 anos. Essa forma mais simplificada de registro abrange espécies brasileiras e espécies de registro simplificado reconhecidas em outros países (como Canadá e União Europeia).

A relação simplificada para comprovação dos produtos tradicionais fitoterápicos no Brasil se fundamenta na Instrução Normativa 02/2014 da Anvisa, cuja inspiração são as monografias de fitoterápicos de uso tradicional da Comunidade Europeia (*Community herbal monographs with well established use*) elaboradas pelo Comitê de Produtos Medicinais Fitoterápicos (*Committee on Herbal Medicinal Products - HMPC*) da European Medicines Agency (EMA). A agência europeia reconhece 101 monografias de fitoterápicos de uso tradicional e 21 monografias de fitoterápicos de uso bem estabelecido. Com essa norma, a expectativa da Anvisa é que cerca de 100 fitoterápicos de uso tradicional sejam objeto de registro no Brasil.

Ministério da Saúde (DAF/SCTIE/MS) possui representações do Ministério da Saúde (Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos; Departamentos de Assistência Farmacêutica, do Complexo Industrial e Inovação em Saúde e de Ciência e Tecnologia; Secretaria de Atenção a Saúde; Secretaria Executiva; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária; Farmacopéia Brasileira); um representante da Sociedade Científica; e cinco representantes de Universidades.

Ambas as normas da Anvisa (registro de medicamentos fitoterápicos e registro simplificado para produtos tradicionais fitoterápicos) se remetem apenas à regulação de produtos industrializados, sendo que essa normatização inclusive define que seus princípios não se aplicam a *produtos elaborados por comunidades tradicionais*, os quais não serão objeto de registro⁸⁴. Desse modo, a Anvisa reconhece somente a eficácia e segurança cientificamente comprovadas de produto tradicional fitoterápico que seja industrializado e não os denominados produtos de comunidades tradicionais como “as garrafadas, xaropes, misturas artesanais feitos por curandeiros das populações tradicionais (indígenas, quilombolas, ribeirinhas, praianas, pescadores e outros)”⁸⁵.

No contexto do sistema normativo, importante iniciativa do Ministério da Saúde foi a publicação da Portaria nº886/GM/MS (Brasil, 2010) que institui a *Farmácia Viva* no SUS⁸⁶ a cargo e sob gestão dos entes estaduais, municipais e do Distrito Federal:

Considerando a Resolução nº 338, do Conselho Nacional de Saúde, de 6 de maio de 2004, que aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica; e

Considerando a necessidade de ampliação da oferta de fitoterápicos e de plantas medicinais que atenda à demanda e às necessidades locais, respeitando a legislação pertinente às necessidades do SUS na área, resolve:

Art. 1º Fica instituída, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, sob gestão estadual, municipal ou do Distrito Federal, a Farmácia Viva.

§ 1º A Farmácia Viva, no contexto da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, deverá realizar todas as etapas, desde o cultivo, a coleta, o processamento, o armazenamento de plantas medicinais, a manipulação e a dispensação de preparações magistrais e oficinais de plantas medicinais e fitoterápicos.

§ 2º Fica vedada a comercialização de plantas medicinais e fitoterápicos elaborados a partir das etapas mencionadas no parágrafo primeiro.

Art. 2º A Farmácia Viva fica sujeita ao disposto em regulamentação sanitária e ambiental específicas, a serem emanadas pelos órgãos regulamentadores afins.

⁸⁴ Fonte: <http://portal.Anvisa.gov.br/wps/content/Anvisa+portal/Anvisa/sala+de+imprensa/menu+noticias+anos/2013+noticias/publicada+norma+que+cria+o+produto+tradicional+fitoterapico>.

⁸⁵ Fonte: http://www2.far.fiocruz.br/farmanguinhos/index.php?option=com_content&view=article&id=832:mais-fitoterapicos&catid=53:outras-noticias&Itemid=94.

⁸⁶ Inspirada na política do estado do Ceará que se fundamenta, por sua vez, no projeto desenvolvido e implementado pelo Prof. Francisco Matos na Universidade Federal do Ceará (UFC), o que será abordado mais adiante quando tratarmos da análise dos programas de fitoterapia.

Portanto, dentre as diretrizes da política nacional na orientação, estímulo, incentivo e organização da adoção da fitoterapia pelas secretarias municipais e estaduais de saúde passam a constar as seguintes opções ou modos de adoção e dispensação de plantas medicinais e fitoterápicos no subsistema de fitoterapia: (i) *farmácia viva* para cultivar plantas medicinais e dispensar plantas medicinais e fitoterápicos; (ii) *farmácias de manipulação* próprias ou conveniadas para manipular e dispensar plantas medicinais e fitoterápicos (desde que atendam ao disposto na RDC nº 67/2007); (iii) *dispensar drogas vegetais* (plantas secas); e (iv) *dispensar fitoterápicos industrializados* adquiridos no mercado.

A orientação da política nacional também prevê a participação de organizações não governamentais e empresas privadas na organização e comercialização de plantas medicinais e fitoterápicos junto aos poderes públicos (desde que obedecida legislação que regulamenta as compras governamentais, Lei nº 8.666 de 1993).

Quanto à aquisição e dispensação de medicamentos fitoterápicos no SUS com financiamento tripartite, após pactuação entre Ministério da Saúde e secretarias estaduais e municipais de saúde, os mesmos vêm sendo incluídos através de sucessivas portarias ministeriais através do Elenco de Referência da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica, a Renafito, as quais aprovam as normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica⁸⁷.

A Portaria nº 2982 (de 26/11/09) incluiu os dois primeiros fitoterápicos no elenco: Espinheira-santa (*Maytenus ilicifolia*) e Guaco (*Mikania glomerata*). Com a Portaria nº 4.217 (de 28/12/2010) foram incluídos mais seis fitoterápicos: Alcachofra (*Cynara scolymus*); Aroeira (*Schinus terebinthifolius*); Cáscara-sagrada (*Rhamnus purshiana*); Garra-do-diabo (*Harpagophytum procumbens*); Isoflavona de Soja (*Glycine max*); Unha-de-gato (*Uncaria tomentosa*).

A Portaria nº 533, de 28 de março de 2012, que “Estabelece o elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”, ao revogar as duas anteriores incluiu mais

⁸⁷ A Assistência Farmacêutica do SUS é dividida em três componentes que grosso modo correspondem aos três níveis de atenção à saúde (baixa, média e alta complexidade): Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF); Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF); e o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF).

outros quatro fitoterápicos na relação nacional: babosa (*Aloe vera L., Burm. F.*); hortelã (*Mentha x piperita L.*); tanchagem (*Plantago ovata Forssk.*); salgueiro (*Salix alba L.*). Portanto, a atual Renafito apresenta um elenco de 12 fitoterápicos. Destaca-se que está prevista como meta no Plano Plurianual (PPA) 2012-2015 do Ministério da Saúde a ampliação da relação para 20 medicamentos fitoterápicos até o ano de 2015 (Brasil, 2011). Para a relação detalhada dos atuais 12 fitoterápicos da Renafito consultar nos Apêndices, ao final do trabalho, o *Quadro 2. Fitoterápicos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Renafito (2012)*.

Quanto ao financiamento tripartite para aquisição dos fitoterápicos da Renafito com recursos da Assistência Farmacêutica da Atenção Básica, cabe ao gestor municipal a definição dos recursos orçamentários e financeiros levando-se em conta os fitoterápicos destinados a atender os agravos prevalentes e prioritários da Atenção Básica. Conforme Portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013, que aprovou as normas de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), esse componente é de responsabilidade da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com aplicação, no mínimo, dos seguintes valores de seus orçamentos próprios: (i) União: R\$ 5,10 (cinco reais e dez centavos) por habitante/ano; (ii) Estados: R\$ 2,36 (dois reais e trinta e seis centavos) por habitante/ano; (iii) Municípios: R\$ 2,36 (dois reais e trinta e seis centavos) por habitante/ano; e (iv) Distrito Federal aplicará, no mínimo, o somatório dos valores definidos em (ii) e (iii).

O Artigo 4º dessa portaria autoriza as Secretarias de Saúde do Distrito Federal e dos municípios a utilizarem um percentual de até 15% da soma dos valores dos recursos financeiros do Componente Básico “para atividades destinadas à adequação de espaço físico das farmácias do SUS no Distrito Federal e nos Municípios, à aquisição de equipamentos e mobiliário destinados ao suporte das ações de Assistência Farmacêutica e à realização de atividades vinculadas à educação continuada voltada à qualificação dos recursos humanos da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica”.

Atualmente, a produção e/ou aquisição de plantas medicinais e fitoterápicos pelos municípios para dispensação no SUS pode ser feita segundo a definição e escolha de uma ou mais formas, de acordo com as capacidades e possibilidades do município, dentre quatro tipos previstos (Brasil, 2011):

Quadro 5. Os quatro modos de produção e dispensação de plantas medicinais e fitoterápicos no subsistema de fitoterapia no SUS

Planta medicinal “in natura”: implantação e manutenção de hortos oficiais de espécies medicinais e/ou estimulando hortas e hortos comunitários reconhecidos e credenciados junto aos órgãos públicos, para o cultivo, beneficiamento e fornecimento das plantas.

Planta medicinal seca ou *droga vegetal*: obtenção da matéria-prima vegetal, processada de acordo com as boas práticas, oriunda de hortos oficiais de espécies medicinais, de cooperativas, de associações de produtores, de extrativismo sustentável ou de outros, com alvará ou licença dos órgãos competentes.

Fitoterápico manipulado: por intermédio de farmácias de manipulação, públicas ou em convênio com farmácias privadas, para manipulação de fitoterápicos, desde que atenda à demanda e às necessidades locais e respeitando a legislação pertinente às necessidades do SUS.

Fitoterápico industrializado: produzidos por laboratórios farmacêuticos públicos ou por laboratórios e indústrias farmacêuticas nacionais ou instaladas no país.

Fonte: elaboração própria a partir de Rodrigues, A. G., *et al.* (2011)

A Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF) tem sido operacionalizada através do Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e seu Comitê Nacional, ambos instituídos pela Portaria Interministerial nº 2.960, de 9 de dezembro de 2008. A política nacional tem focado tanto os aspectos do uso no SUS (serviço) quanto da produção de plantas medicinais e fitoterápicos (insumos). O aspecto produtivo é crucial para a implantação, manutenção e expansão da fitoterapia no SUS, sobretudo se considerarmos que boa parte dos fitoterápicos dispensados pelos programas de fitoterapia no SUS existentes no Brasil, os medicamentos são elaborados nas próprias farmácias municipais de manipulação (Torres, 2009; Brasil, 2012).

Estratégia mais direcionada ao ordenamento material do subsistema de fitoterapia no SUS conduzida pela política nacional tem se fundamentado no conceito de Arranjo Produtivo Local (APL)⁸⁸ (Brasil, 2009; 2011; 2012b). As ações de estímulo à formação, capacitação, regulação, pesquisa e ao desenvolvimento produtivo objetivam tanto impulsionar e fortalecer programas municipais existentes quanto fomentar a criação de *Redes de Municípios e Estados Promotores do Programa Nacional de Plantas Medicinais*

⁸⁸ O Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (Brasil, 2009, p.92) adota como conceito de *arranjo produtivo local*, a seguinte definição: “São aglomerações de empreendimentos de um mesmo ramo, localizados em um mesmo território, que mantêm algum nível de articulação, interação, cooperação e aprendizagem entre si e com os demais atores locais (governo, pesquisa, ensino, instituições de crédito)”.

e *Fitoterápicos*, visando a regionalização e maior institucionalização da fitoterapia no SUS (Costa, 2011).

O Ministério da Saúde, por meio de Termos de Cooperação (TC) entre o Departamento de Assistência Farmacêutica (DAF/SCTIE/MS) e a Vice-Presidência de Ambiente, Atenção e Promoção da Saúde (VPAAPS/Fiocruz), desenvolveu programa de *Apoio à Estruturação de Projetos para a Implantação do Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF) no Contexto da Assistência Farmacêutica no SUS*, no período de 2009 a 2012. A partir de eventos e oficinas realizados em diversas regiões do país foram estabelecidos Termos de Compromisso com municípios e estados. Em 2010 foram contemplados 22 municípios e quatro estados (UFs) e, em 2011, foram oito municípios e cinco APLs. Foi solicitado ao DAF/SCTIE/MS a relação nominal dos municípios e estados que foram contemplados por esses Termos de Cooperação e com quais valores, mas não obtivemos retorno dos dados.

No Plano Plurianual (PPA 2012-2015) do MS (Brasil, 2012), uma das quatro metas do objetivo para garantir assistência farmacêutica no âmbito do SUS — cujo valor total para os quatro anos é de cerca de R\$ 37.173.200,00 — é apoiar 20 APLs até o ano de 2015, visando a promoção e maior acesso a plantas medicinais e fitoterápicos no SUS (Brasil, 2011). Para cumprir essa meta já foram publicados três editais de financiamento pela SCTIE/MS, entre 2012 e 2014, para seleção de propostas de APLs em Plantas Medicinais e Fitoterápicos, sendo que no de 2014 além de APL também foi contemplado para financiamento o desenvolvimento e registro de medicamentos fitoterápicos. Os três editais do Ministério da Saúde selecionaram um total de 40 projetos de secretarias de saúde — em 37 municípios, em dois estados e um do Distrito Federal — empenhando um total de recursos de R\$ 19.975.987,68 no financiamento dos mesmos, conforme dados oficiais⁸⁹.

⁸⁹ Dados constantes das Portarias publicadas no Diário Oficial da União: (i) Portaria nº 13, de 19 de junho de 2012, habilita municípios a receberem recursos referentes ao apoio à estruturação, consolidação e fortalecimento de Arranjos Produtivos Locais (APLs), no âmbito do SUS, conforme a Política e o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, selecionados pelo Edital SCTIE/MS nº 1, de 26 de abril de 2012; (ii) Portaria nº 2.461, de 22 de outubro de 2013, aprova o repasse dos recursos de investimento e custeio, em parcela única para os Municípios e Estados selecionados pelo Edital SCTIE/MS nº 1, de 24 de maio de 2013; e (iii) Portaria nº 2.323, de 23 de outubro de 2014, que aprova o repasse dos recursos de investimento e custeio, em parcela única para os Municípios e Estados selecionados pelo Edital nº 1 da SCTIE/MS, de 30 de maio de 2014.

Nossa pesquisa verificou enorme dificuldade para o levantamento, mensuração e sistematização do número oficial de municípios no Brasil que institucionalizaram a fitoterapia no SUS. Primeiro porque são muito altas as taxas de interrupção, de descontinuidade e de mortalidade dos programas de fitoterapia, como será analisado mais adiante.

Segundo, é muito comum a subnotificação nas bases oficiais de dados da saúde, o que é mais acentuado ainda no caso das ações locais de fitoterapia no SUS: há poucos levantamentos e sistematizações nacionais quanto à existência de tais programas, e os que foram realizados não seguem uma mesma padronização metodológica nem uma série histórica; são relativamente recentes os códigos para registro nos sistemas de informação DATASUS; certa cisão nos códigos que por vezes confunde, um código para o *serviço* de fitoterapia (registro da atividade) e outro para *estabelecimentos de farmácias vivas ou de manipulação* (registro das materialidades), separação verificada na própria estrutura organizacional do sistema, com a gestão das ações sob responsabilidade de um órgão e a gestão dos objetos (insumos, equipamentos e farmácias) alocada numa outra esfera do organograma.

Um dado verificado nas entrevistas realizadas pela pesquisa e que contribui para essa subnotificação, embora em menor grau, é o fato de que muitos gestores e profissionais de saúde nos municípios temem represálias e fiscalizações caso tornem muito visíveis no macrossistema as ações de fitoterapia desenvolvidas no sistema público de saúde local ou, em alguns casos, não lançam os registros e nem informam o sistema por conta de não julgarem essas ações relevantes ou válidas. O que evidencia um dado da hegemonia, pois muitas vezes o gestor não “vê” e nem “compreende” essas práticas como usos em saúde.

A partir do levantamento e sistematização de dados secundários realizados pela pesquisa foi possível elaborar *fotografias* de momentos distintos, no período 1997-2012, quanto ao número de programas municipais de fitoterapia no SUS existentes no Brasil. As fontes desses dados e registros foram de três tipos: (i) levantamento bibliográfico de textos e relatórios; (ii) busca nas bases do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS); e (iii) solicitação de dados desagregados (como relação nominal dos municípios, por exemplo) junto a equipes do Ministério da Saúde

(Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde e Departamento de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos).

A sequência temporal dos registros de municípios com fitoterapia no SUS, a seguir apresentada, não constitui uma série histórica propriamente dita. As bases dos dados são distintas e em alguns casos uma mesma base apresenta metodologias diferentes para os censos realizados. O que não nos impede de fazer uma análise do processo e da dinâmica quantitativa e qualitativa da difusão dos programas de fitoterapia no SUS.

Em consulta na base de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)⁹⁰ havia, em 2013, um total de 164 estabelecimentos com registros de *serviço de fitoterapia no SUS* distribuídos em 38 municípios. Quando esse serviço começou a ser notificado no CNES, em 2007, eram 11 estabelecimentos em 2 municípios. A consulta em 2013 para o *serviço de Farmácia Viva* indicou 26 estabelecimentos registrados em 16 municípios. O que está muito distante de expressar a dimensão real dos municípios com serviço de fitoterapia no SUS, conforme depoimentos dos entrevistados nos trabalhos de campo e das equipes do Ministério da Saúde durante as visitas técnicas.

Levantamento do MS realizado em municípios brasileiros pela Associação Nacional de Fitoterapia em Serviços Públicos constatou que existiam 101 municípios com programas de fitoterapia institucionalizados em 1997 (Brasil, 2001). Segundo Torres (2009) e Brasil (2012), em 2004 o número de municípios com serviço de fitoterapia era de 116 e, em 2008, esse número chegou a 342 municípios. Esse total de 342 municípios apresentou a seguinte tipologia de produção e dispensação de plantas medicinais e fitoterápicos: (i) 46,87% por meio de farmácia de manipulação própria; (ii) 35,42% por meio de farmácia de manipulação conveniada; e (iii) 20,31% a partir da compra e aquisição de fitoterápicos industrializados.

⁹⁰ O conceito de estabelecimentos de saúde utilizado pelo CNES é bem amplo, refere-se a todas as unidades de serviços de saúde do SUS, como: Unidades Básicas de Saúde (UBS); Programa Saúde da Família (PSF); Unidades Ambulatoriais; Hospitais; Unidades de Pronto Atendimento (UPA); e outras. No CNES o Código Classe 002 (Fitoterapia) é uma das classes do Código Serviço 134 (Serviços de Práticas Integrativas e Complementares de Saúde), já o Código Classe 007 (Farmácia Viva) faz parte do Código Serviço 125 (Serviço de Farmácia Viva).

Segundo dados divulgados em 2012, em 6,5% dos 5.565 municípios brasileiros existiam no ano de 2008 programas de fitoterapia no SUS ativos, um total apurado em torno de 360 programas em atividade no país (Brasil, 2012).

O 1º Censo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ) do MS, realizado em 2012, junto a 32.222 estabelecimentos de saúde em todo o país, revelou que em 3.152 destes serviços são disponibilizados plantas medicinais e/ou fitoterápicos aos usuários do SUS (Brasil, 2013).

A partir de Banco de Dados do 1º PMAQ (de 2012) e de Pesquisa Expertise (de 2008) gentilmente fornecidos à pesquisa por equipe do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do MS (DAB/SAS/MS), apurou-se que: em 2008, existiam 346 municípios com programas de fitoterapia no SUS; e, em 2012, esse total chegou a 815 municípios.

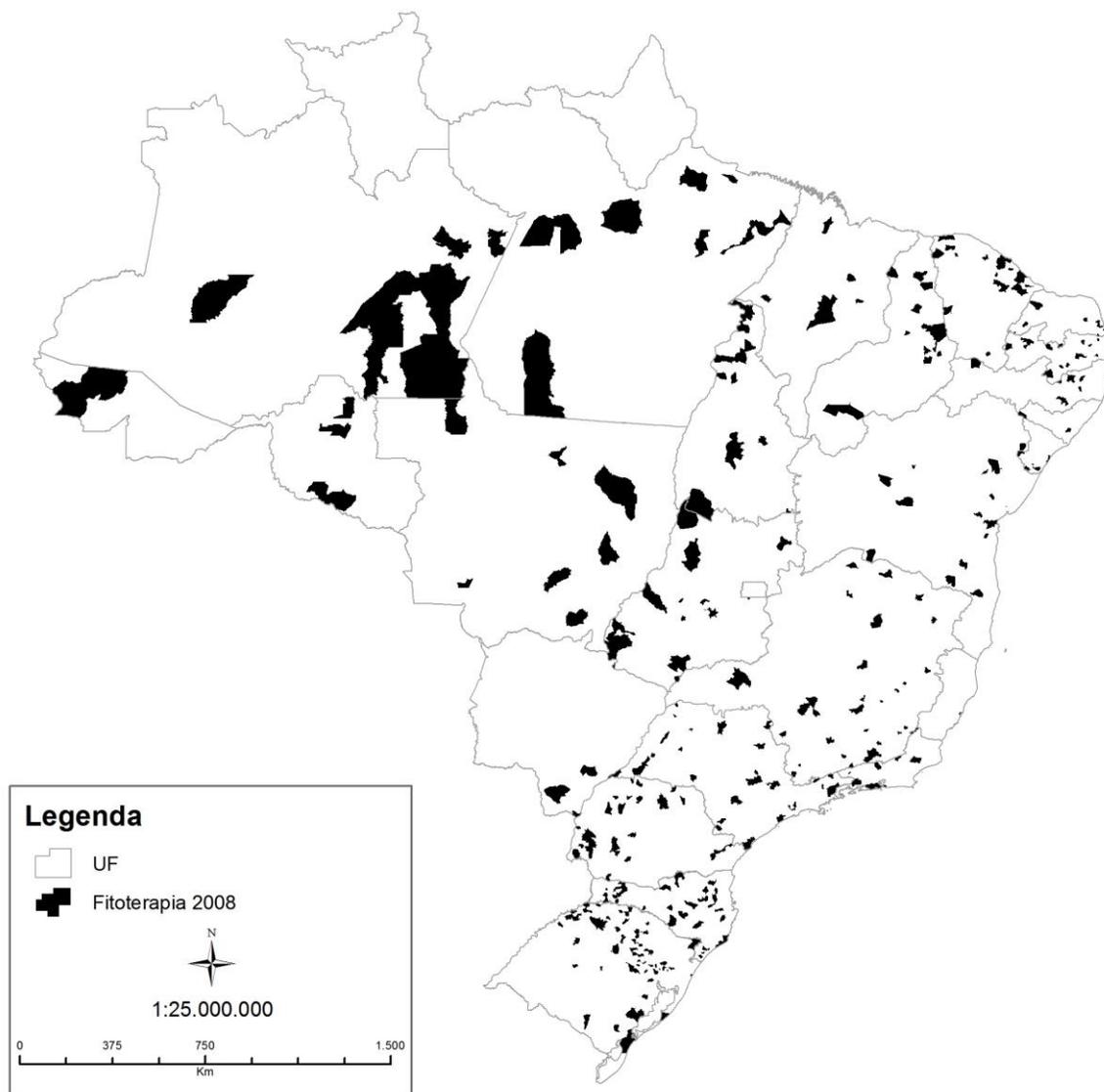
Os mapas a seguir apresentam a distribuição no território dos municípios com programas de fitoterapia no SUS em 2008 (Mapa 2) e 2012 (Mapa 3).



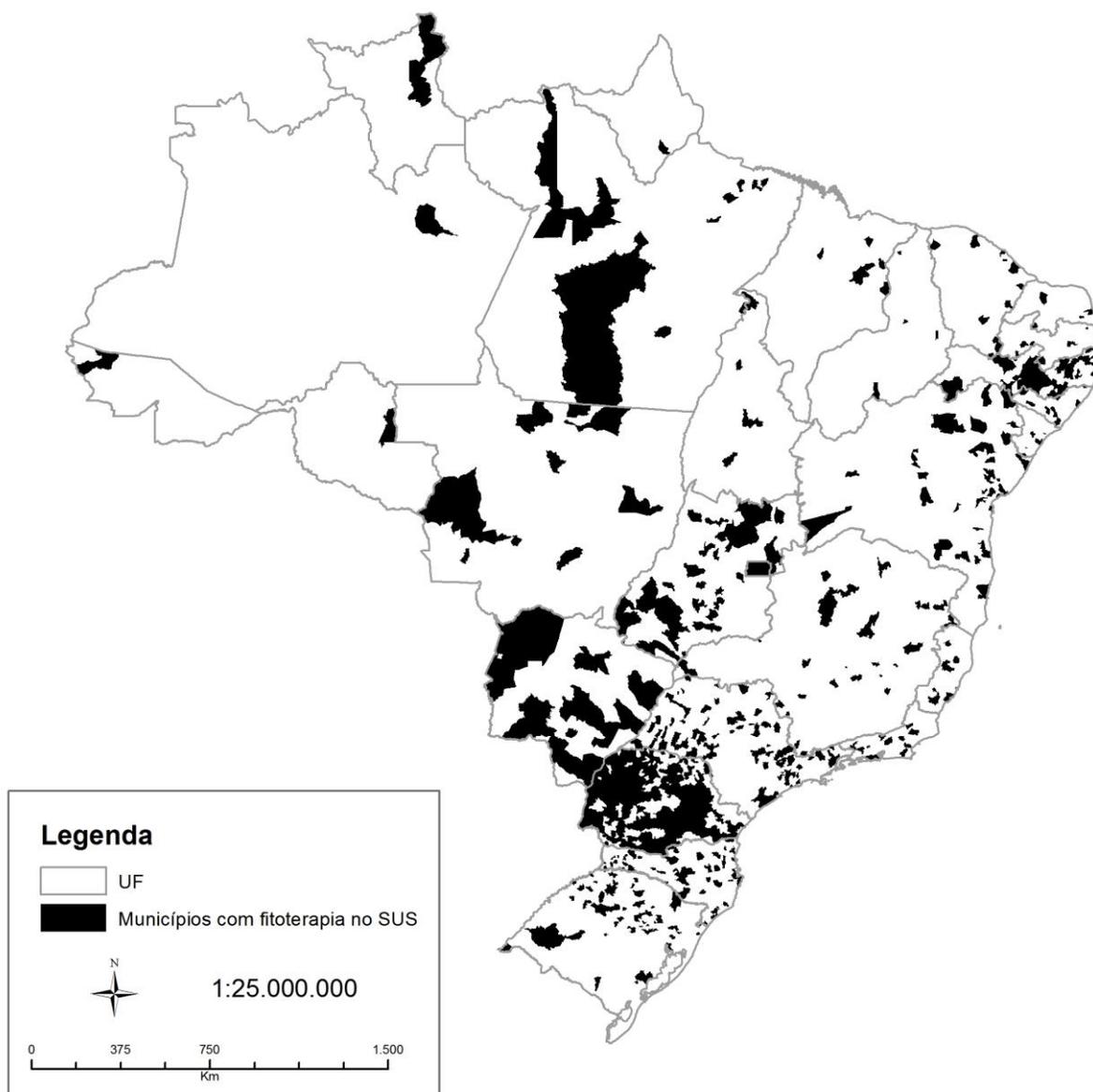
Fotos: Luis Ribeiro, fitoterápicos do Programa Municipal de Brejo da Madre Deus-PE (12/04/2012)



Plantas Medicinais do Projeto Plantas Medicinais da Itaipu, Foz Iguaçu-PR (24/10/2011)

Mapa 2. Brasil: municípios com programas de fitoterapia no SUS em 2008

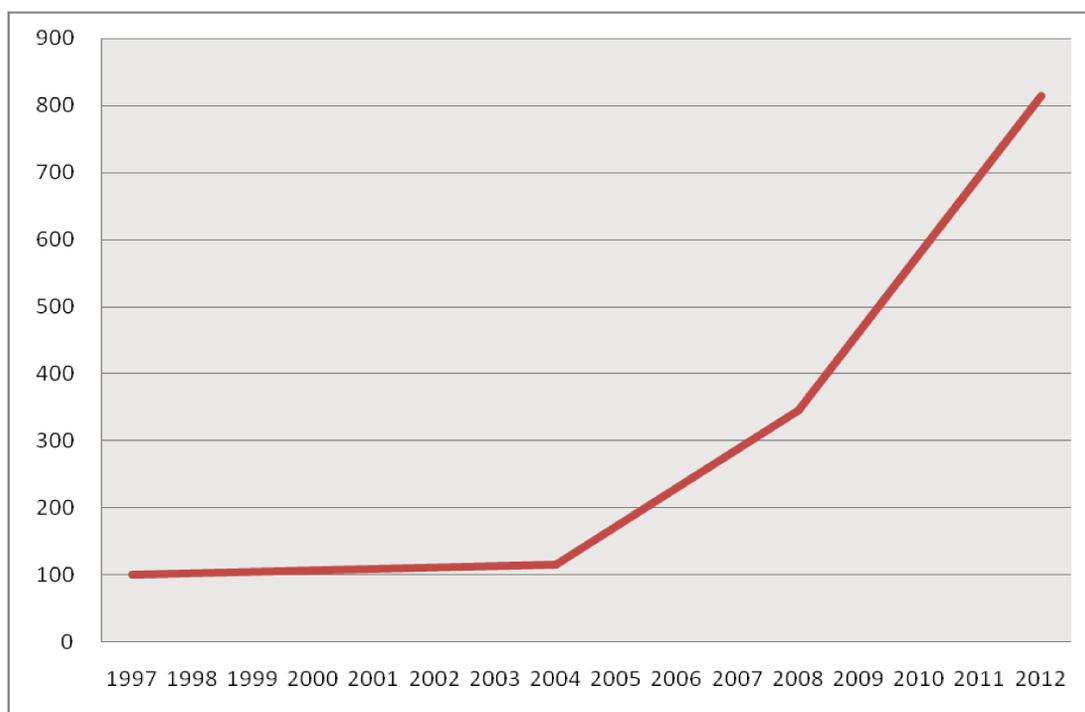
Fonte: A relação dos 346 municípios consta do *Diagnóstico Situacional de Fitoterapia no SUS de 2008* realizado pela empresa Expertise, coordenado pelo Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS), cedido ao pesquisador por essa instituição. Concepção: Luis Henrique Leandro Ribeiro; Elaboração Cartográfica: Rodrigo Fernandes Silva

Mapa 3. Brasil: municípios com programas de fitoterapia no SUS em 2012

Fonte: A relação dos 815 municípios consta das pesquisas *Censo da Infraestrutura dos Estabelecimentos de Saúde e 1º Ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)*, de 2012, coordenadas pelo Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS), dados cedidos ao pesquisador pela Coordenação Geral de Áreas Técnicas (CGAT) do DAB/SAS/MS. Concepção: Luis Henrique Leandro Ribeiro; Elaboração Cartográfica: Rodrigo Fernandes Silva.

Com base na série temporal do número de municípios com fitoterapia no SUS – (i) 101 municípios em 1997; (ii) 116 municípios em 2004; (iii) 346 municípios em 2008; e (iv) 815 municípios em 2012 – sistematizados no Gráfico 1 abaixo e a partir da visualização dos Mapas 1 e 2, com os registros dos anos 2008 e 2012, chegamos a algumas constatações quanto à difusão dos programas e constituição do subsistema de fitoterapia no SUS.

Gráfico 1. Crescimento do número de programas municipais de fitoterapia no SUS no período 1997-2012.



Fonte: elaboração própria a partir de dados das seguintes fontes: Brasil (2001) para dados de 1997; Torres (2009) e Brasil (2012) para 2004; Pesquisa Expertise (de 2008) e Banco de Dados do 1º Censo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (de 2012) fornecidos pelo Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS).

Primeiro, verifica-se o crescimento do número de programas municipais de fitoterapia no SUS e aumento do número de estabelecimentos vinculados a esses programas, sugerindo aumento correspondente da capilaridade dos programas de fitoterapia nos serviços de saúde dos municípios. Como aumento do número de unidades, profissionais

e estabelecimentos ofertando serviços de fitoterapia, crescimento do número de farmácias e postos de distribuição de plantas medicinais e fitoterápicos, aumento no número de farmácias e oficinas manipulando fitoterápicos, de hortos cultivando plantas medicinais, ou de um número cada vez maior de equipes do Programa Saúde da Família desenvolvendo ações em fitoterapia.

Segundo, é possível notar intensidades distintas no processo de crescimento do número de programas de fitoterapia no SUS durante o período 1997-2012. O que nos leva a identificar duas fases nesse processo: uma antes e outra depois da política nacional. Os números registrados indicam que a Política Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos, de 2006, tem estimulado e fomentado a criação e institucionalização de programas, ou seja, a PNPMF tem sido um grande indutor de programas de fitoterapia no SUS.

Terceiro, a observação comparada dos Mapas 1 e 2 nos leva a crer que a difusão dos programas municipais de fitoterapia no SUS tem ocorrido num padrão distinto das demais modernizações vinculadas ao meio técnico-científico-informacional. Embora haja um número elevado de programas na Região Concentrada como um todo, verifica-se um crescimento senão semelhante, ao menos não tão defasado em relação a ela, do número de programas nas Regiões Centro-Oeste e Nordeste. Nota-se também a constituição de uma *grande mancha* na Região Concentrada que ocorre de forma descentrada do *eixo Rio de Janeiro – São Paulo*. Eixo que corresponde, de modo geral, à área de maior acolhimento das modernizações e das variáveis do período, ou seja, a área mais densa e capilarizada do meio técnico-científico-informacional.

A mancha localizada no estado do Paraná e que chama a atenção, provavelmente se deve à presença e conjugação de fatores de diversas ordens: cultural, econômico, social e político. O Paraná é o maior estado produtor de plantas medicinais do país, é onde está localizada parte importante da indústria do ramo de fitoterápicos, a sede da Associação Brasileira das Empresas do Setor Fitoterápico, Suplemento Alimentar e de Promoção da Saúde (Abifisa) está sediada em Curitiba-PR. Destacam-se os movimentos sociais de saúde popular e as cooperativas e sindicatos de pequenos e médios produtores rurais. Também muito importante é a ação da Secretaria Estadual de Saúde do Paraná na compra centralizada de medicamentos fitoterápicos, além da presença da empresa estatal Itaipu Binacional que desenvolve programa de fitoterapia no oeste do estado paranaense. Além da

importância cultural do uso doméstico e familiar de plantas medicinais devida em grande parte às características dos fluxos migratórios das populações que ocuparam o Paraná.

A terceira constatação sugere que há alguma outra variável atuando na difusão dos programas municipais de fitoterapia no SUS que a torna distinta do padrão de difusão geralmente verificado para as demais modernizações do atual período. O que será analisado e discutido adiante, na Parte III, junto à questão da mudança observada nos tipos de programas que passam a predominar na fase atual da difusão do subsistema de fitoterapia no SUS. Se na primeira fase (pré-PNPMF de 2006) que se estende até meados de 2008 se sobressaíam os programas de fitoterapia fundamentados em farmácias de manipulação dos municípios ou em particulares conveniadas, com predomínio das farmácias municipais de manipulação, já na segunda fase (pós-PNPMF), de 2008 em diante, verifica-se o crescimento e atual predomínio de programas de fitoterapia fundamentados na dispensação de fitoterápicos industrializados.



Foto: Luis Ribeiro, fachada da casa alugada onde está instalado o Laboratório de Produtos Fitoterápicos e Oficinas da Farmácia Viva da Prefeitura Municipal de Maracanaú-CE (31/10/2013)

Capítulo 8. A fitoterapia no SUS: entre o poder de arrasto do macrossistema de saúde e as sistematicidades das práticas populares de plantas medicinais e fitoterápicos

Através dos dados levantados (tanto nos trabalhos de campo como na revisão bibliográfica) verificamos que a fitoterapia está associada às práticas *tradicionais* e *populares* de saúde. É reconhecida como um dos recursos terapêuticos mais utilizados tanto pelas práticas do amplo espectro das chamadas medicinas populares, quanto nas práticas alternativas e as integrativas e complementares de saúde. Verificamos também a aceitação crescente da utilização da fitoterapia pelos profissionais de saúde vinculados ao sistema da biomedicina.

O adjetivo *tradicional* comumente utilizado para designar os usos de plantas medicinais e fitoterápicos, tanto pelo senso comum como pelas ações e programas oficiais, deve-se à legitimação e ao reconhecimento de que esses usos constituem práticas ancestrais e tradições familiares ou comunitárias passadas oralmente de geração para geração, independentemente se codificadas ou não em registros oficiais. No caso brasileiro os usos de plantas medicinais se remetem tanto às práticas historicamente cultivadas nos diversos lugares do país, como àquelas importadas mais recentemente, nas últimas décadas, do continente europeu (homeopatia e medicina antroposófica), da Índia (medicina ayurvédica) e da China (no conjunto, chamada de medicina tradicional chinesa, MCT).

Ainda que na sua totalidade essas práticas enfrentem fortes resistências para se afirmarem no macrossistema de saúde brasileiro, contudo aquelas provenientes das culturas europeias e asiáticas, próprias à vaga de modernizações mais recente, e inclusive previstas e fomentadas com a Política Nacional de Práticas Integrativas Complementares no SUS (PNPIC-SUS) de 2006, enfrentam menor resistência se comparadas às práticas tradicionais e populares há mais tempo existentes no Brasil, fruto de modernizações passadas. Isso se deve em boa medida às classes sociais e aos lugares a que estão vinculados essas práticas.

Antes de prosseguir, torna-se necessário resgatar e discutir, sem esgotar o tema, os conceitos de *medicina tradicional*, *paralela*, *alternativa* e *popular* para situar a maneira pela qual essas questões serão tratadas sob uma perspectiva geográfica através do conceito

de sistemas e sistematicidades: a dominante e hegemônica do macrossistema; e as populares. Destaca-se que o termo *práticas integrativas e complementares de saúde* (PICS) empregado pela política oficial é uma maneira de abrandar e suavizar a incorporação das chamadas *medicinas alternativas e medicinas tradicionais* (consideradas racionalidades ou sistemas médicos) e deixar *aberta* a incorporação de diversas *práticas populares*. Um subterfúgio para indicar à totalização sistêmica do macrossistema de saúde que não se trata de desbancar ou substituir (uma alternativa única e exclusivista) a prática médica fundamentada na biomedicina, mas apenas cuidados e usos que podem complementar a prática hegemônica no sistema, numa concepção de integralidade da saúde, sem que se pretenda com isso ameaçar a sistematicidade dominante.

Destaca-se que a perspectiva geográfica aqui assumida para analisar a questão não está focada na avaliação do custo-benefício, da eficácia clínico-assistencial ou da importância sócio-cultural de um ou outro conjunto de práticas em saúde ou sistemas médicos. Mas no exame das sistematicidades (materialidades e ações) em jogo, de suas estratégias e embates, suas aberturas e fechamentos, suas associações e fortalecimentos, que pluralidades estão envolvidas e sendo fomentadas. A análise do subsistema de fitoterapia no SUS indica que as estratégias nele contidas têm enorme potencial em dinamizar e pluralizar as racionalidades, temporalidades e atores a ele vinculados sob pelo menos cinco dimensões indissociáveis entre si.

Uma *econômica produtiva*: agricultura familiar, cooperativas agrícolas, agroecologia, assentamentos rurais, cooperativas extrativistas e de manejo, laboratórios e farmácias públicos, laboratórios farmacêuticos de capital nacional com menores níveis de capital, organização e tecnologia.

Outra dimensão é a *profissional*, através da diversificação e incorporação das especialidades e profissões de saúde e dos demais trabalhadores, técnicos e profissionais envolvidos nas ações de saúde (farmacêutico, médico, enfermeiro, agente comunitário de saúde, terapeuta ocupacional, psicólogo, pedagogo, nutricionista, botânico, assistente social, agrônomo, biólogo, antropólogo, sociólogo, geógrafo, etc.).

Uma terceira dimensão é a *cultura* subjacente a esses usos: práticas e terapêuticas diversas, universos culturais distintos, sistemas de identificação de plantas e usos, nomenclaturas, práticas místicas, religiosas, poéticas, músicas e cânticos.

A *pedagógico-educacional*: concepção mais ampliada de saúde e de sistema de saúde para além dos termos médico-assistencial, cuidado individual, visão fragmentada e setorial; usuários do sistema tornados ativos, e não meros pacientes expropriados dos processos de cura e recuperação da saúde.

E como quinta dimensão, a *política*: estratégias, embates, cooperações e solidariedades entre atores estatais gestores do sistema e atores não estatais para além dos grandes grupos econômicos.

Nonato (2012) assinala que a *tradicionalidade* do conhecimento – no âmbito das chamadas *comunidades tradicionais* – não se refere à sua antiguidade ou tempo de existência, mas à maneira pela qual é adquirido, partilhado e usado. Esse saber-fazer tradicional não é vestígio, resquício ou forma residual do passado, tampouco formas homogêneas e menos complexas, mas sistemas dinâmicos permanentemente respondendo e se adaptando aos eventos e às novas circunstâncias. A heterogeneidade dos sistemas tradicionais resulta das combinações próprias e únicas em cada lugar de componentes sociais, culturais e econômicos caracteristicamente mais dependentes e constituídos por ações e recursos materiais locais e do entorno mais imediato.

No campo das chamadas *medicinas paralelas* – tanto as denominadas *populares* quanto a prática *familiar* – predominam os estudos e análises da antropologia médica e da sociologia da saúde, investigações que buscam fazer frente aos “modelos unidimensionais que consideram uma variável isolada (principalmente econômica) em detrimento de outras variáveis – culturais, políticas, biológicas, ambientais”, compreendendo os sistemas médicos como parte de *conjuntos complexos* mais totalizadores e contraditórios (Grisotti, 1998, p.50).

O *sistema de atenção à saúde* proposto por Arthur Kleinman para refletir sobre as sociedades atuais (1980, *apud* Oliveira, 2002) é constituído por três subsistemas que se inter-relacionam: (i) *popular*; (ii) *profissional*; e (iii) *paraprofissional*. O subsistema popular geralmente é o de maior dimensão e abrangência nas sociedades, sendo composto pela família, comunidade, rede de amigos e grupos de apoio e ajuda mútua. O profissional se refere àquele que predomina nos sistemas oficiais de saúde cuja organização formal das práticas tem na biomedicina seu principal fundamento e referencial. Já o paraprofissional se refere a todas as demais práticas de saúde (religiosas ou alternativas) não reconhecidas

legalmente e levadas a cabo por agentes especializados, seculares ou religiosos, como erveiros, curandeiros, rezadeiras e benzedores⁹¹.

O modelo biomédico é apenas um entre vários sistemas existentes. O predomínio atual desse modelo se deve à sistematicidade constituída no decorrer das últimas décadas junto a diversos outros modelos e sistemas presentes na vida que se comunicam, se reforçam, se informam e se afirmam mutuamente, como os modelos educacionais e de formação, o sistema econômico de produção e consumo, a psicosfera difundida através de instituições de ensino e pesquisa e dos meios de comunicação (através da publicidade e da indústria do entretenimento).

A hegemonia e força do modelo biomédico são tributárias do seu funcionamento sistêmico e por ser componente fundamental da unicidade técnica do atual período.

Embora o subsistema profissional se imponha aos demais subsistemas de saúde enquanto força de Estado e submeta as demais práticas de saúde ao seu domínio, contudo, nem todos os agravos à saúde são lidados pelas populações dentro do sistema oficial de saúde. Estima-se que no mundo todo entre 70% e 90% dos problemas de saúde sejam tratados fora do sistema oficial através do autocuidado e de formas alternativas de atenção à saúde e de cura praticados pelos subsistemas popular e paraprofissional (Oliveira, 2002).

O conceito de *medicinas paralelas* proposto por Laplantine e Rabeyron (1989), designa um conjunto de práticas de saúde caracterizadas por acentuada fragmentação e heterogeneidade e se desenvolveram no anonimato até eclodirem e passarem à visibilidade no contexto dos *ataques de maio de 68 à oficialidade e à ordem de qualquer espécie*. Essas medicinas se agrupam em dois tipos: um *campo extramédico* fundado numa cultura tradicional, cada dia mais residual; e um *campo paramédico e parafarmacêutico* que se funda nas *contemporâneas extensões do pensamento mágico* como parte integrante da modernidade. Para os autores, quatro elementos caracterizam as medicinas paralelas: (i) legitimidade social; (ii) dimensão tradicional; (iii) constituição em *corpus* teórico (populares ou eruditas); e (iv) funcionalidade medicinal (diagnósticas e/ou terapêuticas). As medicinas paralelas (tanto do campo extramédico quanto paramédico ou

⁹¹ Para maior detalhamento e panorama histórico-antropológico dessas práticas populares e paraprofissionais no Brasil consultar Araújo (1977), cujo estudo identificou nos anos 1950 uma *medicina rústica* brasileira constituída por três grandes conjuntos (mágica, religiosa e empírica) segundo a sistematicidade operada por esses três tipos dos seguintes componentes: (i) usos e práticas (saberes); (ii) técnicas e remédios empregados (objetos materiais e imateriais); e (iii) oficiais e agentes de cura (ações).

parafarmacêutico) e a biomedicina constituem *diferentes sistemas de tratamento em sua globalidade sócio-cultural*.

Assim, a história da medicina, pelo menos há um século, é a história de uma luta contra os preconceitos médicos do público e, mais especialmente, das classes baixas, contra as práticas médicas populares, com o fim de reforçar a autoridade do médico, de lhe conferir o monopólio dos atos médicos e colocar sob sua jurisdição novos campos abandonados até então ao arbítrio individual, tais como a criação dos recém-nascidos ou a alimentação. (Boltanski, 1989, p. 14).

O aumento crescente do consumo de medicamentos no Brasil reforça, de acordo com Grisotti (1998), a associação cada vez maior entre medicina familiar e medicina oficial, “com o desaparecimento, a longo prazo, das receitas de remédios caseiros e demais experiências acumuladas pelas famílias” (*idem*, p.57). A *medicina popular* é definida por essa autora como o conjunto de técnicas de tratamento utilizado por especialistas não reconhecidos pelo sistema oficial de medicina. Importante diferença se refere ao fato de que, no geral, as medicinas familiar e paralela reconhecem e aceitam em grande medida os demais sistemas médicos. Já a medicina oficial tende a aceitar o modelo biomédico como indiscutível e a reconhecer os demais sistemas como degenerações e formas em vias de extinção, como: charlatanismo, superstição e crendices.

[...] a noção de eficácia subjacente à procura de medicinas paralelas podem preencher outras funções que o tratamento puramente sintomático da doença. Essas funções servem para confirmar noções-chaves sobre o mundo, e explicam porque certos procedimentos considerados ineficazes de um ponto de vista biomédico, continuam a ser colocados em prática por certas sociedades e/ou culturas. (Grisotti, 1998, pp.57-58).

Os antropólogos foram os pioneiros nos estudos das formas de cuidado com a saúde vinculadas às *medicinas alternativas e complementares*, dentre as quais a fitoterapia. Tesser e Barros (2008) classificam essas práticas de saúde no Brasil em três tipos: (i) a *medicina popular* ou *medicina informal* (cuidado de familiares, amigos, vizinhos, assistência mútua em igrejas ou grupo de auto-ajuda); (ii) o *sistema oficial* (biomedicina ou medicina científica ocidental); e (iii) as *medicinas alternativas e complementares* ou *medicina tradicional* (homeopatia, acupuntura, especialistas populares e tradicionais).

Destaca-se ainda, a importância do conceito proposto por Madel Therezinha Luz de *racionalidades médicas*, surgido no começo dos anos 1990, no Brasil, para analisar a

complexidade de sistemas médicos e terapêuticas tradicionais e complementares que passaram a ser valorizados e reconhecidos a partir dos movimentos de contracultura do final dos anos 1960 nos países ocidentais sob diversas denominações: terapias tradicionais, alternativas, holísticas, integrais, naturais, doces, energéticas ou complementares⁹².

A partir da compreensão de que distintas racionalidades médicas coexistem no período atual, o conceito de racionalidade médica tem permitido compreender “distintos saberes e práticas em saúde, de forma a ultrapassar a compreensão hegemônica da racionalidade biológica e afirmar o intercâmbio solidário entre diferentes sistemas culturais em saúde, no sentido de sua complementaridade”, ou seja, contrariando “o senso comum ocidental, que admitia somente a medicina ocidental contemporânea ou biomedicina como portadora de racionalidade no sentido científico do termo” (Nascimento *et al.*, 2012, pp.13-14).

Segundo Nascimento *et al.* (2012) dois grandes paradigmas em saúde embasam as racionalidades médicas⁹³: (i) *paradigma biomédico* (ou *normal-patologia*); e (ii) *paradigma vitalista* (ou *vitalidade-energia*). A primeira, centrada na doença e no controle biológico e social, fundamenta-se em concepções materialistas, mecanicistas e utilitaristas, estando associada ao desenvolvimento do complexo médico-industrial. O paradigma do *vitalismo*, de caráter mais holístico, compreende a saúde como estado de harmonia entre as distintas instâncias e esferas da vida, do indivíduo ao meio geográfico, estando associado às noções de prevenção, promoção e integralidade da saúde.

Para Luz (1997) a questão de método que define as medicinas alternativas como racionalidade distinta do paradigma hegemônico da biomedicina é a centralidade paradigmática dos conceitos de *vida, saúde e equilíbrio* (ou *harmonia*) nos seus conjuntos

⁹² As pesquisas realizadas que embasaram o conceito de *racionalidades médicas* trabalharam com as seguintes medicinas praticadas no Brasil: homeopática; tradicional chinesa (MTC); ayurvédica indiana; biomédica (medicina ocidental contemporânea); e demais demandas e práticas em saúde no âmbito das terapêuticas populares, dentre as quais as xamânicas e aquelas vinculadas às religiões afro-indígenas.

⁹³ O conceito de *racionalidade médica* supõe seis elementos ou *traços* (teóricos, simbólicos e práticos) que caracterizam um modelo médico, segundo Nascimento *et al.* (2012): (i) *morfologia humana*: maneira pela qual se define a estrutura e organização do corpo (na biomedicina corresponde à anatomia); (ii) *dinâmica vital humana*: compreensão das origens e causas do equilíbrio ou desequilíbrio do corpo (na biomedicina corresponde à fisiologia); (iii) *doutrina médica*: definição do processo de saúde e doença, causas e origens do adoecimento e o que seria possível tratar ou curar (na biomedicina corresponde ao que cabe ou não à clínica); (iv) *sistema de diagnose*: definição se há ou não um processo mórbido (adoecimento) e quais as suas origens, causas, natureza, evolução possível e fase que se encontra; (v) *sistema terapêutico*: definição da forma de intervenção em cada processo mórbido identificado pela diagnose; e (vi) *cosmologia*: o que embasa e integra teórica e simbolicamente as cinco primeiras dimensões, raízes e fundamentos filosóficos que as embasam.

de conhecimento e terapêuticas. Segundo a autora, verifica-se um crescimento nos países ocidentais, a partir de meados dos anos 1970, da busca por *medicinas alternativas* enquanto conjunto de *medicinas tradicionais* tanto próprias do repertório das culturas nacionais e regionais desses países, como daquelas provenientes dos países do Oriente (como MTC e ayurvédica) e da Europa (homeopatia e medicina antroposófica)⁹⁴.

As relações entre essas práticas médicas e terapêuticas têm sido de competição ou complementação, apresentando um sincretismo crescente por parte dos adeptos e dos profissionais que se expressa também num sincretismo institucional nos serviços de saúde. Mas a biomedicina continua definindo o alcance e a *função terapêutica* das *medicinas alternativas*. Observa-se que têm ocorrido mais *bloqueios* do que *encontros* entre as *medicinas alternativas* e a científica, os embaraços se fazem mais intensos nas instituições acadêmicas de formação – de produção, reprodução e transmissão do saber médico – como nas faculdades e institutos de pesquisa da área biomédica (enfermagem, farmácia, nutrição, odontologia e medicina) sob o claro comando da medicina científica.

Grisotti (1998) tece uma dura crítica ao caráter ideológico e etnocêntrico de boa parte das pesquisas sobre a temática das *medicinas populares*, sobretudo os estudos *folcloristas*, que:

[...] tendem a conceber o conhecimento e as técnicas da medicina popular [...] como um conjunto de práticas e ideias rudes e imitativas, provenientes da difusão da medicina erudita do passado ou como sobrevivências folclóricas das tradições étnicas brasileiras de uma época passada, de regiões rurais isoladas e atrasadas, associando o desaparecimento dessas práticas ao desenvolvimento da urbanização, negando-lhes qualquer possibilidade de eficácia atual. (Grisotti, 1998, p. 55).

Para alguns autores (Arantes, 2006; Cunha e Borges, 2012), *cultura popular* é um conceito que as classes dominantes que controlam o Estado manipulam para reafirmar sua hegemonia. Um conceito político e não apenas antropológico que tem servido como referencial para o Estado e para a identidade nacional. O conceito serviu no projeto de

⁹⁴ O termo *medicina alternativa* foi adotado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1962 como *alternativa* à medicina especializada e de base técnico-científica, com o objetivo de promover a atenção médica e o acesso à saúde a amplas populações de diversos países do mundo desassistidas de qualquer sistema médico de atenção à saúde. Hoje, o termo *medicina alternativa* (extremamente polissêmico) tem sido utilizado para se referir a qualquer prática de cura ou de saúde que não a biomedicina hegemônica.

unificação territorial de alguns Estados valorizando a tradição popular como folclore (*folk + lore*, “o saber do povo”), sobretudo, na Alemanha e Itália no século XIX. Mas também foi uma forma das classes dominantes subjugar através da divisão do trabalho as classes trabalhadoras ao associarem ao popular apenas o *fazer*, desprovido de um *saber*. A parcela *intelectual* do trabalho, considerada superior à *manual*, continuaria como exclusividade e atributo das classes dominantes.

Com o surgimento da *cultura de massas* em meados dos anos 1950 como expressão da massificação do consumo de produtos industriais, inclusive de uma indústria cultural, de caráter homogeneizador e universalizante, também surgem como reação nos anos 1960 movimentos que carregam as tradições populares como instrumento de conscientização e luta. Segundo Brandão (2009), os movimentos que reinventam o sentido de cultura popular como resistência e emancipação emergem no Brasil nos anos 1960, sendo sufocados e reprimidos pela ditadura implantada no país a partir de 1964. Nesse contexto, a cultura popular passa de instrumento de dominação e uniformização a um instrumento de emancipação: expressão de luta, contestação política e transformação social. Compreendemos aqui que o *popular*:

[...] deixa de ser definido por uma série de características internas ou por um repertório de conteúdos tradicionais, prévios à industrialização e à massificação da cultura (como ocorre com o folclore), e passa a ser caracterizado por sua posição, a que tem frente às classes hegemônicas. (Canclini, 1985, p. 16).

Para Canclini (1985), reduzir as complexas relações entre hegemonia e subalternidade leva a uma redução da sutil distinção definida por Gramsci entre *dominação* e *hegemonia*, ao não se atentar à *rede de intercâmbios, empréstimos, condicionamentos recíprocos* entre as culturas de classes diferentes. Um equívoco que se baseia na noção de que “as classes oprimidas conservam intacta uma essência ahistórica ou que são capazes de se autodeterminar com independência das transformações globais que as abarcam” (*idem*, p.17).

Mantemos a utilização dos termos *popular* e, em menor medida, *tradicional* (que são conceitos melhor trabalhados pelas áreas da ciência política, antropologia e sociologia) para designar os usos de plantas medicinais e fitoterápicos presentes nos diversos lugares do país com os quais o subsistema de fitoterapia no SUS estabelece vínculos, mas sob uma

perspectiva geográfica. Buscamos, assim, compreender as tendências e tensões do subsistema de fitoterapia no SUS enquanto interface entre: (i) as *sistematicidades populares* (por vezes de *resistência*) de usos de plantas medicinais presentes nos diversos lugares do país; e (ii) a *sistematicidade dominante* do macrossistema de saúde no qual os usos incorporados ou cooptados tendem a adquirir mais rapidamente o caráter de sistema ou modelo.

Para os projetos em curso, a técnica, que inclui objetos e práticas codificadas, sustenta sistemas / sistematicidades, modelos e paradigmas. Por essa razão, inscreve-se nas formas de apropriação do espaço, criando rotinas ou rupturas planejadas do cotidiano e, também, gerando sistematicidades que podem impedir conquistas sociais ou se constituir no próprio ápice dessas conquistas. [...] um contínuo embate entre sistematicidades efetivadas ou potenciais, movidas por diferentes formas de comunicação, linguagens, táticas e recursos de poder. [...] As sistematicidades, criadas pela técnica, são materialidades e ações, descoberta e obrigação, irrupção social e ordem. [...] As sistematicidades são acumulativas e podem ter origem em pequenas rebeldias, mínimas descobertas e experimentos sociais inconclusos ou, na outra ponta de um amplo espectro, surgirem do comércio mundial de modelos e assessorias. (Ribeiro, 2012, pp. 53-54).

Segundo Rodrigues (2011) existem, hoje, três grandes conjuntos de usos de plantas medicinais e fitoterápicos: (i) a *fitoterapia familiar*; (ii) a *fitoterapia popular*; e (iii) a *fitoterapia científica*. Em virtude das variáveis do macrossistema de saúde, o uso incorporado ao SUS é a fitoterapia de base científica. Antonio *et al.* (2013) identificaram dois principais eixos que expressam as motivações e objetivos que animam os programas de fitoterapia no SUS: (i) um de caráter mais pedagógico e educacional (de cunho social e ambiental); e (ii) outro mais baseado em práticas científicas. Esses autores levantaram e sistematizaram diversas formas de uso de plantas medicinais e fitoterápicos na atenção primária à saúde do SUS, as quais podem ser mais ou menos complementares ou concorrenciais entre si, destacando-se que um mesmo programa pode apresentar uma ou mais formas de prática de fitoterapia conforme relação do quadro a seguir.

Quadro 6. Brasil: tipologia dos usos de plantas medicinais e fitoterápicos no SUS

Farmácia-viva: atividades sistematizadas que realizam cultivo, coleta, processamento, armazenamento, manipulação e dispensação de plantas medicinais e fitoterápicos manipulados;

Farmácia de manipulação de fitoterápicos: área de manipulação dos derivados de matéria-prima vegetal processados conforme legislação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa);

Dispensação de planta seca (droga vegetal): atividades relacionadas à secagem e dispensação de planta seca em forma de chás industrializados;

Dispensação de medicamentos fitoterápicos: o elenco de fitoterápicos faz parte do componente básico da Assistência Farmacêutica da Relação Nacional de Medicamentos;

Hortos didáticos: áreas destinadas ao cultivo de plantas in natura, identificação botânica, preservação de espécies em extinção e estudos, ensino sobre plantas;

Hortas comunitárias: áreas destinadas ao cultivo orgânico, secagem artesanal, troca ou doação de mudas de espécies vegetais, em grande maioria, sem identificação botânica, mas com base na cultura popular e tradicional;

Oficinas de remédios caseiros: áreas e ações destinadas ao preparo e distribuição de fórmulas tradicionais fitoterápicas e mudas de plantas por instituições não governamentais;

Grupos de estudo e/ou rodas de conversas sobre plantas medicinais: espaço coletivo, sistematizado e organizado, de interação de saberes, com finalidade educativa para discutir e orientar o uso de plantas medicinais, voltado aos profissionais e à comunidade.

Fonte: elaboração própria a partir de: ANTONIO, Gisele Damian; TESSER, Charles Dalcanale; MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio, (2013).

No eixo científico Antonio *et al.* (2013) sublinharam o papel destacado das áreas da etnofarmacologia e farmacognosia⁹⁵, principalmente nos programas inspirados pela principal referência nacional que é o projeto *Farmácia Viva* desenvolvido no Ceará pelo Professor Francisco José de Abreu Matos. Nos trabalhos de campo que realizamos nas regiões brasileiras identificamos essa mesma tipologia de práticas de fitoterapia no SUS, os dois eixos norteadores (pedagógico-educacional e científico) e o papel destacado de áreas científicas como a etnofarmacologia e a farmacognosia. Constatamos ainda a grande

⁹⁵ A *etnofarmacologia* é considerada a ciência que estuda o uso de fármacos (remédios) pelos saberes e conhecimentos próprios aos sistemas populares e tradicionais de determinados grupos étnicos ou sociais, trata-se de disciplina recente, surgida na década de 1960. Já a *farmacognosia* é uma dos ramos mais antigos e ainda estudados pela farmacologia (obrigatória nos currículos dos cursos de farmácia no Brasil desde o começo do século XX) e consiste na pesquisa de princípios ativos naturais de origem vegetal e animal.

participação em diversos programas de outras áreas científicas e profissionais: farmácia, botânica, biologia, agronomia, nutrição, pedagogia, assistência social, profissionais técnicos (administrativos, jardinagem, laboratorial) e trabalhadores dos serviços de saúde. Além do envolvimento de movimentos sociais e outras organizações da sociedade (ecologistas, feministas, pastorais da igreja, sindicatos, movimento de trabalhadores sem teto e sem terra).

Outra evidência apontada é a existência de uma *ambivalência* nas práticas do subsistema de fitoterapia no SUS que ora reforça a “autoatenção, as ações educativas, intersetoriais e a participação comunitária, constituindo-se em forma de cuidado e promoção da saúde”, mas ora “restringe o processo à incorporação de fitoterápicos manipulados ou industrializados à farmácia dos serviços de APS, para uso estritamente profissional” (Antonio *et al.*, 2013, p. 615). Observamos essa contradição em todas as escalas trabalhadas em campo, do Comitê do Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos aos programas estaduais e municipais de fitoterapia no SUS.

Verificamos que a tendência do subsistema de fitoterapia no SUS tem sido o de cooptação das diversas formas de fitoterapia e reforço do modelo da biomedicina e do complexo médico-industrial da saúde através do predomínio crescente de programas fundamentados na compra e dispensação de fitoterápicos industrializados, o que tem representado, segundo diversos atores entrevistados, uma atualização da lógica medicamentosa e da concepção fragmentadora e individualista da saúde dominantes no macrossistema de saúde. Constatamos que esse processo indica a força de arrasto do macrossistema através do processo de cooptação e modulação dos demais sistemas e subsistemas técnicos.

Outro dado do período que contribui para tencionar o dilema do subsistema de fitoterapia no SUS – interface entre a rigidez do macrossistema e a diversidade mais flexível de práticas nos lugares – é o modo pelo qual se difunde, atualmente, a técnica. Em períodos anteriores esse processo se caracterizava pela difusão de objetos ou famílias de objetos que eram ressignificados, incorporados e adaptados aos diversos sistemas técnicos existentes. O que favoreceu inclusive a formação dos distintos sistemas médicos, práticas terapêuticas com plantas medicinais, seus usos populares e familiares. No período atual, a

sistematicidade dessa difusão é marcada pela unicidade técnica e pela emergência de macrossistemas interligados, marcados por forças homogeneizadoras e universalizantes.

Considerando que a análise aqui realizada não é da técnica em si, mas do seu uso, da indissociabilidade entre sistemas de objetos e sistemas de ações (Santos, 1999a), destacamos a tarefa apontada por Santos (2000) de se considerar analiticamente em cada fase da história dois elementos fundamentais que são indissociáveis entre si: o *estado das técnicas* e o *estado da política*.

As técnicas são oferecidas como um sistema e realizadas combinadamente através do trabalho e das formas de escolha dos momentos e dos lugares de seu uso. É isso que fez a história. [...] Só que a globalização não é apenas a existência desse novo sistema de técnicas. Ela é também o resultado das ações que asseguram a emergência de um mercado dito global, responsável pelo essencial dos processos políticos atualmente eficazes. Os fatores que contribuem para explicar a arquitetura da globalização atual são: a unicidade da técnica, a convergência dos momentos, a cognoscibilidade do planeta e a existência de um motor único na história, representado pela mais-valia globalizada. Um mercado global utilizando esse sistema de técnicas avançadas resulta nessa globalização perversa. Isso poderia ser diferente se seu uso político fosse outro. Esse é o debate central, o único que nos permite ter a esperança de utilizar o sistema técnico contemporâneo a partir de outras formas de ação. (Santos, 2000, pp. 23-24).

A compreensão do estado das técnicas e do estado da política constitutivos do subsistema de fitoterapia no SUS é realizada a partir da apreciação do embate entre as sistematicidades dos usos de plantas medicinais e fitoterápicos presentes nos diversos lugares do Brasil e a sistematicidade dominante no macrossistema SUS. As estratégias (técnicas, culturais, econômicas e políticas) dessas sistematicidades – e suas relações de cooperação, complementação ou conflito – serão abordadas na próxima parte por meio da análise empírica de alguns programas de fitoterapia no SUS.

De modo geral, os principais autores que trabalharam com o conceito de macrossistema técnico (Hughes, 1983, 2008; Hughes e Mayntz, 1988; Joerges, 1988; Braun e Joerges, 1992; Gras, 1993, 1997) o fizeram numa perspectiva *de cima para baixo*, enquanto *verticalidade*. O que se deve à definição que consagrou esses estudos de que os macrossistemas técnicos tendem a centralizar politicamente e a serem insensíveis aos lugares. De uma perspectiva geográfica acrescentaríamos que toda difusão para se estender no espaço e durar no tempo tem que mudar, tem que lidar e sempre se adequar aos lugares,

em alguma medida, ao território que se impõe, seja como condicionante, como facilitador ou como obstáculo. O território usado como sinônimo de espaço banal, território usado por todos, é limite a toda difusão. Em sua difusão o macrossistema não inclui tudo, não pode tudo. E sendo fundamento material das redes de poder, como todo poder, ao ser exercido é confrontado, sofre resistência.

A compreensão do caráter *macro* do SUS requer a consideração de sua existência enquanto nós de *verticalidades* e *horizontalidades*. Distinto dos macrossistemas consagrados na literatura, o macrossistema de saúde brasileiro é a um só tempo centralizado e descentralizado politicamente, sensível aos lugares esse macrossistema tropical e flexível é produto e produtor de situações geográficas.



Fotos: Luis Ribeiro, Horto do Centro Popular de Saúde Yanten, Medianeira-PR (24/10/2011)



Centro de Saúde Alternativa de Muribeca, em Jaboatão dos Guararapes-PE (09/04/2012)

Parte III. Macrossistema de saúde – produto e produtor de situações geográficas: análise de programas de fitoterapia no SUS nas regiões brasileiras.

Para compreender os condicionantes territoriais e analisar os vínculos entre a universalidade do Sistema Único de Saúde (SUS) e as particularidades dos lugares nos usos de plantas medicinais e fitoterápicos, privilegamos o conceito de *situações geográficas*, que produzem e são produzidas pelo macrossistema de saúde.

Compreendemos situação geográfica como *nó de verticalidades e horizontalidades*, manifestação provisória do movimento de totalização (Silveira, 1999b). Caminho para a análise do processo pelo qual o SUS e a valorização do uso de plantas medicinais impulsionada globalmente enquanto modernizações no território brasileiro, e vetores de possibilidades do mundo, realizam-se e se amalgamam – de forma hierárquica, complementar ou cooperativa – com os usos mais antigos e populares de plantas medicinais presentes nos diversos lugares do país.

Se por um lado temos vetores mais externos aos lugares (*verticalidades*) nos quais predomina um caráter mais homogêneo, uma racionalidade dominante e universalizada marcada por solidariedades de caráter mais organizacional para a qual o território importa mais como *recurso*, por outro lado, os lugares abrigam uma força emanada de *horizontalidades* fundadas na vizinhança, no cotidiano compartilhado, nas temporalidades e racionalidades diversas, uma heterogeneidade criadora cujas solidariedades tanto obrigadas quanto desejadas são produtoras de futuros – no sentido de possibilidades de existência – e para as quais o território é, sobretudo, *abrigo* (Santos, 1999a).

Sabemos já que as técnicas presentes em uma dada situação não são homogêneas. Enquanto as técnicas hegemônicas se dão em redes, além delas outras técnicas se impõem. Mas, em uma dada situação, todas as técnicas presentes acabam por ser inextricáveis. Tal solidariedade não é, propriamente, entre as técnicas, mas fruto da vida solidária da sociedade. (Santos, 2000, pp. 127-128).

A força das verticalidades no período da globalização é maior do que no passado: por conta do funcionamento mais sistêmico das ações (cada vez mais normadas) e dos

objetos (cada vez mais informados); e devido à maior capacidade de tele-ação, de agir à distância acionando pontos em lugares distintos, que é desigual segundo os atores e sujeitos. Ou seja, a capacidade desigual dos atores em estabelecer estratégias de ação em distintas escalas geográficas (global, nacional, regional e local). A atual sistematicidade que elas imprimem, deformam os lugares ao impor solidariedades externas obedientes a usos corporativos. Mas sempre há uma margem de liberdade, de desvio e contrafinalidade à racionalidade dominante. A intensificação das verticalidades é acompanhada pelo aprofundamento da personalidade e particularidade das horizontalidades.

As horizontalidades, pois, além das racionalidades típicas das verticalidades que as atravessam, admitem a presença de outras racionalidades (chamadas de irracionalidades pelos que desejariam ver como única a racionalidade hegemônica). Na verdade, são contra-racionalidades, isto é, formas de sobrevivência e de regulação criadas a partir do próprio território e que se mantêm nesse território a despeito da vontade de unificação e homogeneização, características da racionalidade hegemônica típica das verticalidades. A presença dessas verticalidades produz tendências à fragmentação, com a constituição de alvéolos representativos de formas específicas de ser horizontal a partir das respectivas particularidades. (Santos, 2000, p. 110).

Para compreender o processo cada vez mais intenso e acelerado de diferenciação regional e de compartimentação política do mundo, Gottmann (2007) assinalou a importância da dimensão psicológica e cultural e não apenas dos determinantes materiais. Nesse processo de diferenciação o autor sublinha uma dialética entre a *iconografia regional* e a *circulação*, ou seja, entre *sistemas de resistência ao movimento* e *sistemas de movimento*. Uma contradição entre forças de circulação, universalismo e unificação, de um lado, e forças de iconografia, compartimentação e diversidade, de outro.

O movimento de circulação é toda força de criação e de mudança na ordem estabelecida num lugar, consistindo em movimentos e deslocamentos de toda ordem. Força transportadora de contatos, homens, ideias, objetos e técnicas que dinamiza sistemas de relações. Recorte analítico fundamental, que tal como o conceito de verticalidade, permite compreender a interdependência e os nexos entre os distintos lugares e pontos do mundo. Já os sistemas de resistência ao movimento são de ordem material e também imaterial e abstrata, uma solidariedade criada a partir da co-habitação num mesmo espaço. A iconografia exerce, assim, uma ação limitadora à circulação, uma resistência, que é um *fator de estabilização política* (Gottmann, 2007, p. 221).

No atual período, quando se aceita sem resistências e desvios a sistematização do mundo orientada pela “ótica mercantil ilimitada e pelo acionamento de estratégias econômico-militares que transformam contextos da vida coletiva em alvos de investimentos sem compromissos com a preservação de heranças culturais, acúmulos institucionais e conquistas coletivas” (Ribeiro e Silva, 2013, p.141), o movimento de circulação passa a ser lido como *impulso global*, como *movimento de subordinação* e tendência à *ação irrefletida*, “indicando a falta de controle da ação pela vontade” (*idem*, p. 151) e o “deslocamento da ação das condições herdadas” (*idem*, p. 152).

Denominamos de impulsos globais os vetores que condensam informação e inovação, em seus elos com a nova gestão. Significam a emergência de uma forma de agir de natureza sistêmica e corporativa, que se apropria de condições herdadas e de níveis de controle permitidos pelo meio técnico-científico-informacional (Santos, 1994). Ao associarmos os impulsos globais à ideia de vetor, trazemos os processos atuais para o âmbito da difusão técnica expressiva da modernização das sociedades (e das metrópoles) periféricas (Ribeiro e Silva, 2013, p.144).

Uma situação geográfica enquanto nó de verticalidades e horizontalidades é, assim, uma síntese provisória da dialética entre forças iconográficas e forças de circulação, entre pulsações e impulsos globais. O *sítio* enquanto iconografia, território usado e herdado, impregna a sociedade sem determinar completamente seus comportamentos, um modelador modelado, uma materialidade animada pela *ação*, pelo território sendo praticado. A *situação* é uma síntese sempre provisória, inconclusa e aberta, expressão de “todo o peso do passado e da mudança que se impõe” (Zaoual, 2010, p.27). Processo pelo qual “o tempo empiricizado entra como condição de possibilidade e a entidade geográfica entra como condição de oportunidade” (Santos, 1997, p.36).

O conceito de situação geográfica foi privilegiado no estudo dos programas de fitoterapia no SUS em virtude da articulação que ele promove entre *análises estruturais* e *análises conjunturais*, permitindo analisar os programas de fitoterapia como ações políticas que, embora conjunturais, não estão descoladas de uma estrutura que as valoriza ou as deprime. Compreensão da tensão permanente entre as estratégias dos atores e os condicionantes territoriais: conjunturas reforçam ou destroem estruturas, estruturas limitam ou permitem certas manifestações conjunturais, o “tempo todo a ambição é intervir na conjuntura para produzir alterações estruturais” (Ribeiro, 2002, p.80).

Esse viés analítico é importante para compreender os condicionantes do território usado nas estratégias de ação dos programas de fitoterapia no SUS, sobretudo, por constituírem políticas não-hegemônicas e, muitas vezes, contra-hegemônicas no contexto do macrossistema de saúde.

O conceito de situação geográfica explicita a realização nos lugares de políticas que são, por excelência, nacionais. Se por um lado o macrossistema serve para descrever e analisar sistematicidades na escala nacional, a situação geográfica o faz na escala do lugar, ampliando dessa forma, ou estabelecendo os nexos entre a formação socioespacial e o lugar. O SUS é único, ou seja, nacional, mas é descentralizado, ou seja, só se realiza nos lugares. Com esse procedimento analítico estamos substantivando o princípio teórico de que o uso do território só tem existência nos lugares.



Foto: Luis Ribeiro, Laboratório da Farmácia Viva da Universidade Federal do Ceará (29/10/2013)

Capítulo 9. Análise de situações geográficas como análise de existências

De acordo com Brunet *et al.* (1993) a *situação* é a característica geográfica fundamental de um lugar ou de um espaço resultante de sua relação com outros lugares ou espaços. A análise da situação geográfica é vital para apreciar e apreender as qualidades de um lugar, pois todo lugar está situado em relação a outros lugares a partir de vias de comunicação e de vizinhança, sobretudo, situa-se em certas *malhas* e *redes* que condicionam suas características e dinâmicas.

Ao distinguir entre *situação*, *sítio* e *posição*, Claval (2011) assinala que a *análise de situação* é um tema clássico da geografia, desenvolvido inicialmente numa perspectiva naturalista muito próxima dos *estudos do meio* e com ênfase no papel das determinações do meio natural. Tal perspectiva que já estava presente na geografia antiga, ainda que de forma modesta, perdurará até a geografia do século XIX e primeira metade do século XX. A análise clássica da situação também se caracteriza pela *polarização*, ou seja, a análise parte de um ponto, de uma região ou de um país em relação ao qual tudo se vincula sistematicamente. A análise da situação legou aos geógrafos a tarefa de compreender aquilo que observam a partir da consideração de *diferentes escalas*, ou seja, o entendimento de algum aspecto local frequentemente se encontra em outras escalas, da região, da nação ou da totalidade do mundo.

Ratzel (1987) incorpora em seu arcabouço teórico o conceito de situação para analisar de que maneira o progresso técnico permite aos grupos humanos relativizarem os condicionantes do meio físico em que vivem. Segundo o autor, três grandes fatores político-geográficos determinam os condicionantes espaciais para um povo: (i) acima de tudo, sua *situação*; mas também (ii) sua *extensão*; e (iii) suas *fronteiras*.

Situação geográfica é uma constante do solo terrestre que permeia o movimento da história [...] A situação é mais que uma invariante histórica: ela é um reservatório onde, dentro dos processos históricos importantes, as ondas se acalmam após a tempestade. [...] Na medida em que um povo conserva sua situação e, portanto, seu país, ele conserva a si mesmo (Ratzel, 1987 [1898], p.129).

A situação é a característica de um lugar ou de um país em relação aos outros lugares e países, logo, a situação se define por uma multiplicidade de relações. Ratzel

(1987) assinala dois parâmetros indissociáveis na geografia política: (i) se o espaço político é qualquer coisa de abstrato; (ii) já a situação, ao contrário, revela um caráter preciso, particular e orgânico.

George (1965) destaca que maior será o peso das condições naturais quanto menor for o grau de artifício e tecnificação da sociedade. Para ele, o objeto de estudo da geografia é qualificar situações provenientes da combinação em cada lugar dos fatores de existência das coletividades: fatores naturais, históricos, econômicos, sociais e políticos. Segundo o autor, trata-se de realizar um balanço atual da dinâmica de situações geográficas a partir da correlação de forças entre as seguintes variáveis: (i) articulações naturais; (ii) repartição da população; (iii) grupos étnicos e lingüísticos; (iv) distribuição das iniciativas econômicas; (v) esquema das vias de circulação e transportes; (vi) rede urbana. Daí o autor definir *situações geográficas* como um tema de *estudo das possibilidades e potencialidades criativas de desenvolvimento*.

Outrossim, George (1969) define situação geográfica como um *tipo de correlação de forças* analisada a partir do balanço do conjunto de forças e ações que podem ser concorrentes, competitivas, contraditórias ou complementares. Situações podem ser definidas como *relações de força* que englobam tendências evolutivas, já que a análise de situação percebe os fatos e eventos no momento em que a situação permanece *aberta*. O autor sugere que em cada lugar há um conjunto próprio de variáveis cujas combinações são únicas, sintetizando uma dada situação geográfica. Metodologicamente, isso implica em encontrar as variáveis dos lugares que se pretende conhecer e a maneira pela qual se combinam, daí o esforço de encontrar e hierarquizar as variáveis explicativas segundo o recorte empírico.

Silveira (1999b) define situação geográfica como um conjunto de forças e eventos que ao se geografizarem mudam a situação dos lugares e sua relação com o mundo. A autora propõe que a situação seja analisada sob três perspectivas indissociáveis: (i) estruturas históricas herdadas; (ii) conjuntura e coerência dos eventos presentes nos lugares; e (iii) âncora no futuro dos lugares lançada pela situação geográfica. A autora contribui ainda para a atualização das variáveis-chave que comandam os eventos no mundo e sua geografização nos lugares (situações), dialogando com os conceitos de *território usado* e *meio técnico-científico-informacional*. São tempos que ao se geografizarem reordenando as

materialidades condicionam o acolhimento pelos lugares de novos eventos e possibilidades, mudando, assim, o campo de ação. Logo, situação geográfica é uma *análise das existências* cuja *compreensão está ancorada no futuro*.

Constata-se que a análise de situação geográfica é um tema clássico da geografia e seu conceito extremamente operacional à pesquisa geográfica. O conceito de situação geográfica adotado para analisar as políticas e programas de fitoterapia no SUS nas diversas regiões brasileiras, embora inspirado no arcabouço clássico da geografia, fundamenta-se, especialmente, nas proposições teóricas de Pierre George (1965; 1969) e Maria Laura Silveira (1999b) em virtude da sistematicidade e operacionalidade imprimidas ao conceito por esses autores.

A operacionalidade dessa proposição metodológica reside no fato de compreendermos o SUS como *evento geográfico*, conforme a definição desse conceito proposta por Santos (1999a): feixe de acontecimentos cuja duração, qualidade e extensão são tributárias de uma estrutura organizacional de ordem material e normativa realizada e reproduzida distintamente segundo os lugares. O SUS como evento geográfico diz respeito a um acontecimento ou conjunto de ações políticas que, para se concretizarem, precisam tomar forma nos lugares. Para existir, o SUS requer materialidades, ações, normas, informações, fixos e fluxos, sem os quais a saúde não pode ser realizada pelo sistema.

Em cada lugar o SUS é único, isto é, realiza-se de uma dada maneira, por uma combinação particular de materialidades, ações, normas, informações, fixos e fluxos. As situações geográficas explicam as particularidades da existência do SUS em cada lugar e condicionam o macrossistema de saúde, assim como são condicionadas por este.

Capítulo 10. Análise dos programas de fitoterapia no SUS a partir de algumas situações geográficas

A análise dos condicionantes territoriais dos programas de fitoterapia no SUS foi realizada a partir de duas escalas regionais: (i) as situações geográficas que definem as macrorregiões brasileiras; e (ii) situações geográficas diversificadas dentro de uma mesma macrorregião.

Como afirma George (1965), compete ao geógrafo encontrar as variáveis que determinam a situação de cada lugar, considerando-se que cada situação é uma totalidade. De acordo com Bunge (1975), a ciência é analítica, por isso a investigação científica aborda problemas circunscritos, um a um, tratando de decompor o todo em elementos. A investigação científica objetiva entender toda situação em termos de seus componentes, descobrindo os elementos que compõem cada totalidade e as interconexões que explicam sua integração. A análise não é apenas um objetivo, mas uma ferramenta para construir sínteses teóricas.

A análise sobre os condicionantes territoriais dos programas de fitoterapia do SUS visitados deu-se, concomitantemente, à identificação de situações geográficas diferenciadas em cada uma das macrorregiões a partir dos dados primários, desenvolvidos nos trabalhos de campo (observação e entrevistas), e dos dados secundários, levantados em revisão bibliográfica e nas visitas técnicas realizadas em campo. O conjunto de dados foi sistematizado em oito variáveis: (i) população; (ii) normas; (iii) estratégias de produção dos programas; (iv) grau de dependência do mercado; (v) atores estatais e atores não estatais; (vi) grau de integração com saberes e práticas locais; (vii) constrangimentos e fatores limitantes aos programas de fitoterapia no SUS; e (viii) perspectivas e planos futuros para os programas.

A seguir, as definições de cada uma das oito variáveis:

Dinâmica populacional e sua densidade relacional⁹⁶. Embora o porte populacional (número absoluto de habitantes) tenha sido utilizado, *a priori*, no contexto da hipótese, como critério de escolha dos municípios nos quais faríamos trabalhos de campo, o mesmo não se revelou, após a pesquisa, uma variável de peso para a existência e funcionamento dos programas de fitoterapia no SUS. A variável população foi trabalhada mais no sentido qualitativo de sua dinâmica relativa, já que cada lugar e experiência de fitoterapia no SUS são portadores de uma densidade relacional própria e específica enquanto cultura (técnicas e saberes, migrações), como política (eleitores, organizações, movimentos) e como força de trabalho, seja de profissionais de saúde (ligados tanto ao macrossistema e à biomedicina como às práticas mais integrativas e complementares) ou de produtores de plantas medicinais e fitoterápicos (agricultores, extrativistas, coletores, farmácias de manipulação, laboratórios).

Normas. Presença de leis, decretos e portarias (municipais, estaduais e federais) na institucionalização e definição operacional dos programas de fitoterapia; contratos, convênios e financiamento das ações dos programas; coordenação gestora responsável pelo programa (área das secretarias municipais ou estaduais); e relações e listas de plantas medicinais e fitoterápicos (próprias, municipais, estaduais, nacionais) que amparam o elenco de medicamentos essenciais do programa de fitoterapia (Renuis, Renafito, Resme ou Remume). A variável norma é de extrema importância, sendo que em praticamente a totalidade dos programas visitados a positividade dos programas de fitoterapia em leis representa estratégia vital à continuidade dos mesmos frente às possíveis discontinuidades, rupturas e paralisações por conta de mudanças no governo local.

⁹⁶ Número de habitantes para as populações dos municípios estimado para 2013, segundo dados do IBGE disponíveis no endereço eletrônico <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php> (acesso em 02 de julho de 2014). Para o Distrito Federal e suas Regiões Administrativas (Brasília, Planaltina e Riacho Fundo) os números totais de habitantes correspondem ao ano de 2010, a partir de dados do IBGE (Censo Demográfico 2010) e Companhia de Planejamento do Distrito Federal (CODEPLAN) segundo Anuário Estatístico 2013 CODEPLAN, disponível em: <http://www.codeplan.df.gov.br/areas-tematicas/informacoes-estatisticas.html> (acesso em 09 de setembro de 2014).

Estratégias de produção: com essa variável busca-se descrever e compreender o processo e etapas de produção, aquisição, distribuição e dispensação de plantas medicinais e fitoterápicos segundo modelos disponíveis de fitoterapia no SUS (produção pública própria, compra no mercado ou graus de hibridação entre essas duas formas puras, de plantas *in natura*, drogas vegetais / plantas secas, fitoterápico manipulado ou fitoterápico industrializado). Nessa variável também foi incluída a estratégias de formação de círculos de cooperação e de uma psicosfera favorável aos programas através da realização de: cursos de formação e capacitação de profissionais de saúde, demais profissionais e trabalhadores do SUS, e de produtores agrícolas; eventos de sensibilização, divulgação ou discussão (semanas de fitoterapia, dia da planta medicinal ou eventos de caráter mais técnico-científico).

Grau de dependência do mercado. Nessa variável busca-se qualificar a dependência e integração dos programas de fitoterapia no SUS em relação, principalmente, aos atores e agentes econômicos dos mercados de plantas medicinais e fitoterápicos. De uma maneira ou de outra existe uma dependência do mercado, sob diversos aspectos, seja qual for o modelo e tipo de programa de fitoterapia no SUS implementado. Além de relações de mercado (como salários de funcionários e contratos de compra e fornecimento), os programas dependem de custos de manutenção (água, energia, taxas de serviços urbanos, etc.), de operação tanto para cultivo quanto para manipulação (ferramentas e insumos agrícolas, vidrarias, embalagens, rótulos, álcool, bases de géis e pomadas) e de bens de capital e equipamentos para cultivo ou beneficiamento de plantas e manipulação de fitoterápicos (maquinário agrícola, estufas, secadoras, trituradoras; encapsuladoras, equipamentos de análise laboratorial, de refrigeração, balanças, fornos, etc.). Na análise dessa variável, foram privilegiados os insumos produtivos mais diretos para beneficiamento e manipulação (massa vegetal, tinturas e extratos vegetais) ou medicamentos acabados para dispensação (drogas vegetais, fitoterápicos manipulados ou industrializados). Pois são esses insumos que permitem qualificar os graus de autonomia ou de dependência dos programas de fitoterapia frente ao mercado, uma maneira para compreender as solidariedades organizacionais estabelecidas com outras escalas espaciais de poder econômico e político.

Atores estatais e não estatais. Identificação das articulações, parcerias, relações, associações e círculos de cooperação presentes nos vínculos entre atores estatais e não estatais nas atividades e nas estratégias técnicas, econômicas e políticas dos programas de fitoterapia no SUS. Variável importante para compreender o uso do território como sinônimo de espaço banal (Santos, 1999b), de território usado por muitos agentes, populações, empresas e instituições, independentemente de seus distintos recursos e desiguais graus de força e poder. Identificando em que medida e por quais mecanismos as estratégias e ações são contempladas direta ou indiretamente nas intencionalidades dos discursos, projetos e ações vinculadas à fitoterapia no SUS. Ao considerar que o território é praticado por uma multiplicidade de atores, assumi-se a multidimensionalidade do poder e da política nos lugares (Raffestin, 1993). Sobretudo, considerando que o poder político vem se caracterizando cada vez mais por ações fundadas nas resistências sociais, nos movimentos sociais, nas grandes corporações e demais atores do território, e não apenas por atores estatais. Segundo Cataia (2008) além das políticas exercidas de *cima para baixo*, próprias à *territorialidade estatal* e das grandes corporações, também há territorialidades cuja organização de *baixo para cima* são promotoras de *horizontalidades*, cujas alternativas de existência ou resistência se dão nos lugares. Analiticamente, não se trata de considerar a população frente ao governo, como dois entes estranhos entre si, mas a maneira pela qual a *sociedade civil* enquanto conjunto de organizações que efetivamente organizam a vida coletiva penetra e/ou influencia as ações do governo. Considerando que o Estado enquanto conjugação entre sociedade civil e sociedade política (Gramsci, 1988), é cada vez mais difuso nas sociedades contemporâneas (Ribeiro, 2002).

Grau de integração com saberes e práticas locais. Nessa variável busca-se identificar o grau de integração dos atores do lugar com o programa de fitoterapia do SUS através de sua participação nas estratégias técnicas, científicas, culturais, econômicas, políticas e de acesso aos programas de fitoterapia. Ou seja, quais são os vínculos populares que informam e se comunicam com os programas e qual a capacidade destes para responder e se integrar às solidariedades orgânicas locais.

Constrangimentos e fatores limitantes para a existência dos programas de fitoterapia do SUS. Identificação dos principais entraves, obstáculos e dificuldades para a adoção, manutenção, continuidade ou expansão das ações da fitoterapia no SUS. São constrangimentos de ordem estrutural e conjuntural, próprios ao subsistema de fitoterapia no SUS e, também, particulares a determinados programas de fitoterapia por conta de determinadas situações.

Perspectivas e planos futuros para os programas de fitoterapia no SUS. Identificação de expectativas, esperanças, planos e ações futuras externalizadas pelos atores entrevistados, além dos discursos e ideários, quanto aos horizontes e caminhos dos programas de fitoterapia no SUS.

Destaca-se que todas essas oito variáveis não foram analisadas individualmente, mas no conjunto e nas relações recíprocas entre elas, já que enquanto componentes se articulam em sistema. Embora observáveis em todas as situações analisadas e identificadas, a combinação sistêmica das oito variáveis é única em cada caso, em virtude de ser cada combinação, ao mesmo tempo, produto e produtora de uma dada situação geográfica e seus vínculos e coerências internos e externos aos lugares.

O Quadro 7, a seguir, traz a relação dos municípios visitados pela pesquisa, no período 2010-2014, segundo as quatro macrorregiões, os estados (Unidades da Federação), o porte populacional (número de habitantes) e a data de criação e interrupção, quando é o caso, dos programas de fitoterapia no SUS. Consideramos como *municípios visitados* os programas locais de fitoterapia de duas Regiões Administrativas do Distrito Federal pesquisados em virtude da similitude com entes municipais, no que diz respeito à autonomia técnica, política e de recursos na gestão do sistema local de saúde.

Quadro 7. Brasil: programas municipais de fitoterapia visitados no período 2010-2014, segundo macrorregião, porte populacional e data de criação.

Macrorregião	Municípios e Regiões Administrativas do DF visitado (2010-2014)	Porte populacional (habitantes)*	UF	Data dos programas de fitoterapia no SUS
Região Concentrada	Campinas	1.144.862	SP	1990
	São Paulo	11.821.873	SP	2010
	Betim	406.474	MG	2004
	Foz do Iguaçu	263.508	PR	2003
	Vera Cruz do Oeste	9.081	PR	2006
	Toledo	128.448	PR	2008
	Pato Bragado	5.170	PR	2012
Região Centro-Oeste	Planaltina	171.303	DF	1984
	Riacho Fundo	71.854	DF	1986
	Diorama	2.544	GO	1994
	Arenópolis	3.180	GO	2008-2009
	Aragarças	19.267	GO	2008-2009
	Jussara	19.458	GO	2008-2009
	Iporá	32.143	GO	2008
	Cuaibá	569.830	MT	2004
Região Nordeste	Brejo da Madre de Deus	47.972	PE	1997
	Fortaleza	2.551.806	CE	1991
	Maracanau	217.922	CE	1992
Região Amazônica	Belém	1.425.922	PA	1999-2004 / 2007

Fonte: elaboração própria. Número estimado de habitantes para as populações dos municípios, para 2013, segundo dados do IBGE disponíveis no endereço eletrônico <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php> (acesso em 02 de julho de 2014). Para o Distrito Federal e suas Regiões Administrativas (Brasília, Planaltina e Riacho Fundo) os números totais de habitantes correspondem ao ano de 2010, a partir de dados do IBGE (Censo Demográfico 2010) e Companhia de Planejamento do Distrito Federal (CODEPLAN) segundo Anuário Estatístico 2013 CODEPLAN, disponível em: <http://www.codeplan.df.gov.br/areas-tematicas/informacoes-estatisticas.html> (acesso em 09 de setembro de 2014).

Observa-se no Quadro 7 uma desproporcionalidade na quantidade de programas visitados para cada uma das quatro macrorregiões. O que se deve à quantidade desigual do número absoluto de programas existentes em cada região e, também, ao fato de que alguns dos programas de fitoterapia no SUS elencados no quadro fazem parte de um mesmo projeto e estratégia conjunta de atores vinculados a municipalidades distintas. Como é o caso, por exemplo, de Foz do Iguaçu, Vera Cruz do Oeste, Toledo e Pato Bragado no estado do Paraná, ou o caso de Diorama, Arenópolis, Aragarças, Jussara e Iporá no estado de Goiás. Em alguns casos o município já apresentava programa próprio antes do estabelecimento de um projeto comum com outras municipalidades, como em Diorama. Em outros casos, municípios continuaram seus programas a despeito do fim da cooperação intermunicipal (como Diorama e Iporá, em Goiás).

Feitas essas considerações, os itens a seguir trazem a análise das situações geográficas identificadas como condicionantes e reforçadas pelos programas de fitoterapia do SUS em cada uma das quatro macrorregiões (Região Concentrada, Região Centro-Oeste, Região Nordeste e Região Amazônica), a partir dos dados levantados nos programas de fitoterapia visitados. Os quatro itens têm um caráter acentuadamente descritivo, recurso importante e necessário à compreensão tanto das situações quanto da formação histórica, características e estratégias dos programas de fitoterapia no SUS.

10.1. Região Concentrada e as situações de área core, iconografia campesina e intermediária

Do ponto de vista do sistema de saúde, essa região concentra número elevado das unidades e estabelecimentos (da atenção básica, ambulatorial, urgência e emergência, hospitalar e de laboratórios de apoio diagnóstico e terapêutico), públicos e privados, vinculados ou não ao SUS, e de recursos financeiros. Fazem-se aí mais presentes as universidades e centros de formação e de pesquisa, tanto públicos como privados. Ademais, concentra médicos de todas as especialidades e profissionais da saúde de um modo geral, além de grande demanda por serviços e ações de saúde – densidade populacional.

A Região Concentrada também abriga a maior parte dos produtores, agentes e atores hegemônicos vinculados aos mercados dos insumos para os programas de fitoterapia no SUS que deles dependem em graus diversos. Tanto daqueles ligados à produção de vidrarias, embalagens plásticas, coadjuvantes (géis e alcoóis, por exemplo) e demais materiais de consumo, como daqueles vinculados à massa vegetal, plantas medicinais, drogas vegetais, extratos e fitoterápicos.

O estado de São Paulo concentra as empresas atacadistas e distribuidoras de extratos vegetais e plantas medicinais, sendo que os três principais atacadistas distribuidores (importadores e exportadores) estão localizados na capital paulista⁹⁷. O estado do Paraná lidera a produção e cultivo de plantas medicinais, seguido pela produção de São Paulo. O estado de São Paulo concentra, com destaque para a Região Metropolitana da capital paulista, os laboratórios e indústrias de fitoterápicos, seguido pelo Rio de Janeiro.

A Região Concentrada abriga com grande intensidade as variáveis que tornam possível a implementação de programas de fitoterapia no SUS enquanto modernização do período técnico-científico-informacional, como: rede de unidades e serviços de saúde do SUS; universidades e centros de pesquisa; profissionais de saúde; produtores e distribuidores dos insumos vegetais e fitoterápicos; população usuária do SUS; e diversidade cultural e biótica de usos de plantas medicinais (distintas classes sociais dos centros urbanos; população cabocla; imigrantes; comunidades quilombolas; indígenas; caiçaras; associações e organizações sociais diversas).

Em função dessa macrorregião concentrar as variáveis do período (técnica, ciência, informação e norma) e apresentar uma maior capilaridade do meio técnico-científico-informacional, encampando e acolhendo em maior grau as modernizações do período, explica o fato dela abrigar o maior número absoluto de programas municipais de fitoterapia no SUS. Contudo, a análise dos programas evidencia diferenciações e particularidades importantes na constituição da Região Concentrada.

⁹⁷ Segundo Marques (2013) três grandes empresas atacadistas (importadoras e exportadoras) fundadas nas décadas de 1970 e 1980 e sediadas em São Paulo-SP detém mais de 90% do contato com os fornecedores primários de plantas frescas e drogas vegetais. Essas empresas são: (i) *Quimer Ervas e Especiarias* (1992), atacadista importador e exportador, cujo catálogo apresenta cerca de 400 espécies (em sua maioria importadas); (ii) *Santosflora - Ervas, Especiarias e Extratos Secos* (1979), atacadista importador e exportador conta com um catálogo em torno de 350 produtos de drogas vegetais (entre espécies importadas e nativas); e (iii) *Guriri Importadora e Exportadora* (1976), com catálogo com mais de 100 espécies.

A análise dos dados desenvolvidos nos trabalhos de campo e dos dados levantados pela revisão bibliográfica acerca de outras experiências municipais de fitoterapia permitiu identificar a existência de três situações geográficas, cujos determinantes técnicos, sociais, culturais e políticos condicionam e são condicionados pela existência dos programas de fitoterapia no SUS na Região Concentrada.

As três situações geográficas identificadas nessa macrorregião foram: (i) *situação de área core* (São Paulo e Campinas); (ii) *situação de iconografia campesina* (municípios do oeste do estado do Paraná: Foz do Iguaçu, Toledo, Medianeira, Pato Bragado e Vera Cruz do Oeste); e (iii) *situação geográfica intermediária entre área core e iconografia popular* (Betim-MG).



Foto: Luis Ribeiro, Unidade Básica de Saúde na qual foi desenvolvido o Projeto Plantando Saúde na Bela Vista, São Paulo-SP (04/11/2013)

A *situação geográfica de área core* caracteriza-se pela presença intensa do macrossistema de saúde, em todos os seus componentes e subsistemas. Daí a contradição mais acirrada entre a saúde como direito e bem social e a saúde como bem econômico, apresentando maior presença de nexos e canais comunicantes entre o público e o privado, entre o SUS como projeto de cidadania e como lócus de acumulação e reprodução do capital.

A presença cerrada desses componentes torna mais difícil a integração e duração dos programas de fitoterapia: tanto com as práticas e saberes populares; quanto com o mercado de plantas medicinais e fitoterápicos, em virtude desse mercado constituir um setor de baixa acumulação e realização do capital quando comparado aos demais mercados de insumos para a saúde. Se por um lado a concentração de variáveis do período favorece a adoção da fitoterapia no SUS, por outro, a presença acirrada dos componentes do macrossistema dual em sua totalidade parece tornar difícil a duração, sobrevivência e integridade dos programas de fitoterapia no SUS.

O termo *área core* (conceito clássico da geopolítica) é inspirado, em parte, no projeto de integração do território brasileiro fundamentado na proposição de Golbery do Couto e Silva (2003), formulada na década de 1950 e conduzida pela Ditadura Militar a partir de 1964, de integração das cinco áreas ou regiões geopolíticas brasileiras (*arquipélagos, heartlands e hiléia amazônica*): (i) *Área core* central (*heartland*); (ii) *heartland* interior (Centro-Oeste); (iii) Península do Sul; (iv) Península do Nordeste; e (v) Ilha amazônica. O processo de integração do *arquipélago* brasileiro se daria a partir da *Área core* ou Núcleo Central (também concebido como Área de Reserva Geral ou Plataforma Central de Manobra), correspondendo a áreas dos estados da Região Sudeste, sobretudo pelo triângulo São Paulo – Rio de Janeiro – Belo Horizonte, que dotada de densidade populacional, industrial e de redes de circulação e comunicação promoveria a integração numa primeira fase das áreas peninsulares Sul e Nordeste, numa segunda fase da Península Centro-Oeste e, na terceira fase, a integração da Ilha Amazônica⁹⁸.

⁹⁸ Conforme Golbery do Couto e Silva (2003 [1955]): “Desde logo ressalta à simples inspeção, em torno do triângulo Rio-São Paulo-Belo Horizonte, um notável adensamento demográfico servido por trama rica de comunicações ferroviárias e rodoviárias. É o núcleo central do Brasil, seu verdadeiro coração, definido embora sem o rigorismo quilométrico de Mark Jefferson; onde se concentra a maior massa de população e de riquezas do país, onde a circulação é muitíssimo mais intensa, onde a população se acumula, onde estão sediadas as mais importantes indústrias de base, onde o dinamismo é mais poderoso e enérgico. Sobre a base

O termo é aqui utilizado para designar uma área mais densificada da atual Região Concentrada brasileira, que corresponde, grosso modo, a área ou mancha que é mais evidente no estado de São Paulo, que a particulariza no interior dessa macrorregião. O que ficará mais evidente no decorrer da análise das situações e no capítulo que fecha essa terceira parte do trabalho.

Como expressão dessa situação geográfica foram analisados os casos dos programas municipais de fitoterapia de Campinas-SP e de São Paulo-SP, o primeiro uma forma mais intermediária, mais branda, ao passo que o da capital paulista um caso mais ilustrativo dessa situação.

O programa de Campinas-SP, município com 1.144.862 habitantes, surgiu no começo dos anos 1990 a partir da iniciativa de uma médica do SUS que desenvolveu projetos de hortos medicinais em dois Centros de Saúde do município. A metodologia empregada no projeto foi a realização de reuniões e oficinas com a população usuária do serviço de saúde que informava quais eram as plantas utilizadas e com que finalidades terapêuticas. A partir de mudas e relatos trazidos pela população chegou-se a uma relação de aproximadamente 60 espécies vegetais usadas popularmente para fins medicinais.

Desse total levantado, apenas algumas foram selecionadas, enquanto as demais descartadas do projeto inicial após debates e extenso levantamento bibliográfico de estudos. Inicialmente foram incorporadas seis espécies ao programa após crivo científico fundamentado na identificação daquelas que apresentavam estudos (monografias e momentos terapêuticos) que garantiam sua eficácia, qualidade e segurança. Nesse processo foi de fundamental importância a atuação do Centro Pluridisciplinar de Pesquisas Químicas, Biológicas e Agrícolas da Universidade Estadual de Campinas (CPQBA/Unicamp).

Até 1993 o programa de Campinas foi gerido pela extinta Comissão de Fitoterapia da Secretaria Estadual de Saúde (SES-SP), desde então o programa tem sido dirigido e

de articulação Rio-São Paulo, materializada pelas comunicações rodoviárias e ferroviárias ao longo do providencial vale do Paraíba, esse núcleo se estrutura em amplo setor que, de um modo geral, é balizado de Santos, ou um pouco mais ao sul, ao vale do rio Doce, pelos vales do Paranapanema, do Paraná e do Paraíba, cruzando depois o São Francisco para despontar as cabeceiras do Jequitinhonha. Aí encontram-se quase todo São Paulo, a maior parte de Minas Gerais, o [antigo] Distrito Federal e o estado do Rio de Janeiro, mais a metade sul do Espírito Santo” (*idem*, pp. 35-36).

mantido exclusivamente pela prefeitura através da SMS-Campinas. Em duas ocasiões estabeleceu convênios com o Ministério da Saúde (MS): (i) um, em 2009, no valor total de R\$ 114.511,28, através da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz/MS), para modernização e ampliação das instalações da Farmácia Municipal de Manipulação Botica da Família; (ii) e outro aprovado, em 2014 (Edital SCTIE/MS Nº 1/2014), no valor de R\$ 249.646,58.

O programa municipal de fitoterapia de Campinas apresenta sua própria Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (Remume) composta por 13 espécies vegetais (8 em comum com a Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS, Rensis) e cerca de 30 fitoterápicos (3 em comum com a Renafito, Relação Nacional de Medicamentos Fitoterápicos) dispensados em 75 Unidades de Saúde em todos os 5 Distritos de Saúde do município. No passado o programa chegou a dispensar fitoterápicos através das farmácias de manipulação conveniadas com o município. Mas, desde 2004, o programa conta seu próprio Laboratório Municipal de Manipulação Botica da Família, além de hortos de plantas medicinais em algumas unidades de saúde que cumprem funções didáticas e pedagógicas.

Após mais de dez anos em funcionamento o Programa Municipal de Fitoterapia foi instituído através da Portaria Municipal nº 13, de 01 de novembro de 2001, e sua positivação legal após vinte anos de funcionamento com a Lei nº 13.888, de 19 de julho de 2010, que tornou lei no município o Programa Municipal de Fitoterapia na Rede Pública de Saúde no Município de Campinas. Mesmo amparado e fortalecido institucionalmente mediante os marcos legais, o programa campineiro não ficou imune a fortes rupturas e paralisações de suas atividades como tem enfrentado desde 2011.

Entre 2009 e 2011, a farmácia municipal Botica da Família, responsável pela manipulação dos medicamentos fitoterápicos do programa, passou por reformas visando ampliação e modernização de suas estruturas e adequação a normas e regulações sanitárias e produtivas. Após retornar para o Pólo de Alta Tecnologia de Campinas – CIATEC e retomar suas atividades a partir de 2011, a Botica da Família passou por sérias dificuldades para aquisição de insumos e matérias primas para a produção⁹⁹, além de ter permanecido

⁹⁹ O programa de Campinas não conseguiu realizar compras e aquisições tanto dos insumos vegetais (extratos e drogas vegetais) quanto de embalagens e vidrarias para manipulação dos fitoterápicos em função das empresas fornecedoras não atenderem e nem lançarem cotações nas licitações realizadas pelo município. De acordo com a fonte entrevistada em 2012, tal situação era tributária da falta de credibilidade da Prefeitura

sem funcionar por dois anos nesse período, por determinação da Anvisa, para adequação a normas sanitárias. A partir de maio de 2014, a Farmácia Municipal de Manipulação Botica da Família voltou a operar normalmente e o programa municipal de fitoterapia retomou a totalidade de suas ações, já que nesse período manteve algumas atividades do programa, como a realização anual do evento Semana de Fitoterapia de Campinas e do curso de capacitação em fitoterapia para os profissionais prescritores da rede (médicos, enfermeiros e dentistas).

Desde sua gênese o programa mantém fortes laços com atores estatais e não estatais, cujos vínculos com a população e organizações da sociedade têm sido fundamentais à existência e resistência do programa. Dentre os quais, destacam-se: Ciranda das Ervas (encontro bimensal de usuários, trabalhadores e profissionais de saúde no Centro de Referência de Reabilitação Jorge Rafful Kanawaty da SMS-CPS); associação Saberes à Luz do Sol¹⁰⁰; Ciatec (Companhia de Desenvolvimento do Pólo de Alta Tecnologia de Campinas, empresa municipal de economia mista); Associação de Agricultura Natural de Campinas e Região (ONG); Sociedade Brasileira de Plantas Mediciniais (SBPM); Federação Brasileira de Plantas Mediciniais (Febraplame); Associação Brasileira de Fitoterapia (ABFIT); Associação Médica Brasileira de Fitomedicina (Sobrafito).

Dentre os atores estatais vinculados ao programa de Campinas, além da SMS-Campinas que o coordena, destacam-se também: Coordenadoria da Área de Práticas Integrativas e Complementares da SMS-CPS; Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde (CETS) da SMS-CPS; Legislativo Municipal; Centro Pluridisciplinar de Pesquisas Químicas, Biológicas e Agrícolas da Universidade Estadual de Campinas (CPQBA / Unicamp); Coordenadoria de Assistência Técnica Integral da Secretaria de Agricultura e Abastecimento do Estado de São Paulo (CATI/SAA-SP); Instituto Agrônômico de

Municipal de Campinas enquanto fiel pagadora e, sobretudo, devido à paralisação de grande parte das compras e licitações da prefeitura, ambos os fatores tributários da crise política decorrente das denúncias de corrupção envolvendo o poder executivo municipal que levou a cassação pela Câmara Municipal, em agosto de 2011, do mandato do prefeito à época (Dr. Hélio de Oliveira Santos, do Partido Democrático Trabalhista, PDT).

¹⁰⁰ Grupo formado por pessoas vinculadas a diversas insituições com o objetivo de divulgar o uso em saúde e formas de cultivo das plantas mediciniais. Esse grupo surgiu com a Comissão Interinstitucional de organização da primeira Semana de Fitoterapia de Campinas em 2001. Atualmente fazem parte do grupo: a Secretaria Municipal de Saúde; a Coordenadoria de Assistência Técnica Integral (Cati); a Associação de agricultura natural de Campinas e região (ANC); o Centro de Pesquisas Químicas, Biológicas e Agrícolas (CPQBA) da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp); o Serviço de Saúde Mental Cândido Ferreira; a Embrapa Meio Ambiente (Jaguariúna, SP); e o Instituto Agrônômico de Campinas (IAC).

Campinas (IAC/SAA-SP); Embrapa Meio Ambiente (Jaguariúna, SP); Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (SCTIE/MS); e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

Destaca-se que no âmbito do programa de Campinas são realizados cursos de capacitação para prescritores do sistema de saúde (médicos, enfermeiros e dentistas) e sensibilização dos demais profissionais, trabalhadores de saúde e população em geral, como a Semana de Fitoterapia de Campinas (instituída pela Lei Municipal 11.385, de 15 de outubro de 2002, e realizada anualmente desde 2003).

A realização de cursos, eventos e campanhas é importante na manutenção, fortalecimento e expansão dos círculos de cooperação e comunicação estabelecidos pelos programas de fitoterapia junto a atores diversos do Estado e da sociedade. Embora nos últimos anos o componente produtivo (Farmácia Botica da Família) tenha sido comprometido e paralisado, o programa municipal continuou com a realização das edições anuais da Semana de Fitoterapia de Campinas e do curso de capacitação em fitoterapia para prescritores (profissionais de saúde) do SUS municipal. Mantendo, assim, o componente educacional e a dimensão político-pedagógica do programa de fitoterapia no SUS.

O programa de Campinas é muito dependente do mercado para a compra dos insumos vegetais produtivos (drogas vegetais, tinturas, extratos vegetais) para manipulação, de grandes atacadistas distribuidores sediados nos estados de São Paulo e Goiás (mais precisamente em Anápolis-GO), como as empresas fornecedoras: Opção Fênix Distribuição de Insumos Ltda.; Idealfarma Indústria e Comércio de Produtos Farmacêuticos; Deg/Fagron Farmacêutica Ltda.; Bio Tae Ind. Com. Insumos Cosm. Aliment.; Galena Química e Farmacêutica Ltda; Flores & Ervas Produtos Naturais Ltda ME; Genix; Medicam Medicamentos Campinas Ltda.; e Mapric Produtos Farmacoscêmicos Ltda.

Os principais constrangimentos, obstáculos e fatores limitantes apontados pelas fontes entrevistadas para a existência e o fortalecimento do programa de fitoterapia municipal, foram: rupturas por descontinuidades na gestão municipal; aquisição de matéria prima no mercado (poucos fornecedores qualificados que atendam às normatizações na íntegra; e má qualidade dos insumos adquiridos); demora na compra de todos os tipos de insumos, materiais e equipamentos devido à natureza da compra pública (licitações nas modalidades pregão e A-1000, da Lei 8666/1993); falta de controle sobre matéria-prima e

insumos produtivos; e ausência de hortos próprios e de cooperativas agrícolas qualificadas e mais organizadas na região do município.

As perspectivas do programa de fitoterapia de Campinas são basicamente duas: (i) a prioridade mais imediata de voltar a funcionar e produzir fitoterápicos após anos de dificuldades, primeiro com obras e reformas, depois por conta da paralisação geral das compras devida à crise política na prefeitura; e (ii) conseguir produzir a massa verde em escala a partir de hortos próprios, ao menos de algumas espécies, como a Oficina Agrícola do Serviço de Saúde Mental Cândido Ferreira. A estratégia que o programa vem tentando implantar há anos é o desenvolvimento da primeira etapa do processo (cultivo) junto com cooperativas de produtores agrícolas ou desenvolvendo horto municipal próprio, objetivando, assim, tornar-se Farmácia Viva, mas não tem obtido resultados satisfatórios nesse sentido.

Além de Campinas, outro programa característico, e mais emblemático, da situação geográfica de área *core* é o Programa Municipal de Fitoterapia de São Paulo-SP, surgido em 2010, com a promulgação do Decreto nº 51.435, de 26 de abril de 2010, que regulamentou a Lei nº 14.903, de 6 de fevereiro de 2009, que havia instituído o Programa de Produção de Fitoterápicos e Plantas Medicinais no Município de São Paulo. O programa da capital paulista foi incentivado pela promulgação da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos de 2006, quando um grupo de vereadores da Câmara Municipal em articulação com técnicos e profissionais da Secretaria Municipal do Verde e do Meio Ambiente (SMVMA) e da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) esboçou um projeto de lei para o programa municipal de fitoterapia¹⁰¹ que iniciado em 2008 se tornou a Lei de 2009.

Destaca-se que muitas vezes há um acentuado descompasso entre o funcionamento de fato dos programas de fitoterapia e o conteúdo do arcabouço legal que objetiva ampará-los e fortalecê-los.

Segundo as entrevistas realizadas na SMS-SP, a questão mais difícil para o projeto do programa municipal foi o ponto acerca da primeira etapa da produção: “onde e como

¹⁰¹ Na SMS já existia um destacado grupo de profissionais da saúde especialistas em Práticas Integrativas e Complementares de Saúde (PICS) e com experiência em fitoterapia, como projetos de hortas medicinais comunitárias desenvolvidos em áreas do município e em unidades de saúde da rede municipal, como é o caso da UBS São Mateus (Centro de Práticas Naturais de São Mateus) que inclusive teve laboratório de manipulação. Também na SMVMA existem profissionais (biólogos e agrônomos) com experiência na área, sobretudo aqueles vinculados ao Curso de Plantas Medicinais da Prefeitura de São Paulo.

cultivar plantas medicinais no município de São Paulo?”. Por parte da SMS era muito difícil resolver esse problema, e a solução foi designada à SMVMA. Outro problema levantado se referia à localização e mapeamento dos solos disponíveis para implantação de hortos medicinais, considerando que nas áreas vagas os solos estão muito contaminados e impróprios para esse cultivo.

De acordo com as entrevistas, pouco a pouco a equipe responsável pelo projeto chegou ao consenso de que tanto a questão do horto para cultivo como do laboratório para manipulação estavam emperrando o início do programa, por se tratarem de discussões de longo prazo e, por isso, mais demoradas. Inclusive, desde o início o gestor municipal da SMS-SP vetou e se opôs à parte de produção laboratorial associada ao projeto alegando falta de recursos. A estratégia adotada foi partir para alternativas mais factíveis em curto prazo, como a compra por licitação junto ao mercado de fitoterápicos industrializados, para que não perdessem a oportunidade de institucionalização do programa. Enquanto paralelamente seguiriam trabalhando na estruturação e implantação do programa nos moldes da Farmácia Viva. Daí o descompasso entre o que a lei prevê (basicamente a implantação da Farmácia Viva) e a maneira pela qual de fato o programa foi sendo operacionalizado (modelo de fitoterápico industrializado extremamente dependente de atores mercantis).

A equipe do programa preferiu elaborar a própria relação municipal de fitoterápicos, a partir da seguinte metodologia: (i) levantamento do perfil epidemiológico visando a substituição do uso de medicamentos alopáticos na Atenção Básica que apresentassem efeitos colaterais e nocivos, assim como aqueles de usos abusivos (como calmantes); e (ii) demanda dos médicos da rede municipal que gostariam de prescrever fitoterápicos. Mais de 20 fitoterápicos foram elencados, eliminando-se aqueles que não apresentassem estudos de eficácia e segurança, além daqueles que apresentariam maiores dificuldades para serem adquiridos no mercado por conta das empresas fornecedoras. Esse estudo de mercado contou com a colaboração de um renomado pesquisador universitário (farmacêutico) especialista em plantas medicinais e fitoterápicos que também apresenta muita experiência na área produtiva e regulatória dessa classe de produtos por ter trabalhado no setor industrial. Chegou-se, assim, a uma relação de quatro medicamentos fitoterápicos, três dos quais em comum com a relação nacional (Renafito).

Contudo, a compra de fato dos fitoterápicos mostrou-se um processo muito complicado e complexo, mais do que a equipe havia imaginado e planejado. Primeiro não há uma padronização nos quesitos de *quantidade* e *concentração* dos marcadores: as características definidas nos editais da prefeitura diferem daquelas das empresas fornecedoras que também diferem entre si. Segundo fonte entrevistada, o mercado de fitoterápicos é constituído por fornecedores inadequados e não muito qualificados, com bulas impróprias para os produtos ofertados, marcadores com concentração divergente da farmacopeia e dos mementos farmacêuticos, além da situação jurídica geralmente não regularizada (o que eliminou cerca de 80% das empresas concorrentes no certame). São licitações muito mais difíceis de serem feitas do que aquelas para medicamentos químicos sintéticos, situação que a equipe coordenadora e responsável pelo programa desconhecia e não previa¹⁰². A SMS de São Paulo tenta comprar os quatro fitoterápicos da relação municipal desde o ano de 2012, mas apenas no segundo semestre de 2013 conseguiu comprar dois fitoterápicos, os outros dois continuam *travados* e à espera para serem adquiridos.

O Programa Municipal de Fitoterapia de São Paulo-SP está fundamentado em três estratégias: (i) disponibilização dos quatro fitoterápicos da Remume nas farmácias da rede ambulatorial municipal, mais a capacitação dos médicos da rede municipal para a prescrição dos mesmos; (ii) guia com memento farmacêutico desses quatro fitoterápicos os direcionando para usos selecionados e específicos; e (iii) sistema informatizado na prescrição, o que permitirá ao médico fazer relatórios com acompanhamentos de resultados dos fitoterápicos na terapêutica.

Trata-se de um programa desenhado e implementado somente por especialistas da SMS de São Paulo-SP: da área de coordenação da assistência farmacêutica da secretaria (com colaboração de professor pesquisador) e com consultas junto aos grupos de PICS e aos médicos da rede municipal de saúde.

¹⁰² A fonte entrevistada assinalou que existem muitas dificuldades no próprio marco regulatório das licitações e, também, nuances segundo o tipo e modalidade da licitação. Por exemplo, o *pregão eletrônico* é mais complicado se comparado ao tipo *presencial*, o qual facilitaria a compra de fitoterápicos, mas, por outro lado, o presencial requer autorização específica do gestor da secretaria, o que demanda esforços e energia que muitas vezes a equipe não tem condições de arcar constantemente, haja vista outras demais atribuições e atividades esperadas dos profissionais que não exclusivamente a do programa de fitoterapia.

No caso da capital paulista, destaca-se ainda o Curso de Plantas Medicinais e Fitoterapia da Prefeitura Municipal de São Paulo (PMSP) conduzido pela Divisão Técnica da Escola Municipal de Jardinagem da Secretaria Municipal do Verde e do Meio Ambiente (SMVMA) em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), que, desde o início de 2009, tem sido oferecido regularmente todos os semestres com duas turmas por ano. O projeto pedagógico do curso foi montado por uma profissional farmacêutica (funcionária pública municipal e atual coordenadora do curso), em 2007, na Escola de Jardinagem da prefeitura a partir da articulação com o Viveiro Manequinho Lopes, herbários e agrônomos do extinto Projeto Hortas da Secretaria Municipal de Agricultura.

Os principais estímulos para a implantação do curso foram: (i) a alta e constante demanda dos alunos das edições do Curso da Escola de Jardinagem da SMVMA-SP por conteúdos que tratassem sobre plantas medicinais; (ii) a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos lançada em 2006, acentuando a importância e legitimidade do projeto do curso; e (iii) curso piloto realizado em 2006 em UBS da região do bairro Pirituba em parceria com médico da rede municipal, agentes comunitários de saúde e demais profissionais de saúde, usuários do SUS e corpo técnico da Escola de Jardinagem.

Durante os três meses de duração do curso piloto foram capacitados 35 profissionais de saúde. Na 10ª edição do curso, no segundo semestre de 2013, houve participação de 140 alunos, mais da metade sendo profissionais da saúde, principalmente médicos. O público alvo do curso sempre foi os profissionais da Atenção Básica de Saúde, inclusive, no final de 2009, a Coordenação da Atenção Básica da SMS de São Paulo enviou ofício para a Escola de Jardinagem solicitando 90% das vagas do curso para poder capacitar profissionais do SUS¹⁰³.

A partir das edições do Curso de Plantas Medicinais e Fitoterapia da Prefeitura de São Paulo surgem articulações e iniciativas para projetos de fitoterapia, cujas experiências têm sido importantes tanto na implantação do programa municipal de fitoterapia da SMS-SP, como em diversas outras ações e projetos desenvolvidos em distintos lugares do

¹⁰³ De acordo com a Coordenadora entrevistada, o curso é focado na saúde, sendo que ela monitora e participa de diversos eventos ligados à área de fitoterapia para conhecer e selecionar corpo docente formado por reconhecidos profissionais para ministrarem as aulas no curso, os quais são convidados por ela e ministram de forma voluntária as aulas.

município, seja na criação de hortas medicinais nos serviços e unidades do SUS¹⁰⁴ ou em áreas públicas de parques e vilas, até o desenvolvimento de projeto de hortas medicinais verticais (penduradas em vasos e jardineiras) em ocupação de prédio do centro da cidade de São Paulo através de articulação entre movimento social por moradia e funcionários públicos municipais (assistentes sociais e biólogo). O médico parceiro na edição piloto do curso, de 2006, por exemplo, tinha conhecimento e prática com plantas medicinais por ter trabalhado no programa de fitoterapia do Rio de Janeiro. Ele ajudou no levantamento e identificação de uma relação de 15 plantas medicinais usadas pela população da área atendida pela UBS de Pirituba.



Foto: Luis Ribeiro, Unidade de Produção de Extratos, Pato Bragado-PR (28/10/2011)

Também identificamos na Região Concentrada uma *situação geográfica de iconografia campesina*, com as seguintes características: (i) o uso de plantas medicinais como arraigada tradição familiar e comunitária, identificado como importante componente da identidade cultural ligada à questão da terra; (ii) dada a intensa migração de origem europeia no povoamento da região, boa parte das plantas medicinais utilizadas constituem-

¹⁰⁴ Como foi o caso do projeto *Plantando Saúde na Bela Vista* na Unidade Básica de Saúde (UBS) Nossa Senhora do Brasil – Armando D’Arienzo (SMS), que durou de 2009 a 2011, desenvolvido e coordenado por um assistente social e uma nutricionista com o apoio de uma médica homeopata da unidade.

se de espécies já globalizadas há mais tempo e, por isso, com maior volume de estudos e pesquisas, o que faz com que atendam aos critérios de ciência, informação e norma, facilitando sua adoção nos programas de fitoterapia; e (iii) a presença de movimentos sociais campesinos¹⁰⁵, sindicatos e associações de trabalhadores da agricultura, cooperativas agrícolas e pastorais da igreja, que desempenham importante papel na primeira etapa produtiva dos programas que é a do cultivo de plantas medicinais, além de fortalecerem os vínculos populares dos programas com as práticas e saberes locais.



Foto: Luis Ribeiro, propriedade da agricultura familiar produtora de plantas medicinais vinculada à Cooperativa Gran Lago, Vera Cruz do Oeste-PR (26/10/2011)

¹⁰⁵ O Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), por exemplo, foi fundado em 1984 em Cascavel- PR por movimentos sociais campesinos e sindicatos de trabalhadores rurais em articulação com a Comissão Pastoral da Terra criada em 1975 para apoiar as lutas e movimentos de camponeses (Fabrini, 2007).

Essa situação foi identificada no estudo dos programas de fitoterapia de municípios do oeste do estado do Paraná, uma região que tem se destacado pelo registro crescente de programas de fitoterapia no SUS. Destacando que esse estado é o maior produtor nacional de plantas medicinais, aromáticas e condimentares¹⁰⁶, representando cerca de 90% da produção brasileira por cultivo, sendo que se registra produção de plantas medicinais em 25% dos municípios paranaenses, por volta de 95 municípios. Outro dado fundamental que atesta a importância cultural e econômica das plantas medicinais nessa região é o fato de que, segundo Corrêa Jr. e Scheffer (2004), dos 956 produtores de plantas medicinais existentes no Paraná, cerca de 80% (774) produzem comercialmente, ao passo que os demais 20% (182) são produções realizadas por prefeituras, pastorais da igreja e vilas rurais. Também está localizada em Curitiba-PR a sede da Abifisa (Associação Brasileira das Empresas do Setor Fitoterápico, Suplemento Alimentar e de Promoção da Saúde), principal associação empresarial do ramo de plantas medicinais e fitoterápicos no país¹⁰⁷.

Nessa situação geográfica verificada na porção mais sul da Região Concentrada, encontram-se as experiências de programas de fitoterapia no SUS visitados durante trabalho de campo nos municípios do oeste do estado do Paraná (Foz do Iguaçu, Toledo, Medianeira, Pato Bragado e Vera Cruz do Oeste). Que são desdobramentos do Programa de Itaipu (2003), importantíssimo na dinamização da fitoterapia no SUS nessa região.

O Projeto Plantas Medicinais do Programa Cultivando Água Boa da Itaipu Binacional começou em 2003, a partir de pesquisas e catalogação das espécies vegetais utilizadas pela população da região da Bacia do Paraná 3 (BP3) com um total de aproximadamente 1 milhão de habitantes e 29 municípios, dos quais 19 recebem royalties

¹⁰⁶ Dentre as espécies nativas e, principalmente, exóticas adaptadas de plantas medicinais, aromáticas e condimentares produzidas na região, destacam-se como cultivos em escala comerciais: erva-mate; gengibre; urucum; capim limão; hortelã; chá da Índia; erva cidreira; camomila; folhas de eucalipto; citronela; ginseng; stevia; folha de maracujá; carqueja; chapéu-de-couro; espinheira santa; ginseng brasileiro; marcela-do-campo; e guaco.

¹⁰⁷ Destaca-se que o volume de plantas medicinais produzido pela forma de *cultivo* é extremamente baixo no conjunto da produção total. Segundo relatório da FAO (2005), cerca de 90% do total de plantas medicinais produzido no mundo o é realizado a partir do *extrativismo* e *coleta selvagem* (*wild harvesting*). Conforme estimativas da UNIDO (2002) esse percentual da participação do extrativismo na produção total de plantas medicinais varia segundo os países e continentes, numa média mundial que gira em torno de 80%, sendo: Índia (90%); África e Ásia (80%); China (60%); Europa (média de 90%, destacando-se Albânia e Turquia); Hungria (40%); Alemanha (60%); Bulgária (75%); assim como na América Latina e no Brasil a maior parte das plantas medicinais usadas ou comercializadas são coletadas. De acordo com Lourenzani *et al* (2004), cerca de 80% do total de plantas medicinais produzidas no Brasil é realizada por extrativismo.

por serem municípios lindeiros do Lago de Itaipu. Este levantamento foi realizado a partir de ampla articulação com diversos atores e agentes da região que já tinham experiência com o tema: pastorais da saúde, associações comunitárias, raizeiros, benzedeiros, centro popular de saúde, movimentos sociais, ONGs, escolas, agricultura familiar, universidade, centros de pesquisa, órgãos de governo e profissionais e gestores de secretarias municipais de saúde.

O diagnóstico regional (cedido à pesquisa pela equipe do projeto de Itaipu) foi realizado no período 2004-2005, a partir de entrevistas com 2.500 pessoas, sendo que junto ao levantamento das práticas populares com plantas medicinais (espécies utilizadas, motivações, como se usa e para qual finalidade) também foi traçado o perfil epidemiológico da região. Segundo o levantamento, 82% da população da BP3 utiliza plantas medicinais, sendo que desse total: 66% o faz por tradição familiar; 15% por indicação de vizinhos; 8% trabalhos de pastorais e igreja; 3% cursos; 3% indicação médica ou odontológica; 3% se informou em palestras; e 2% em livros. As principais motivações para o uso de plantas medicinais apontadas pela amostragem foram: 48% por ser natural; 25% por ser melhor do que outros remédios; 10% por não fazer mal; 9% por ser mais barato; e 8% por não ter efeito colateral. As espécies de plantas mais utilizadas foram, em ordem decrescente: boldo; hortelã; camomila; erva cidreira; guaco; macela; tansagem; poejo; erva doce; e quebra pedra.

O diagnóstico regional identificou 218 plantas medicinais (aproximadamente 45% nativas e 55% exóticas adaptadas) de usos tradicionais e populares, a partir do qual se iniciou a seleção das espécies passíveis de padronização e certificação para inserção no Programa Saúde da Família (PSF) dos municípios da região. O diagnóstico realizado pela Itaipu Binacional amparou o planejamento de ações estratégicas como a realização dos cursos básicos de orientação e educação em saúde com uso de plantas medicinais para a população como um todo, de capacitação em fitoterapia para profissionais de saúde e de práticas de cultivo para produtores da agricultura familiar, além de seminários regionais sobre plantas medicinais e fitoterápicos.

Em função da força organizacional, do alto nível tecnológico e de capital da empresa binacional, o programa de Itaipu, sediado no Refúgio Biológico Bela Vista (complexo da Itaipu Binacional em Foz do Iguaçu-PR), é muito bem estruturado e

organizado, contando com: ervanário, estufa de germinação, viveiro de mudas, horto matriz e de produção, equipamentos e edificações projetadas para produção, secagem e beneficiamento de plantas medicinais, além de laboratório para embalagem e controle de qualidade. No horto medicinal de Itaipu são cultivadas 144 espécies, mas nem todas têm certificação e protocolos para uso na saúde. Destaca-se que 25 plantas são fornecidas ao SUS municipal, sendo 5 nativas e 20 exóticas adaptadas, ao passo que aproximadamente 70 espécies são fornecidas para pastorais e outras associações comunitárias. Itaipu fornece um Kit com 23 drogas vegetais para os problemas de saúde mais comuns da atenção primária para o município de Foz do Iguaçu, com dispensação em unidades de saúde do SUS: 18 postos de saúde do PSF, três hospitais e uma clínica de recuperação.

O programa de Foz do Iguaçu-PR – instituído pela Lei 2.865, de 17 de dezembro de 2003, inclusão do Programa Fitoterápico nas Unidades Básicas de Saúde do Município de Foz do Iguaçu – depende inteiramente do programa de Itaipu.

O viveiro do programa de Itaipu tem capacidade para produção de 6.000 mudas/mês em média, que são doadas para diversas instituições – escolas, assentamentos do MST, prefeituras e agricultores familiares – para implantação de hortas medicinais. Desde o início do programa já foram criadas 130 hortas medicinais, principalmente de cunho educacional, em áreas públicas, igrejas, sedes de pastorais, assentamentos rurais, comunidades indígenas e, principalmente, escolas, nos 29 municípios da BP3.

Dentre as parcerias do Projeto Plantas medicinais destacam-se: Associação Centro Integrado de Educação, Natureza e Saúde (ACIENS); Centro Popular de Saúde Yanten; Universidade Federal do Paraná (UFPR- Palotina); Universidade Paranaense (UNIPAR – Toledo); Ministério do Desenvolvimento Agrário (MDA); Fundo Internacional de Desenvolvimento Agrícola (FIDA); Ministério da Saúde; e Prefeituras de 30 municípios da região (29 da BP3 e mais Mundo Novo no estado do Mato Grosso do Sul).

O projeto de Itaipu apoiou a formação de duas organizações: a Cooperativa Gran Lago de pequenos produtores da agricultura familiar; e a Sustentec (Produtores Associados para Desenvolvimento de Tecnologias Sustentáveis), uma OSCIP (Organização da Sociedade Civil de Interesse Público) fundada em 2003. O projeto também foi responsável pela instalação em propriedades da agricultura familiar em municípios da região de 5 secadoras de plantas medicinais e 5 estufas de germinação, além da Unidade de Produção

de Extratos de Fitoterápicos, sediada em Pato Bragado e gerenciada pela Sustentec. Essa unidade integra um amplo programa de estruturação da cadeia produtiva de plantas medicinais e abriga o processamento do material cultivado por agricultores familiares da região, destacando-se as famílias de agricultores da Cooperativa Gran Lago. A assistência técnica e extensão rural são feitas com o apoio da Itaipu Binacional e de parceiros do Programa Cultivando Água Boa, desde o plantio até a comercialização dos produtos.

Futuramente, o programa de Itaipu pretende: finalizar a estruturação da Cooperativa Gran Lago de pequenos agricultores, para a produção e fornecimento de plantas medicinais secas para o mercado e para o SUS; e através do Parque Tecnológico de Itaipu (centro de pesquisa e incubadora de pequenas empresas intensivas em tecnologia) em parceria com o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) – através de financiamento a fundo perdido – estruturar toda a cadeia produtiva de destilarias de óleos essenciais e de produção de plantas medicinais pela agricultura familiar na região.

A principal estratégia declarada do programa de Itaipu é desenvolver cadeias produtivas completas na região, formadas por médias e pequenas empresas, cooperativas, agricultura familiar e secretarias municipais de saúde. Segundo entrevista com a coordenação do projeto, não é objetivo do programa fornecer plantas medicinais indefinidamente ao SUS de Foz do Iguaçu, pois a empresa objetiva estruturar cadeias produtivas que passem a atender os serviços de saúde de vários municípios da BP3.

No âmbito do programa de Itaipu, destacam-se outros três programas municipais de fitoterapia que, embora fazendo parte da estratégia de futuramente constituírem a cadeia produtiva, contudo, também apresentam atividades paralelas próprias de fitoterapia no SUS: Vera Cruz do Oeste, Pato Bragado e Toledo.

O programa municipal de fitoterapia de Vera Cruz do Oeste-PR (9.081 habitantes) data de 2006 e foi em grande medida fomentado pelo programa de Itaipu, inclusive conta com apoio da empresa na realização de cursos de capacitação dos profissionais de saúde, na seleção do elenco das plantas medicinais usadas e no desenvolvimento de protocolos de utilização de fitoterápicos na rede pública de saúde. Os produtores da Cooperativa Gran Lago, dos quais o programa adquire 15 plantas medicinais na forma de drogas vegetais (plantas secas para chás), recebem forte apoio do projeto de Itaipu e seus parceiros, principalmente para equipar as propriedades (pequeno barracão para reuniões, estocagem e

armazenamento; secadoras; estufas de germinação; e seladoras de embalagens plásticas rotuladas). Os produtores dessa cooperativa cultivam por volta de 34 espécies de plantas medicinais e fornecem para pontos comerciais varejistas na região, além da SMS de Vera Cruz do Oeste. O programa municipal também compra no mercado nacional 3 fitoterápicos industrializados, todos constantes na Renafito. Das plantas medicinais utilizadas, nove fazem parte da Rénisus e seis são de relação municipal própria. Os fitoterápicos e plantas medicinais são prescritos por profissionais do SUS municipal e dispensados na Farmácia Básica Central de Vera Cruz do Oeste.

O programa municipal de Pato Bragado-PR (5.170 habitantes), instituído em 2012, também é resultado direto do projeto de Itaipu do qual recebe muito apoio para: capacitação de profissionais da saúde em fitoterapia; fornecimento de mudas das três espécies de plantas medicinais que são cultivadas por quatro produtores da agricultura familiar da região; além da implantação de estrutura para produção e beneficiamento (secagem). Um laboratório de manipulação da Sustentec localizado em Toledo-PR retira extratos vegetais das plantas cultivadas pelos agricultores para a produção de três fitoterápicos (dois em comum com Renafito) que são dispensados nos postos de saúde do município. Importante componente na estratégia de implantação da cadeia produtiva na região, Pato Bragado também abriga a Unidade de Produção de Extratos Vegetais e Fitoterápicos gerenciada pela Sustentec¹⁰⁸.

Já o programa de Toledo-PR, município com 128.448 habitantes, conta com Laboratório Público Municipal, Laboratório da Farmácia Escola e horto municipal. Embora iniciado em 2008, sua gênese remonta ao início dos anos 2000 com trabalho desenvolvido por uma enfermeira, já aposentada, com plantas medicinais na saúde pública do município.

¹⁰⁸ Entregue no final de 2010, contou com investimentos vultosos, considerando o contexto da fitoterapia no SUS: a área e estrutura predial avaliadas em R\$ 300 mil foram doadas pela prefeitura de Pato Bragado (projeto de matadouro municipal que não vingou); a Itaipu Binacional investiu outros R\$ 800 mil; a Sustentec entrou com R\$ 110 mil; e o Ministério da Ciência e Tecnologia arcou com outros R\$ 103 mil. Os equipamentos de produção foram comprados pela Itaipu e Ministério do Desenvolvimento Agrário (MDA), já os equipamentos laboratoriais (desenvolvimento e análises biológicas) foram conseguidos junto ao CNPq/MCT. A Unidade pretende atender serviços do SUS, mas por enquanto o mercado atendido tem sido direcionado para indústrias alimentícia e farmacêutica (produtoras de fitoterápicos) localizadas nos estados do Paraná (com destaque para a Herbarium de Curitiba-PR), São Paulo e em menor escala Santa Catarina. Os principais extratos que serão produzidos pela Unidade em sua primeira fase serão: guaco (líquido); espinheira santa (seco); calêndula (óleo essencial); girassol (óleo essencial); erva mate (seco); unha-de-gato (seco e líquido); e ipeca (seco e líquido). Quanto à aquisição da massa vegetal, espera-se que cooperativas agrícolas, pequenos produtores e extrativistas da região sejam os principais fornecedores.

O programa realizou campanha de sensibilização, em 2010, e tem realizado cursos de capacitação em fitoterapia para profissionais (médicos, enfermeiros, farmacêuticos, odontologistas, psicólogos, nutricionista e assistentes sociais) de Unidades Básicas e equipes do Programa Saúde da Família do SUS dos municípios de Toledo, Pato Bragado e Foz do Iguaçu.

Os critérios que estão sendo utilizados para definir a seleção dos fitoterápicos do programa são fundamentalmente dois, segundo fonte entrevistada: (i) perfil epidemiológico da população a partir de levantamento empírico nas unidades e serviços de saúde: patologias mais frequentes e para as quais não existem muitos medicamentos; e (ii) disponibilidade dos insumos no mercado. O elenco dos sete fitoterápicos dispensados no município são: três fitoterápicos (xarope de guaco, isoflavonas de soja e espinheira santa) adquiridos através de compras centralizadas pelo Centro de Medicamentos Básicos do Paraná (CEMEpar) e repassados aos municípios consorciados (segundo cota de cada um em função do número populacional); ao passo que outros três são manipulados pelas farmácias municipais (ginkgo biloba, alcachofra e passiflora em cápsulas); e o extrato de calêndula, também manipulado pelos dois laboratórios municipais, é a única espécie cultivada e produzida no horto municipal. A referência adotada pelo programa tem sido a relação nacional de 71 plantas medicinais da Rennisus.

As empresas fornecedoras para ambos os insumos adquiridos via processos licitatórios estão sediadas principalmente no estado de São Paulo como, por exemplo, a empresa Deg/Fragon (importadora e distribuidora de insumos farmacêuticos e cosméticos, resultado da aquisição da Deg, empresa brasileira, pela multinacional Fragon, de origem holandesa) que tinha acabado de vencer uma licitação quando do trabalho de campo realizado no município, em outubro de 2011.

No oeste do estado do Paraná também se destaca a ação e articulação de Pastorais da Igreja Católica, Comunidades Eclesiais de Base, Movimentos Sociais, Clubes de Mães e Movimento Popular de Mulheres do Paraná (MPMP), os quais têm atuado de forma articulada na região com trabalhos a partir de conhecimentos e práticas populares de plantas medicinais. A principal bandeira do MPMP foi a participação cidadã e política das mulheres, sobretudo, na temática da saúde no contexto de movimentos de redemocratização do país nos anos 1980. A partir do MPMP surgiram nos anos 1990 duas ONGs de relevante

atuação que buscam articular saber popular e saber científico: a Associação Centro Integrado Educação Natureza e Saúde (ACIENS, Foz do Iguaçu-PR); e o Centro Popular de Saúde Yanten, fundado em Medianeira-PR, no ano de 1991, após a realização no município do 1º Encontro Regional de Fitoterapia.

Na criação do Yanten foi fundamental a participação, no final nos anos 1980, do Padre Arturo Paoli e do apoio de dois italianos (um farmacêutico e um botânico). Num segundo momento, final de 1991, mediante a celebração do Projeto da Associação de Cooperação Técnica da Bélgica foi possível ampliar as estruturas da sede e montar o Laboratório Yanten que contou ainda com treinamento e capacitação técnica para cultivo de plantas medicinais pela agricultura familiar da região. Foi nessa fase que o centro contratou seu primeiro farmacêutico para legitimar cientificamente o projeto do grupo de mulheres.

As fontes de recursos e financiamento das atividades do Centro Yanten eram principalmente duas, no ano de 2011: (i) 6.000 euros anuais repassados pela organização italiana Rete Radie Resch para a manutenção básica do centro; e (ii) as vendas de fitoterápicos do Laboratório de Manipulação do Yanten. O Laboratório manipulava e industrializava fitoterápicos principalmente a partir das plantas colhidas nas hortas das mulheres que se organizavam nas comunidades. Chegou-se a nove pequenos agricultores da região como fornecedores das plantas medicinais. Em 2011 eram apenas sete os produtores da agricultura familiar da região certificados para o fornecimento (destacando-se a cooperativa Cercopa de Guarapuava-PR), além de uma chácara que cultiva e fornece aproximadamente 20 plantas medicinais. Esta chácara era o antigo horto do município que chegou a ter programa de fitoterapia, mas que nos últimos anos foi sendo desativado aos poucos pela administração municipal, quando da realização do trabalho de campo, em outubro de 2011. O Laboratório elaborou uma classificação de dois tipos de fornecedores de plantas medicinais: (i) Classe 1 – agricultura familiar; e (ii) Classe 2 – grandes atacadistas de drogas vegetais (plantas medicinais secas), principalmente daqueles instalados no estado de São Paulo (Ely Martins, Opção Fênix, Santos Flora, dentre outros em menor escala).

Os principais mercados do Yanten são: farmácias locais em Medianeira e farmácias de municípios vizinhos (Matelândia, Missal, Serranópolis do Iguaçu, Foz do Iguaçu e Santa Terezinha de Iguaçu), além de Pastorais da Saúde e da Criança mantidas pela Igreja ou por

prefeituras. Destaca-se ainda municípios de outras regiões do Paraná e de outros estados nos quais são distribuídos os produtos do Laboratório Yanten: (i) Paraná: Campo Mourão, Goioerê, Pato Branco e União da Vitória; (ii) Rondônia: Rolin de Moura e Ji Paraná; (iii) Minas Gerais: Tupaciguara; (iv) Mato Grosso do Sul: Mundo Novo; (v) Mato Grosso: Juína; (vi) Santa Catarina: Concórdia e Xanxere.

O Laboratório Yanten apresenta uma estrutura completa certificada pela Anvisa: secadoras, laboratórios de análise e de qualidade, embaladoras, encapsuladoras e toda uma gama de equipamentos. Os chás, xaropes e tinturas comercializados são produzidos no próprio Laboratório, mas cápsulas e vidrarias são adquiridas de terceiros. O elenco atual do Centro é constituído por: 23 drogas vegetais; 20 tinturas; 15 cápsulas; e dois xaropes. Trabalham no laboratório cinco funcionários e duas estagiárias: coordenadora, farmacêutica responsável, duas técnicas de laboratório e uma funcionária para limpeza. Além do Brasil e, sobretudo, nos estados do Paraná e Santa Catarina, o Yanten também mantém vínculos e contatos com instituições do Paraguai, Argentina, Alemanha, Bélgica e, principalmente, da Itália através de um grupo de voluntários da Organização de Solidariedade Internacional Rete Radie Resch.

Por fim, destaca-se que o Centro Popular Yanten é representante suplente da Agricultura Familiar no Comitê do Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, mas acabou assumindo na prática a titularidade em virtude da Associação Paranaense de Plantas Medicinais (representante titular do setor agricultura familiar) participar pouco no Comitê, segundo entrevistas realizadas.



Foto: Luis Ribeiro, fachada da Farmácia Viva do Programa Municipal de Fitoterapia de Betim-MG (25/07/2012)

Na Região Concentrada também foi identificada outra tendência nos condicionantes territoriais que influenciam as estratégias dos programas de fitoterapia no SUS, expressão de uma *situação geográfica intermediária* entre a de área *core* e a iconográfica popular. O componente cultural que predomina nessa situação está mais associado a movimentos de caráter urbano, como a situação de área *core*, a partir de modernizações desdobradas de eventos globais recentes, como o movimento de contracultura dos anos 1960, o ambientalista (pós Congresso de Estocolmo de 1972) e a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (Alma-Ata de 1978). Portanto, a adoção da fitoterapia no SUS nessa situação é expressão de modernizações impulsionadas pelos eventos do movimento ambientalista e das PIC em saúde cujas ações têm sido conduzidas, principalmente, por profissionais da saúde (destacando-se médicos e farmacêuticos) em articulação com profissionais de outras áreas (botânicos e agrônomos vinculados às práticas da agroecologia e da permacultura).

Na situação geográfica intermediária, diferentemente da situação geográfica de área *core*, as estratégias dos programas de fitoterapia estabelecem vínculos com uma pluralidade

maior de atores populares, sobretudo na primeira etapa do processo produtivo (produção da massa verde por cultivo ou extrativismo, junto a cooperativas agrícolas e assentamentos do MST), aproximando-a das características apontadas para a situação geográfica de iconografia campesina.

Ilustrativo dessa situação geográfica intermediária é o Programa Fitoterápico Farmácia Viva no SUS de Betim-MG (406.474 habitantes), Região Metropolitana de Belo Horizonte. A gênese desse programa data do começo dos anos 1990 a partir da iniciativa de uma ONG dirigida por jornalista estudioso de plantas medicinais que trabalhava com *farmacinha solidária* no atendimento de população de bairros pobres no município, tendo por inspiração o trabalho das Farmácias Vivas do Professor Francisco Matos desenvolvido desde os anos 1980 no Ceará. Em 2004 o programa de Betim é criado a partir da instalação do atual laboratório municipal de manipulação, o qual foi impulsionado e redimensionado, em 2012, a partir de apoio financeiro da SES-MG¹⁰⁹.

O programa começou com estudos e pesquisas junto às populações. Das 27 plantas medicinais trabalhadas, 90% vieram do conhecimento popular e tradicional. Há um esforço do programa para se atentar à incorporação de plantas e práticas regionais (nativas ou exóticas adaptadas). Está sendo disponibilizada uma área de 1.000 m² no viveiro de mudas da prefeitura que produzirá matrizes de mudas a serem fornecidas à população e aos agricultores que se vincularão ao programa.

A iniciativa do programa partiu de farmacêuticos da rede municipal que embasados nos relatos dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) perceberam que muitas pessoas estavam trocando, por conta própria, os medicamentos químicos sintéticos por plantas medicinais. O problema é que, em muitos casos, o uso dessas plantas acontecia de forma incorreta, segundo fonte entrevistada, causando intoxicações. Foi feita então uma capacitação dos ACS e enquête junto aos usuários do sistema público: entre as 4.100

¹⁰⁹ Trata-se do programa Componente Verde da SES-MG que já contemplou seis municípios no estado. Segundo fonte entrevistada, o objetivo desse programa estadual é integrar as farmácias públicas de manipulação de plantas medicinais convencionais com as tradicionais (as chamadas *farmacinhas comunitárias* ou *farmacinhas solidárias*) muito presentes nos pequenos municípios mineiros, ou seja, trata-se de uma política de regionalização cuja intenção é fomentar redes entre municípios pequenos vinculados a um município maior (de médio ou grande porte).

pessoas pesquisadas, 90% disseram aprovar o uso de fitoterápicos pelo SUS. A partir desse diagnóstico o projeto foi sendo consolidado pela Prefeitura de Betim.

O programa conta com quatro categorias de profissionais prescritores (com protocolos distintos para cada um deles) treinados através de cursos de capacitação: médico, enfermeiro, dentista e nutricionista. Embora seja uma crítica corrente a não oferta de disciplinas sobre plantas medicinais e fitoterápicos nos cursos de profissionais de saúde, principalmente nos de medicina, a fonte entrevistada avalia que é melhor que sejam dados cursos de capacitação ou especialização pelo serviço público de saúde para garantir a qualidade da formação e não correr o risco de ter formações ruins e dadas de qualquer jeito que comprometam a confiança e aplicação da fitoterapia e a formulação de fitoterápicos.

O laboratório de manipulação do programa de Betim produz cerca de 60 medicamentos (a partir do elenco de 27 espécies de plantas medicinais) que são dispensados aos usuários do SUS nas UBSs, no Programa de Internação Domiciliar (PID), no Programa de Atendimento Domiciliar (PAD), no Hospital Regional e na Maternidade Pública. Recentemente a farmácia começou a produzir medicamentos homeopáticos, além dos fitoterápicos, que também serão distribuídos aos usuários da rede SUS.

Segundo fonte entrevistada, o programa começou *da metade para frente*, sendo que com o convênio do Edital nº 01 da SCTIE/MS de 2012 (cerca de R\$ 650.000,00), em que teve projeto aprovado, o programa se tornará Farmácia Viva através da incorporação da etapa de cultivo, ou seja, da primeira etapa. Enquanto isso o programa segue a linha de não comprar matéria-prima vegetal, mas tinturas e extratos prontos de indústrias e laboratórios concentrados principalmente no estado de São Paulo, pois a qualidade dos produtos na indústria de insumos intermediários é melhor e mais confiável, segundo fonte entrevistada, por conta da maior qualificação e fiscalização nesse ramo comparado ao de matéria vegetal.

No projeto do convênio com a SCTIE/MS, pretende-se implantar o APL da Farmácia Viva no qual pequenos agricultores (selecionados mediante um cadastro público) serão capacitados através da realização de 10 cursos. A meta do APL de Betim é capacitá-los no cultivo das plantas medicinais e beneficiamento para agregar valor (óleos, tinturas e extratos). Segundo estudo da coordenação do projeto, o programa não consumirá toda a produção agrícola, sendo necessários outros canais para escoamento e comercialização da produção dos agricultores. Nesse intuito foram levantados 60 produtores no município de

Betim presentes em oito áreas: três assentamentos rurais do MST e cinco hortas periurbanas de cooperativas da agricultura familiar.

O projeto do APL para Farmácia Viva de Betim conta com as seguintes parcerias: secretarias municipais da Saúde, Meio Ambiente, Desenvolvimento Econômico e Social; Instituto de Pesquisas e Política Urbana de Betim (Ipub), envolvido no georeferenciamento para levantar áreas para cultivo no município; uma indústria farmacêutica sediada em Belo Horizonte-MG, que produz fitoterápicos e que consumirá parte da produção agrícola dos pequenos produtores; Universidade Federal de Viçosa, que entrará com fornecimento de tecnologias de cultivo e produção; Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Betim; Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural do Estado de Minas Gerais – Emater/MG (vinculada à Secretaria de Estado de Agricultura, Pecuária e Abastecimento); Núcleo de Gestão da Biodiversidade em Saúde da Biomaguinhos (NGBS/Fiocruz/MS), para identificação e geoprocessamento botânicos.

10.3. Região Centro-Oeste e as situações de impulsos globais e de iconografia popular

Na Região Centro-Oeste, observou-se que os programas de fitoterapia no SUS têm dificuldades de se vincularem ou serem informados pelas iconografias populares, sendo amparados, sobretudo, por vetores globais. De modo geral, a pesquisa identificou que os programas que reforçam os impulsos globais apresentam maiores dificuldades para incorporar as iconografias populares locais.

Foram identificadas duas situações geográficas: *situação de impulsos globais*; e *situação de iconografia popular*. Em ambas as situações há dificuldade de enraizamento e perenidade dos programas de fitoterapia, sobretudo, considerando o acentuado descompasso nessa macrorregião entre o sistema técnico estatal e o território usado por uma diversidade de atores cuja pluralidade enfrenta muita resistência para se expressar nas políticas. O que na realidade é um dado da formação socioespacial brasileira, verificado nos trabalhos de campo realizados nos programas de fitoterapia no SUS das demais macrorregiões do país, mas que se sobressaiu na Região Centro-Oeste.

A difusão do meio técnico-científico-informacional na Região Centro-Oeste nas últimas décadas é marcada pela ocupação do território pelo agronegócio e a produção de commodities agropecuárias. Projeto voltado ao atendimento de necessidades externas à região e que beneficia e é conduzido por um número limitado de atores. Dificultando sobremaneira a formação de vínculos fortes e perenes dos programas de fitoterapia no SUS junto às práticas e atores enraizados no lugar. Segundo fonte entrevistada, trata-se da *construção do Estado* através da abertura de fronteiras agrícolas e militares em choque e conflitando com a *construção da nação* por diversos *grupos autóctones* (muitas nações e povos indígenas, caboclos, quilombolas e migrantes de todo o país vindos recentemente e em vagas de períodos anteriores).

Nesse processo o acolhimento de modernizações dos eventos globais de valorização da fitoterapia a partir da década de 1970, e que anima a fitoterapia no SUS, entra em relação com usos anteriores de plantas medicinais enraizados nos diversos lugares, constituindo as duas principais matrizes cuja integração tem se apresentado muito difícil e tensionada. O embate entre essas duas matrizes caracterizam situações geográficas distintas: ora mais próxima e realizando impulsos globais e o uso corporativo e fragmentado do território, ora dialogando com as solidariedades orgânicas dos lugares e integrando os usos de cunho mais popular e tradicional de plantas medicinais.

As duas situações geográficas foram identificadas a partir dos seguintes casos estudados: Programa de Fitoterapia e Plantas Medicinais Fitoviva de Cuiabá-MT; Programa de Fitoterapia do Centro de Medicina Alternativa (CeMA) de Planaltina-DF; Programa de Fitoterapia de Riacho Fundo-DF; programa do Hospital de Medicina Alternativa (HMA) de Goiânia-GO; e Programa de Fitoterapia de municípios da região AMMA (Associação dos Municípios do Médio Araguaia) no estado de Goiás, ou Programa Agrotec (Diorama, Arenópolis, Aragarças, Jussara e Iporá).

Os programas de fitoterapia dessas situações se caracterizam por elementos e ideários desdobrados dos impulsos globais do movimento de contracultura dos anos 1960 acolhidos pela Região Centro-Oeste, como: o movimento ambientalista e ecologista; o orientalismo e misticismo; e as práticas tradicionais e alternativas de saúde traduzidas nas PICS.



Fotos: Luis Ribeiro, laboratório de manipulação de fitoterápicos e sede do Centro de Tecnologia Agroecologia de Pequenos Agricultores (Agrotec), Diorama-GO (04/10/2011)

É o caso do programa de fitoterapia conduzido pela ONG Agrotec (Centro de Tecnologia Agroecologia de Pequenos Agricultores). Esse projeto teve início em 1991 e grande impulso a partir de 1996 com a captação de recursos junto ao Programa de Execução Descentralizada do Governo Estadual de Goiás e com o Ministério do Meio Ambiente (MMA). Nos anos seguintes contou com cooperação e parcerias de diversas instituições: Fiocruz/MS; Programa Pequenos Projetos Eossociais (PPP-Ecos, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, PNUD); Fundo Brasileiro para a Biodiversidade (Funbio); Ministério do Meio Ambiente; Ministério do Desenvolvimento Agrário; Ministério da Agricultura; Secretaria de Agricultura do Estado de Goiás; e Prefeitura de Diorama.

Além do cultivo de plantas medicinais e manipulação de fitoterápicos em laboratório próprio, o projeto desenvolvia ações de agroextrativismo, permacultura, agrofloresta e manejo e educação ambiental. O projeto Agrotec surgiu na Pontifícia Universidade Católica de Goiás quando Vanderlei de Castro¹¹⁰ articulou-se com militantes

¹¹⁰ Vanderlei Pereira de Castro, fundador e diretor-presidente da Agrotec, falecido em 27 de fevereiro de 2008. Ambientalista, psicólogo e produtor de documentários, participou junto à equipe de cineastas ingleses da produção documental *A década da destruição* (na qual durante 10 anos filmaram conflitos na floresta amazônica). Vanderlei de Castro foi o pioneiro na coordenação e implantação dos programas de fitoterapia na região do Médio Araguaia de Goiás. Após sua morte, o programa da Agrotec se enfraqueceu e perdeu muito de sua força, mas continua sendo conduzido por sua viúva, Solange de Castro.

européus do Partido Verde da Inglaterra e da Alemanha. No início do programa eram cultivadas cerca de 40 espécies de plantas medicinais, todas exóticas adaptadas de origem principalmente europeia. Cerca de 20 agricultores familiares estiveram envolvidos no projeto.

A Agrotec está sediada no município de Diorama-GO (Unidade Agroextrativista da Fazenda Vereda dos Buritis) e é membro suplente do Bioma Cerrado no Comitê do Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Destaca-se o convênio firmado entre MMA e MS (2007-2008) que permitiu à Agrotec produzir e fornecer fitoterápicos aos municípios da região AMMA (Associação dos Municípios do Médio Araguaia). O MMA repassou recursos às assistências farmacêuticas dos municípios para que esses pudessem adquirir os medicamentos. Segundo fonte entrevistada, em 2008, por exemplo, foram repassados R\$ 700.000,00 pelo MMA ao projeto. Inicialmente pretendia-se contemplar a totalidade dos 19 municípios, mas acabou limitado a seis: Diorama (2.544 hab.), Arenópolis (3.180 hab.), Piranhas (11.238 hab.), Aragarças (19.267 hab.), Montes Claros de Goiás (8.217 hab.) e Jussara (19.458 hab.). Destacando-se que o programa atendeu eventualmente outros municípios da região, como é o caso de Iporá-GO (32.143 hab.), que mesmo com o fim do projeto Agrotec em 2009 continuou programa próprio adquirindo por licitação fitoterápicos da Renafito.

No âmbito do projeto Agrotec de fitoterapia no SUS, além de cultivar plantas medicinais no seu horto, produzir fitoterápicos no laboratório de manipulação e fornecê-los aos municípios da região, também foram realizados cursos de capacitação para profissionais da saúde (médicos, enfermeiros e farmacêuticos) e protocolos de uso e acompanhamento da dispensação dos fitoterápicos. O kit da Agrotec era constituído por uma relação de 22 plantas medicinais e um elenco de 22 fitoterápicos, sendo que a maior parte das plantas era cultivada na Agrotec (que conta com hortos de cultivo, bancos de sementes, estufas, secadoras e laboratório de manipulação) todas validadas: sendo quatro plantas nativas e 14 espécies exóticas adaptadas. Os óleos essenciais utilizados eram todos importados, como as outras quatro plantas, ambos da Alemanha (através de contato com um grupo de farmacêuticos alemães que foram os responsáveis pelo treinamento na técnica de produção e uso para a equipe da Agrotec nos anos 1990).

O projeto perdeu força em 2010, quando as atividades de produção de fitoterápicos foram interrompidas por conta de determinação da Anvisa a qual determinou que a estrutura produtora era muito grande e a enquadrou como indústria e não como farmácia de manipulação, o que exigiu uma série de novos registros, reformas e adequações prediais que paralisou as atividades produtivas e, praticamente, desmontou o programa. A expectativa é que com as reformas e adequações para atender às normas e com os recursos aprovados pelo Edital SCTIE/MS nº 1, de 26 de abril de 2012, no valor de R\$ 812.566,00, além da aprovação de regulamentação mais plural (que abarque diversas formas de produção de fitoterápicos: farmácias, oficinas, laboratórios e indústrias), as atividades sejam retomadas a partir de 2013.

Quando da realização do trabalho de campo nos municípios da região (Diorama, Arenópolis, Aragarças, Jussara e Iporá), em outubro de 2011, todos os gestores e técnicos do SUS entrevistados lamentaram o fim do programa da Agrotec e expressaram o desejo de continuar com programas de fitoterapia no SUS, principalmente com a Agrotec, devido à grande aceitação e cobrança da população pela volta do mesmo. A região é a segunda mais pobre do estado de Goiás e apresenta uma baixa densidade demográfica, segunda fonte entrevistada, o que dificulta a adoção da fitoterapia no SUS pelos municípios da região. Faltam profissionais de saúde, pois a rotatividade é muito alta, o que também afeta os programas. Quando médicos da rede capacitados em fitoterapia se mudam da região, os novos que chegam apresentam muita resistência a essa prática, além da falta de preparo. Os municípios enfrentam dificuldade ainda na compra dos fitoterápicos industrializados, já que além da alegada falta de recursos próprios por alguns gestores, outros afirmaram não conseguir realizar as compras públicas em função do mercado fornecedor não se dispor a atender a baixa demanda da região.



Foto: Luis Ribeiro, entrada do Hospital de Medicina Alternativa da SES-GO, Goiânia-GO (07/10/2011)

No estado de Goiás também foi visitado, em Goiânia-GO (1.393.575 hab.), o programa de fitoterapia do Hospital de Medicina Alternativa (HMA) da SES-GO. O HMA teve início em 1986 a partir de convênio entre a Organização de Saúde do Estado de Goiás (OSEGO), o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) e o Instituto Brasileiro de Ciência e Tecnologia Maharishi (IBCTM) com o objetivo de implantar a fitoterapia ayurvédica (método milenar de origem indiana) na rede estadual de saúde pública de Goiás, sobretudo em Goiânia. O início do projeto partiu da realização de Cursos de Fitoterapia Ayurvédica, com a colaboração de grupo de médicos indianos que permaneceram 10 anos no projeto junto à formação de diversos profissionais: médicos, enfermeiros, farmacêuticos, botânicos, agrônomos, biólogos, nutricionistas e psicólogos.

No começo do projeto foi realizado um levantamento pela equipe de médicos indianos, para elaborar a relação de plantas medicinais, chegando a um elenco de 82 espécies utilizadas pela medicina popular em Goiás. Em parceria com a Prefeitura de Goiânia, em 1987, foi implantado o Ambulatório de Terapia Ayurvédica com um pequeno laboratório farmacêutico de manipulação que funcionou como campo de estágio na formação em fitoterapia para médicos e farmacêuticos, o qual posteriormente se tornaria o

HMA. Embora tenha o nome de Hospital, o HMA funciona até hoje como um serviço ambulatorial, pois não há internações e leitos que o caracterizem como hospital, ainda que seja um complexo de grandes dimensões físicas e com diversas especialidades.

Atualmente o HMA conta com 120 funcionários. O serviço de fitoterapia é constituído por uma relação própria de 60 plantas medicinais. Embora no seu Horto Medicinal sejam cultivadas cerca de 40 espécies vegetais, das quais 34 são plantas medicinais certificadas, catalogadas e hospedadas no herbário do Instituto de Botânica da Universidade Federal de Goiás, contudo o programa necessita adquirir para complementar sua produção, em torno de 20 espécies junto a fornecedores atacadistas e outras 30 compradas de produtores extrativistas da região. No Horto são produzidas algumas mudas, enquanto as demais são fornecidas pela Emater-GO. De acordo com fonte entrevistada, a área do Horto precisaria ser ampliada bastante para conseguir atender a demanda de produção de todas as fórmulas manipuladas pelo laboratório do HMA. Contudo, quando da visita realizada, em outubro de 2011, as atividades do Horto estavam funcionando apenas para manutenção, pois o laboratório de manipulação de fitoterápicos estava com as atividades paralisadas desde 2007 devido à falta de adequações a normas exigidas pela Anvisa.

O HMA é inteiramente mantido com recursos da SES-GO, contudo, em ocasiões distintas do trabalho de campo em outros municípios do estado foram ouvidas muitas críticas no sentido de que, embora a verba da saúde seja “carimbada” (constitucionalmente dirigida e obrigatória para utilização na área da saúde), contudo ela entra na conta do tesouro do estado de Goiás o qual é inteiramente gerenciado pela Secretaria da Fazenda do Estado, o que priva a SES-GO da autonomia política para gerenciamento e uso dos recursos orçamentários que deveriam ser obrigatoriamente utilizados na área da saúde.



Foto: Luis Ribeiro, fachada do Centro de Medicina Alternativa de Planaltina-DF (05/09/2011)

Na Região Centro-Oeste também se destacam dois antigos programas de fitoterapia, ambos no Distrito Federal (2.570.160 hab.): o Programa de Fitoterapia do Centro de Medicina Alternativa (CeMA) de Planaltina-DF (171.303 hab.), de 1984¹¹¹; e o Programa de Fitoterapia de Riacho Fundo-DF (71.854 hab.), de 1986. Ambos compartilham a mesma gênese, são serviços mantidos pela SES-DF e, entretanto, expressam situações geográficas distintas. Embora compartilhem a mesma origem, até recentemente ambos funcionaram paralelamente, sem estratégias comuns de intercâmbio, articulação e coordenação.

A gênese desses programas foi a formação do Grupo de Práticas Não Convencionais de Saúde na ocasião da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS, 1986) que originou o Programa de Desenvolvimento de Terapias não Convencionais no Sistema de Saúde do Distrito Federal (PDTNC 1989-1998) que, num segundo momento, passou a ser o Serviço de Medicina Natural e Terapêuticas de Integração (SEMENTI, 1998/2000) e a partir de

¹¹¹ Institucionalizado pela Lei 2.400 da Câmara Legislativa do DF, de 15 de junho de 1999, que criou a Unidade Especial de Medicina Alternativa no Hospital Regional de Planaltina.

2000 denominado Núcleo de Medicina Natural e Terapêuticas de Integração (NUMENATI) que coordena atualmente o CeMA de Planaltina-DF (que também foi recentemente renomeado como Cerpis, Centro de Referência em Práticas Integrativas em Saúde). Outro processo importante na fitoterapia do SUS do DF foi o Núcleo de Tecnologias Alternativas (que se transformaria no Instituto de Tecnologia Alternativa do DF, 1987-1989) fundado a partir das Resoluções (nº 4, 5, 6, 7) da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (Ciplan, 1988) que fixaram normas e diretrizes para o atendimento em homeopatia, acupuntura, termalismo e em técnicas alternativas de saúde mental e fitoterapia no serviço público de saúde brasileiro.

De extrema importância na realização do programa de Planaltina foram, segundo fonte entrevistada, as atuações dos gestores que “abraçaram a causa” na época: Gabinete da Secretaria de Estado da Saúde do DF e Diretoria do Hospital Regional de Planaltina. A articulação destes gestores possibilitou, em meados dos anos 1980, a nomeação de um raizeiro no serviço público de saúde que clinicava com base em plantas medicinais, o que gerou muito descontentamento e oposição, sobretudo, na classe médica. Foram os dois gestores que estabeleceram a articulação entre esse raizeiro e um cientista (professor e pesquisador na Universidade de Brasília, UnB) para a seleção, plantio e fornecimento de mudas de plantas medicinais que a partir do Núcleo de Tecnologias Alternativas originou o programa de fitoterapia do CeMA de Planaltina e também o de Riacho Fundo, ambos com apoio da Central de Medicamentos (CEME) do Governo Federal.

O programa de Riacho Fundo-DF dispõe de uma farmácia de manipulação e funciona num serviço de saúde mais *afastado* (tanto geometricamente quanto geograficamente) da população usuária, segundo fonte entrevistada, através do Laboratório de Manipulação de Medicamentos Fitoterápicos e Homeopáticos localizado no Instituto de Saúde Mental em Granja do Riacho Fundo. Esse programa conta com uma relação de nove plantas medicinais, das quais sete em comum com a Rénisus: sendo que sete espécies são cultivadas no horto próprio do programa e duas são compradas no mercado através de licitação. A produção de Riacho Fundo é dispensada em 14 unidades de saúde em distintas cidades satélites do DF, inclusive no Plano Piloto, Brasília (209.855 hab.).

Embora compartilhem a mesma gênese, diferentemente do de Riacho Fundo, o programa de Planaltina é muito articulado com a população usuária e demais atores:

profissionais de saúde, parlamentares, raizeiros, benzedeiros, universidades, institutos e colégios técnicos. O programa de Planaltina tem bastante apoio no Legislativo Federal, em mais de uma ocasião conseguiu comprar equipamento e realizar reformas (como a construção da estufa) com recursos financeiros conseguidos por deputados federais através de Emendas Parlamentares ao Orçamento.

A principal dificuldade do laboratório de manipulação de Planaltina é manter contínua a linha de produção, pois enfrenta dificuldades e problemas, principalmente com fornecimento irregular dos insumos (açúcar, frascos, álcool, etc.). Hoje, numa área de 20.000 m² o CeMA realiza aproximadamente 60.000 atendimentos ao ano divididos em consultas de homeopatia, psicologia, psiquiatria, automassagem, educação para saúde, oficinas de Shantala, terapias individual e comunitária, distribuição de fitoterápicos, drogas vegetais e plantas frescas (*in natura*).

Nos hortos do programa de Planaltina são cultivadas e fornecidas à população aproximadamente 150 plantas medicinais: 50 catalogadas (comprovação científica); e 100 estão em processo de catalogação. Algumas dessas plantas são manipuladas no laboratório próprio produzindo nove fitoterápicos. Parte das mudas dos hortos vem de seleções a partir da parceria com o Instituto Federal de Brasília (IFB, Ministério da Ciência e Tecnologia), antiga Escola Agrícola. O IFB também está ajudando na catalogação das espécies de plantas medicinais e na estruturação das matrizes de plantas medicinais que compõem a Estufa do CeMA. Seu laboratório não tem um sistema de distribuição, os usuários dos diversos serviços de Planaltina, Brasília e cidades satélites têm que se dirigir até o CeMA para retirar, de posse de prescrição médica, os medicamentos fitoterápicos.

A SES-DF propôs construção de um grande centro produtor para fornecimento de fitoterápicos e plantas medicinais para todos os serviços das cidades-satélites e Plano Piloto (Regiões Administrativas) do DF. Contudo, os profissionais da saúde têm resistido a essa estratégia, pois afirmam que estruturas menores (pólos), pulverizadas e mais vinculadas à rede de atenção primária funcionariam melhor, principalmente se agindo de forma articulada e coordenada entre si e junto à população usuária. Nos últimos anos vêm sendo articuladas ações conjuntas entre as farmácias dos programas de Planaltina e Riacho Fundo, no sentido de estabelecer o Núcleo de Farmácia Viva da Diretoria de Assistência Farmacêutica da SES-DF previsto pelo Decreto 34.213, de 14 de março de 2013.

Nota-se, que enquanto o programa de fitoterapia de Planaltina consegue maior proximidade e vínculos populares com os atores enraizados no lugar, o que o aproximaria de uma situação geográfica de iconografia popular, já o de Riacho Fundo representaria uma expressão mais característica da situação geográfica de impulsos globais. Ainda que ambos compartilhem a mesma gênese fundada em impulsos globais e, em certa medida, numa relação de vizinhança, contudo, em virtude das distintas ações que os animam nas últimas décadas, pode-se considerar que cada um dos programas constitui estratégias territoriais distintas reforçando situações geográficas díspares.



Foto: Luis Ribeiro, sede (horto, viveiro e casa de atividades) do Programa Municipal Fitoviva de Cuiabá-MT (18/10/2012)

Outra expressão da tensão entre as duas situações geográficas que caracterizam os programas de fitoterapia no SUS na Região Centro-Oeste são as experiências: do Programa de Fitoterapia e Plantas Medicinais Fitoviva da SMS de Cuiabá-MT (569.830 hab.), de 2004; e do Programa Estadual de Fitoterápicos, Planta Medicinais e Aromáticas com fins Terapêuticos e Alimentares (Fitoplama) da SES de Mato Grosso (2004-2006). Ambos os projetos surgem no mesmo contexto e envolvendo o mesmo conjunto de atores e agentes.

A inclusão da fitoterapia no SUS estadual de MT começou como proposta do Conselho Estadual de Saúde (CES/MT) na segunda metade dos anos 1990, segundo fonte entrevistada que à época era representante da Secretaria do Meio Ambiente nesse conselho¹¹². Nesse primeiro projeto elaborado no âmbito do CES/MT a intenção era montar uma indústria estadual de fitoterápicos, ou seja, um grande laboratório público oficial de fitoterápicos, algo inédito. Já nessa primeira fase começaram a entrar em conflito, no âmbito do CES/MT, os interesses sociais com os interesses políticos. Estes, encampados pelos gestores públicos propunham estruturas enormes e concentradas a partir de projeto elaborado e trazido por grupos e consultores externos sediados nos estados de Santa Catarina e São Paulo. De acordo com a entrevista, interesses políticos gerariam enormes ganhos para grupos econômicos privados que não estavam muito evidentes nas disputas, tratava-se de *segundas intenções* nos debates e deliberações do conselho que não estavam evidentes, segundo fonte entrevistada.

Conforme diversos relatos, as propostas e demandas dos representantes da sociedade para inclusão da fitoterapia no SUS, deliberadas nos Conselhos de Saúde (tanto estadual como no Conselho Municipal de Cuiabá), não são atendidas. Nesse contexto, em 2004, os programas estadual (Fitoplama) e municipal (Fitoviva) surgem como frente única para resposta e resistência ao projeto de fitoterapia trazido *de fora*, conforme fontes entrevistadas.

Em 2004 aconteceu o primeiro de uma série de Cursos de Plantas Medicinais realizados pelo Governo do Estado do Mato Grosso: parceria da Empaer e da Secretaria de Estado de Trabalho, Emprego e Cidadania do Mato Grosso (Setec-MT). A primeira ação mais concreta do Programa Fitoplama da SES-MT¹¹³. A principal motivação e impulso

¹¹² Na segunda metade dos anos 1990 também estava sendo desenvolvido projeto para estruturar a fitoterapia através de equipes multidisciplinares no município de Cuiabá a partir de trabalho que vinha sendo desenvolvido por um médico sanitário no SUS municipal (Dr. Ricardo Chagas), programa conduzido na periferia de Cuiabá (Bairro Pedra 90) fundamentado nas atividades de: formação de hortas para produção doméstica de alimentos e remédios com produção de excedentes para comercialização; instalação de filtros devido à grave questão da água não tratada no bairro; projeto de hortalças nas escolas; e atividades de educação ambiental.

¹¹³ O Fitoplama foi desenvolvido pela Secretaria de Estado de Trabalho, Emprego e Cidadania (Setec), Fundação Estadual do Meio Ambiente (Fema) e Empresa Mato-Grossense de Pesquisa, Assistência e Extensão Rural (Empaer). Além de parcerias com as Secretarias de Educação, Ciência e Tecnologia do Estado do Mato Grosso, Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Hospital Universitário Júlio Muller, Universidade Popular Comunitária, Universidade de Vargem Grande (Univag), Serviço Brasileiro de Apoio

para a criação do programa Fitoplama e do primeiro curso de plantas medicinais do Estado do Mato Grosso foi a aproximação da primeira-dama e do governador do estado à época com terapêuticas da medicina oriental, a partir de consultas e tratamentos com um médico coreano, o qual inclusive ministrou e coordenou a primeira edição do curso de plantas medicinais em 2004.

Nesse contexto, foi elaborada por farmacêuticas da SMS-Cuiabá e da SES-MT, especialistas em plantas medicinais e fundamentais no projeto Fitoplama, a 1ª Cartilha de plantas medicinais para o serviço público de saúde: *Quintais medicinais: mais saúde, menos hospitais* (Bieski e De La Cruz, 2005). Cartilha lançada no I Fórum Estadual de Fitoterápicos, Plantas Medicinais e Aromáticas de Mato Grosso, realizado em 2005.

Entre os anos de 2005 e 2006, a Empaer/MT ministrou cursos de plantas medicinais no interior do MT para produtores da Agricultura Familiar em municípios como Juína, Sinope e Água Boa. A horta e viveiro de plantas medicinais da Empaer (hoje abandonados, como constatado pelo trabalho de campo realizado em outubro de 2012) chegaram a cultivar 70 espécies de plantas medicinais (o plano era alcançar uma coleção de 120), em sua maioria exóticas adaptadas, formada a partir do envio de mudas e amostras pelas demais unidades da Empaer espalhadas pelo território mato-grossense. De acordo com técnicos entrevistados, a Empaer objetivava no âmbito do Fitoplama auxiliar centenas de pequenos produtores em vários municípios a utilizarem uma área de 1 a 2 hectares para produção de 17 espécies medicinais a partir da distribuição de mudas com recursos do MDA (Ministério do Desenvolvimento Agrário) e do Governo do Estado de Mato Grosso. Também estava previsto que o produtor poderia solicitar recursos do Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar (Pronaf) para essa finalidade.

A intenção do projeto Fitoplama era que essa produção tivesse sido utilizada para a industrialização de medicamentos fitoterápicos distribuídos pelo sistema MT-Farma¹¹⁴ que previa a instalação de 11 farmácias de manipulação distribuídas pelo interior do Mato Grosso, sendo que a *célula-mãe* do MT-Farma seria instalada no anexo do Hospital Universitário Júlio Muller (HUJM), em Cuiabá. No âmbito do MT-Farma chegaram a ser

às Micro e Pequenas Empresas (Sebrae) e Escola Municipal Agrotécnica da Baixada Cuiabana e Instituto de Medicina Oriental (Joinville-SC).

¹¹⁴ MT-Farma foi criado no âmbito da SES-MT através da aprovação pela Câmara Legislativa de Mato Grosso da Lei Nº 8.300, de 18 de março de 2005.

construídas quatro edificações de 500 m² que abrigariam os laboratórios de manipulação dos medicamentos fitoterápicos nos municípios de: Cuiabá; Sinop; Água Boa; e Tangará da Serra.

Devido a embates e divergências no âmbito do executivo estadual mato-grossense, o programa Fitoplama não vingou. Segundo entrevistas, atualmente nenhum agricultor familiar cultiva plantas medicinais em escala, nem metade das farmácias de manipulação planejadas foram montadas (sendo que as que foram, logo em seguida foram desativadas), e nem mesmo as farmácias vivas implantadas em postos do PSF no município de Cuiabá, que tiveram vida mais longa, estavam em funcionamento em outubro de 2012.

Destaca-se que no âmbito do Fitoplama também foi criada, em 2004, a partir da articulação de técnicos e pequenos agricultores (que foram capacitados no Curso de Plantas Mediciniais) a Associação dos Técnicos em Ervas e Plantas Mediciniais Aromáticas e Alimentares (Ateplama). Com o tempo essa associação foi se esvaziando devido à falta de projetos para captação de recursos. Num primeiro momento, alterou sua denominação para Instituto de Plantas Mediciniais, o que também não deu certo em função de não se enquadrarem nos editais e projetos de financiamento públicos, os quais não fomentam e nem apóiam na Região Centro-Oeste o cultivo ou extrativismo de plantas medicinais. Por isso, nos últimos anos o grupo adotou a denominação INAS Brasil (Instituto Nacional de Agroecologia) a fim de ampliar as possibilidades de acessar projetos e programas. Segundo fonte entrevistada, a associação mantém ainda o foco nas plantas medicinais, mas na forma de extrativismo e manejo de plantas do cerrado, já que o cultivo enfrenta sério obstáculo com a questão da falta d'água na região, principalmente para os pequenos produtores.

Uma das razões para o programa estadual de fitoterapia não ter vingado se deve ao fato de que o governo municipal de Cuiabá não cumpriu o compromisso de instalar e viabilizar uma série de poços artesianos no Cinturão Verde da capital mato-grossense. Inclusive, a Ateplama em parceria com o Sebrae chegaram a capacitar pequenos produtores da Associação de Mulheres Agricultoras do bairro Pedra 90 no âmbito do Projeto de Ervas Mediciniais do Cinturão Verde, o que emperrou por conta da falta dos poços artesianos.

Na propriedade da agricultora familiar entrevistada há um horto para cultivo de plantas medicinais, sendo que parte da produção é para uso próprio e de familiares e vizinhos, enquanto a maior parte é destinada a alguns vendedores ambulantes de Cuiabá e

para o Mercado do Porto de Cuiabá onde funciona uma banca que é a principal distribuidora de plantas medicinais do estado de Mato Grosso, segundo a agricultora. Na avaliação dela, no estado do Paraná o cultivo de plantas medicinais por pequenos produtores funciona por conta da empresa Herbarium Laboratório Botânico que adquiri a produção das cooperativas. Essa empresa inclusive chegou a visitar e contatar a Ateplama em Cuiabá para estabelecer parcerias produtivas, contudo nada de mais concreto aconteceu.

De acordo com diversas fontes entrevistadas, o MT-Farma e o programa Fitoviva da SMS-Cuiabá foram criados como estratégias para: (i) superar a desativação e tentar contornar os problemas enfrentados pelo Fitoplama; (ii) aliviar a imagem negativa deixada pelos *escândalos* e *denúncias* tornados públicos e associados aos atores que tentaram se beneficiar de forma corporativa do projeto (sobretudo o grupo vinculado ao médico coreano); e (iii) principalmente, continuar o projeto e princípios que animaram o início do programa estadual. Apesar de todo o desgaste político e dos ressentimentos transparecidos nas entrevistas realizadas, foi uma unanimidade os elogios e destaques feitos ao esforço e perseverança de equipes e técnicos que continuam com o trabalho e a ação do programa municipal Fitoviva de Cuiabá e às duas farmacêuticas responsáveis pela elaboração do programa estadual Fitoplama.

A equipe envolvida no programa municipal Fitoviva tem mantido com muito esforço seu funcionamento que, em 2012, compunha-se da manutenção do viveiro e do horto municipal de plantas medicinais (sediado no Horto Florestal Tote Garcia), às atividades de educação ambiental e à realização de cursos de sensibilização e capacitação de profissionais de saúde da rede pública. Nesse sentido, foi fundamental um Convênio firmado com o Ministério da Saúde (Edital Fiocruz de 2009, executado em 2010-2011) para financiamento dessas atividades. O viveiro do horto municipal do Fitoviva contava, em outubro de 2012, com 36 espécies de plantas medicinais (maioria exótica adaptada e fundamentado nas espécies listadas na Rénisus) trazidas de várias regiões do estado do Mato Grosso e do Brasil.

No Fitoviva também se destaca a atuação da farmacêutica Maria das Graças Leão, atual coordenadora do programa, referência no pioneirismo, desde meados dos anos 1980, de programas de fitoterapia na saúde pública no interior do Mato Grosso. Como o Projeto Saúde Escolar (1982), formado por um viveiro matriz para produção de mudas de plantas

medicinais no município de Cáceres-MT, programa atuou em 13 municípios da região de Cáceres (com elenco de 21 espécies de plantas medicinais) implantando farmácias vivas nas escolas e divulgando cartilhas, principalmente com o apoio de secretarias municipais de educação. Segundo entrevista com a coordenadora, esse projeto em Cáceres deu certo por conta do forte apoio e envolvimento de diversos grupos na região, principalmente de movimentos sociais e produtores de pequenas e médias propriedades agrícolas.

O programa de Cáceres possibilitou o surgimento do projeto de Mirassol D'Oeste-MT, nos anos 1990, também coordenado por Maria das Graças Leão: o Famem (Fábrica de Medicamentos de Mirassol D'Oeste), uma área de 48.000 m² com cultivo de plantas medicinais e produção de fitoterápicos que também eram distribuídos em outros municípios da região. Esse programa estabeleceu parceria com o Instituto Adolph Lutz de São Paulo para análise e validação de amostras de fitoterápicos. O viveiro de Mirassol deslanchou com a chegada de dois técnicos da Empaer que em parceria com um assentamento do MST em Mirassol iniciaram seleção e cultivo. A maioria das cerca de 50 espécies medicinais do viveiro matriz eram exóticas adaptadas, sendo que 21 foram utilizadas no programa. A experiência de Mirassol D'Oeste durou um mandato municipal, 1994-1997, o governo local seguinte, de grupo opositor, extinguiu o Famem nos primeiros meses após a posse.

Por fim, com forte atuação na Região Centro-Oeste se destaca a Articulação Pacari de Plantas Medicinais que é membro titular (representante do Bioma Cerrado) no Comitê do Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e na Comissão da Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais. A Pacari é uma rede formada por diversas associações e grupos comunitários que trabalham com plantas medicinais do Cerrado nos estados de Minas Gerais, Tocantins, Maranhão e Goiás, atuando principalmente com educação e uso popular de plantas medicinais. A associação inclusive publicou, em 2009, uma *Farmacopeia Popular do Cerrado*, “resultado de uma pesquisa popular de plantas medicinais, de autoria de 262 autores sociais, entre raizeiros, raizeiras e representantes de farmácias caseiras e/ou comunitárias”, cujo principal objetivo foi realizar uma pesquisa de cunho popular e coletivo incentivando a prática da medicina tradicional e a preservação dos usos populares de plantas medicinais (Dias e Laureano, 2010, p.16).

A permanência, força e novos impulsos dessas estratégias de fitoterapia no SUS estudadas na Região Centro-Oeste reforçam e são tributárias da situação geográfica de iconografia popular, expressão dos usos do território por populações que historicamente têm ocupado a região, uma diversidade que usa o território como abrigo. As modernizações por sua própria dialética são portadoras de forças divergentes cujo ideário político e cultural é mais aberto e permeável à pluralidade de atores. As sucessivas ondas migratórias também decantaram uma cultura de organização política contra-hegemônica expressa em ações de: médicos sanitaristas e vinculados à saúde coletiva; farmacêuticos comprometidos com conhecimento e práticas populares; índios que se tornam biólogos; técnicos, agrônomos e agricultores atualizando ideário e práticas de organização política trazidos de outros lugares (Movimento Mutirão; Movimento Guaranítico; Movimento Encruzilhada Natalino); movimentos sociais (como o MST, Articulação Nacional de Agroecologia, associações regionais de produtores); a presença antiga e capilarizada de *farmacinhas populares* e *farmacinhas comunitárias* vinculadas a pastorais da igreja, associações comunitárias, de agricultores familiares e de grupo de mulheres ainda muito presentes nessa região.

10.3. Região Nordeste e a situação de iconografia popular de brenhas

Nos trabalhos de campo realizados nessa macrorregião em municípios do estado de Pernambuco (Recife, Olinda, Jaboatão dos Guararapes e Brejo da Madre de Deus) e do Ceará (Fortaleza e Maracanaú) foi identificada uma situação geográfica que permeia o conjunto das estratégias técnicas, econômicas, culturais e políticas dos programas de fitoterapia no SUS e as demais experiências de práticas populares de saúde estudadas nos trabalhos de campo realizados. Essa situação geográfica de iconografia popular é expressão de um cotidiano regional e caracteriza-se por: (i) forte conteúdo cultural de identidade popular e regionalista; (ii) círculos de cooperação e comunicação extensos e difusos, entre atores estatais e não estatais sediados em municípios de distintas regiões e estados; e (iii) de modo geral, os programas conseguem estabelecer fortes vínculos com as práticas e saberes populares e tradicionais, uma acentuada tendência de integração com as solidariedades orgânicas dos lugares e uma insistência dos agentes para que assim seja.



Foto: Luis Ribeiro, horto do Programa Municipal de Fitoterapia de Brejo da Madre de Deus-PE (12/04/2012)

Expressão dessa situação geográfica de iconografia popular marcada pelo cotidiano regional é o Programa Municipal de Fitoterapia da SMS de Brejo da Madre de Deus-PE, implantado em 1997. Característico da Região Nordeste, o município de Brejo da Madre de Deus é composto por 11 núcleos de povoados dispersos, inclusive o município sede de Brejo e seus dois distritos (São Domingos e Fazenda Nova), uma população total de cerca de 48.000 habitantes.

O programa começou com reuniões junto à população para diagnóstico da situação, produzindo cartilha com saberes e práticas populares para amparar a padronização dos fitoterápicos para manipulação. Uma metodologia trabalhada e aprendida pela farmacêutica Dra. Eliane Barreto, fundadora e coordenadora do programa, no Centro Nordestino de Medicina Popular (CNMP). O programa produz 26 fitoterápicos (seis xaropes; dez emplastos; cinco pomadas; dois sabonetes; e um xampu composto), sendo apenas um fitoterápico em comum com a Renafito. A produção é realizada no laboratório municipal de manipulação a partir de um elenco de 18 plantas medicinais (todas presentes na Rennisus), maior parte delas cultivada no horto municipal de plantas medicinais (do qual faz parte sementeira e viveiro de mudas) e algumas coletadas por extrativismo nos morros e nas

áreas do entorno. Os fitoterápicos são dispensados nas unidades de saúde do SUS: dez equipes do PSF (todas têm uma pequena farmácia básica com os fitoterápicos e químicos sintéticos); uma policlínica; Hospital; e Farmácia Básica Central. Há plano para que a Unidade de Especialidades Odontológicas também venha a utilizar fitoterápicos específicos que ainda estão em fase de desenvolvimento. Embora não trabalhe com chás (plantas secas), o programa realiza ações educativas junto à população, além dos cursos de formação e capacitação em fitoterapia para os profissionais de saúde.

O programa apresenta grande autonomia frente ao mercado em virtude de realizar praticamente todas as etapas e atividades da produção enquanto ente estatal. São quatro funcionários (técnicos para cultivo no horto, coleta / extrativismo e manipulação na farmácia). Os custos maiores do laboratório são os salários que no caso são todos pagos pela folha salarial da prefeitura (funcionários públicos). A manutenção é quase nula: baixa eletricidade, só para iluminação; e sistema de água por poço artesiano. O gasto maior é com vidrarias, frascos *pet*, rótulos, embalagens, álcool e açúcar para preparação e apresentação dos medicamentos fitoterápicos. No caso do horto municipal, a água para irrigação é fornecida pela prefeitura através de cacimbas¹¹⁵.

O programa de Brejo da Madre de Deus é custeado com recursos da SMS e mantém parcerias com o legislativo municipal e com legislativos e executivos de outros municípios de Pernambuco, além de contatos com SMS de municípios de outros dois estados (Paraíba e Rio Grande do Norte). Destaca-se a articulação do programa com a Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), com o Comitê Técnico de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (CTFITO) da Superintendência de Assistência Farmacêutica da SES-PE e com o Ministério da Saúde, inclusive com convênio firmado com a SCTIE/MS¹¹⁶. O programa tem forte apoio de toda a população do município (usuária e profissionais e gestores do SUS), principalmente do Conselho Municipal de Saúde.

¹¹⁵ Na visita ao horto, em abril de 2012, o funcionário do programa que cuida do cultivo e coleta estava injuriado com a falta de água. Havia um acordo de irrigação junto à sementeira e viveiro de mudas da Secretaria Municipal de Agricultura. Mais tarde, ao participarmos junto à equipe do programa de audiência com o Prefeito, o secretário municipal de agricultura justificou que já estava com a documentação em mãos para solicitar ao prefeito autorização para alugar outro cacimbão de água no local para resolver o problema do horto de plantas medicinais. O único cacimbão estava abastecendo: o matadouro municipal (prioritariamente); sementeira; viveiro de mudas; horto de plantas medicinais; e ainda servindo a população do entorno da área. Verificamos que na área havia outros dois cacimbões desocupados à espera para serem alugados.

¹¹⁶ Projeto aprovado no Edital SCTIE/MS nº 1, de 26 de abril de 2012, e contemplado com recursos federais no valor total de R\$ 677.173,60, conforme Portaria nº 13, de 19 de junho de 2012.

O programa enfrenta algumas dificuldades e obstáculos. Segundo entrevista com a coordenadora, não é possível atender toda a demanda porque o laboratório sofre uma série de limitações: espaço físico reduzido; falta de mais equipamentos; falta de estufa de secagem; e, sobretudo, falta de recursos orçamentários, pois não conta com verba especificada e garantida por lei para o programa (dependência de vontade política do executivo municipal para apoio e repasse de verbas). O prefeito da atual gestão, quando da visita realizada em abril de 2012, médico de formação era o secretário municipal de saúde quando da implantação do programa no final dos anos 1990¹¹⁷.

O laboratório utiliza planta mais *in natura* e fresca por falta de estufa de secagem. Este equipamento permitiria a secagem, estocagem e armazenagem de plantas secas (droga vegetal) por até um ano o que facilitaria muito o planejamento do processo produtivo, além de aumentar o elenco de medicamentos do programa. A coordenadora também assinalou a dificuldade em reter os profissionais de saúde (principalmente médicos) por conta da alta rotatividade, assim, quando estão treinados e integrados ao programa assumem cargos e lotações em outros municípios.

O programa municipal de fitoterapia de Brejo da Madre de Deus está sendo transformado em Farmácia Viva. Nesse processo, o laboratório que se chama LAFIAMP (Laboratório de Fitoterapia Alípio Magalhães Porto) passará a se chamar FAVIAMP – Farmácia Viva Alípio Magalhães Porto. A principal estratégia do programa tem sido institucionalizá-lo como política pública assegurada por lei, buscando aprovar conjuntamente uma porcentagem mínima e garantida de recurso do orçamento municipal da saúde para o programa de fitoterapia.

Há intensa circulação e comunicação dos agentes envolvidos com o programa de Brejo da Madre de Deus junto a atores de outras regiões do estado de Pernambuco e estados vizinhos, como: Paulista-PE; Agrestina-PE; Coordenação do Centro de Educação Popular (CENEP) que desenvolve trabalho de fitoterapia popular na saúde pública de Nova Palmeira-PB; com grupo ligado à pastoral da igreja em Campina Grande-PB; e Campo Grande-RN.

¹¹⁷ Há alguns anos o programa estava construindo um segundo horto para ampliar sua capacidade de produção. Mas a gestão que assumiu a prefeitura à época, opositora à que tinha implantado o programa, passou o trator no horto antigo. Segundo a coordenadora, até hoje o programa está lutando para recuperar a pujança que tinha, sendo que até mesmo essa administração opositora acabou aderindo ao programa impulsionada pela pressão da população do município.

Segundo a coordenadora, Brejo da Madre de Deus é uma exceção na região ao apresentar baixa atuação das pastorais da igreja, sendo inexistente no caso das práticas populares de saúde. Diferente dos cinco grupos da região metropolitana do Recife, com os quais o programa tem vínculos, que formaram, em 2009, a Amarfis (Associação dos Manipuladores de Remédios Fitoterápicos Tradicionais Semi-Artesanal do Estado de Pernambuco). Todos os cinco grupos nasceram e estão atrelados juntos a pastorais: Centro de Educação e Formação em Medicina Popular (Cefomp) de Paulista-PE; Centro de Práticas Naturais de Saúde de Camaragibe-PE (Cepransc); Grupo de Saúde Condor e Cabo Gato (GSCCB) de Peixinhos, Olinda-PE; um grupo em Ramos-PE; e o Centro de Saúde Alternativa de Muribeca (Cesam) em Jaboatão dos Guararapes-PE.



Foto: Luis Ribeiro, Centro de Saúde Alternativa de Muribeca, Jaboatão dos Guararapes-PE (09/04/2012). Peço desculpas e compreensão aos leitores e, principalmente, às pessoas presentes na foto pela indelicadeza das tarjas em seus rostos, mas o fiz com todo respeito visando preservar seus anonimatos.

O Cesam surgiu em 1997 no Salão Paroquial da Igreja do Conjunto Habitacional Muribeca (Igreja Católica das Boas Aventuranças) a partir de reuniões de atividades pastorais de grupo de mulheres iniciadas em 1994 para compartilhar conhecimentos e saberes acerca de chás, alimentação, trabalhos manuais (costura), plantas medicinais e produção de remédios caseiros. No início se chamava *Farmácia Saber do Povo*, pois o

conhecimento das mulheres era passado entre gerações oralmente. O grupo elaborava e vendia a preços baixos (comparados aos medicamentos de farmácias) seus primeiros remédios caseiros (*lambedores*, ou xaropes) para a própria população do bairro.

Com o apoio e articulação do Centro Nordestino de Medicina Popular (CNMP) o grupo de mulheres obteve mais formação em técnicas de cultivo de plantas e preparo de remédios, também se equiparam e se organizaram melhor. Em área doada pela igreja, o Cesam dispõe de horto para cultivo de 44 plantas medicinais e uma cozinha para manipulação e preparo dos fitoterápicos, além de áreas de alvenaria para reuniões. Das 44 espécies cultivadas: 25 são nativas da América Tropical e América do Sul (sendo 12 brasileiras); 14 Asiáticas; quatro Africanas; e três Europeias. Dessas 44 espécies cultivadas: 25 são comercializadas *in natura*; e 19 são manipuladas (pomadas, tinturas, xaropes, garrafadas, xampus e sabonetes), sendo fórmulas simples (uma única espécie) as tinturas, pomadas e sabonetes, e fórmulas compostas (duas ou mais espécies) os xaropes, garrafadas e xampus.

É muito característico nessa situação geográfica a atuação de padres e membros da igreja católica que *não fazem só igreja* (missas e cerimoniais), mas também *fazem trabalho social*, conforme fontes entrevistadas. Nesse sentido, de enorme importância na Região Nordeste foi a atuação de Dom Hélder Câmara (falecido em 1999), arcebispo de Recife e Olinda entre 1964 e 1985, que, segundo entrevista com o médico Celerino Carriconde, coordenador do CNMP que trabalhou junto com ele, foi a liderança política responsável por estimular, estruturar e fomentar grupos, sujeitos e movimentos progressistas e reivindicatórios de caráter popular na região nordestina, sobretudo a partir das paróquias, das pastorais da igreja católica e das comunidades eclesiais de base¹¹⁸, principalmente no enfrentamento das questões da terra, da fome, da miséria e da pobreza.

A gênese do CNMP foi o trabalho de base, na década de 1980, com plantas medicinais realizado durante cinco anos no Nordeste brasileiro com apoio das comunidades

¹¹⁸ Comunidades Eclesiais de Base (CEB), surgidas da Igreja Católica (Concílio Vaticano II 1962-1965) se difundiram no Brasil e na América Latina a partir da segunda metade dos anos 1960 e tendo muita expressão durante as décadas de 1970 e 1980. São comunidades formadas a partir de classes populares organizadas em torno de uma igreja ou paróquia cujo elemento aglutinador é a proximidade territorial, ou seja, a vizinhança. Agrupamentos de estudos e ações comunitárias cujo objetivo é a compreensão da vida junto à leitura e discussões da bíblia. Característico das CEBs é o método do tripé *Ver-Julgar-Agir*: olhar a realidade em que vive (Ver); julgá-la com os olhos da fé (Julgar); e encontrar caminhos de ação fundamentados nesse juízo à luz da fé (Agir).

de base e pastorais no qual mais de 1.000 povoados (entre cidades e vilas) foram visitados. O estudo compreendeu o levantamento e identificação, a partir de reuniões com grupos e comunidades que informavam quais as plantas utilizadas e para quais finalidades, de aproximadamente 600 plantas medicinais. Desse total procedeu-se a uma seleção daquelas que fossem mais citadas (repetidas nas reuniões) e utilizadas pelas populações e comunidades. O estudo selecionou, dentre as mais referenciadas pela população, um grupo de cerca de 120 plantas usadas com finalidades medicinais e que, também, apresentavam evidências científicas que atestassem e aprovassem a eficácia do seu uso medicinal.

O CNMP foi fundado como uma ONG em 1988, sendo que desde 1986 produz o boletim *De Volta às Raízes*, uma publicação focada em plantas medicinais brasileiras, agroecologia e alimentação, dentre outras temáticas. Também promoveu importantes eventos, como: o 1º Encontro de Curandeiros, Rezadeiras e Raizeiros de Pernambuco, em 1985, em parceria com a Secretaria de Educação e Saúde da Prefeitura de Olinda e Federação da Casa Amarela (Comissão de Saúde); e o 1º Seminário Nordeste de Plantas Medicinais na Atenção Primária à Saúde e Biodiversidade, em 1997, em Olinda-PE; e, em 1999, o V Encontro Medicina Caseira x Municipalização da Saúde (Sítio da Trindade, Casa Amarela, Pernambuco).

O trabalho do CNMP é realizar em cada região um diagnóstico da situação dos usos populares de plantas medicinais para embasar políticas públicas ou sociais de fitoterapia. Através dessa estratégia, o CNMP ajudou a fundar e firmar várias ações, inclusive diversos programas de fitoterapia em municípios nordestinos, como é o caso de Brejo da Madre de Deus. Para o coordenador do CNMP, “a doença no Brasil é problema social, portanto a solução deverá ser social e não só clínica” e também de educação, pois se trata de “educar e não apenas curar”, de “estar junto ao povo e caminhar com ele”, a pessoa tem que se tornar “sujeito ativo no processo de saúde e de cura e não passivo e expropriado”, citando Ivan Illich (1981).

Na Região Nordeste se destaca a principal referência para os programas de fitoterapia na saúde pública brasileira e que se tornou modelo da política nacional: o projeto Farmácias Vivas desenvolvido pelo Professor Francisco José de Abreu Matos na Universidade Federal do Ceará, nos anos 1980. Das várias influências e desdobramentos desse projeto, trataremos aqui de três casos estudados: os programas municipais de

fitoterapia de Fortaleza e de Maracanaú, e o projeto do programa estadual de fitoterapia do Ceará.



Foto Luis Ribeiro: Farmácia Viva da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-CE (29/10/2013)

O programa de fitoterapia da SMS de Fortaleza-CE, com 2.551.806 habitantes, Farmácia Viva Lúcia Gurgel, foi instituído em 1991. Atualmente é gerido pela Prefeitura de Fortaleza em parceria com a Universidade de Fortaleza (Unifor), entidade privada. O programa conta com laboratório de manipulação, horto municipal de plantas medicinais e a dispensação dos fitoterápicos é feita no NAMI (Núcleo de Atenção Médica Integrada) da Unifor e em alguns postos de saúde da SMS. São produzidos sete fitoterápicos a partir de sete plantas medicinais cultivadas no horto municipal. O programa utiliza a Rénisus na seleção das plantas medicinais que também é base para a Relação Estadual de Plantas Medicinais do Ceará (Replame). O programa também já trabalhou com outras duas espécies (aroeira e cumaru) que eram adquiridas via licitação.

O programa de Fortaleza foi muito enfraquecido nos últimos anos, devido a rupturas e descontinuidades com as mudanças administrativas do município e, conseqüentemente, falta de apoio de gestões municipais, além da falta de recursos e verbas específicos para o

programa. Desde janeiro de 2013 não tem atendido a população, sendo que no auge do programa, no período de 1992 a 1998, chegou a atender 40% da população de Fortaleza. Desde o ano 2000 tem ocorrido a extinção gradativa dos hortos medicinais, sendo que das seis áreas de cultivo existentes em 1991, em 2013 só havia restado a do Horto Municipal, ainda assim com muitas dificuldades. Nos hortos foram cultivadas 18 plantas medicinais (12 com comprovação científica e seis com empiria popular). Das quatro oficinas municipais de manipulação implantadas pelo programa, só restou uma que é co-gerida pela Unifor (que a utiliza como farmácia escola para alunos e estagiários do curso de farmácia).

Segundo a farmacêutica responsável, a expectativa é de retorno da produção a partir de janeiro de 2014 com planos de atender seis postos pólos de saúde, um em cada um dos seis distritos de saúde de Fortaleza, além de desenvolver um projeto para sistematizar estudo custo-benefício mensal para buscar aprovação de financiamento regular junto à SMS de Fortaleza.

Também foi visitado o Programa Farmácia Viva de Maracanaú-CE (217.922 hab.) que existe desde 1992 e é coordenado pela SMS. O programa conta com laboratório municipal de manipulação que produz 18 fitoterápicos a partir de ralação própria. De toda massa verde utilizada, apenas uma espécie é adquirida no mercado, sendo que no horto municipal são cultivadas 19 plantas medicinais com elenco que por vezes chega a 22 espécies. A dispensação é realizada nas unidades de saúde da rede municipal. O programa compra insumos básicos para laboratório e horto, sendo que a espécie adquirida no mercado é comprada por meio de licitação nacional. O coordenador assinalou que são sempre as mesmas empresas fornecedoras que ganham as licitações, tratam-se de distribuidores sediados no Ceará que compram massa verde de grandes atacadistas de São Paulo, por isso criticou os preços mais altos pagos pelo programa.

O programa de Maracanaú estabelece parcerias e convênios com o Núcleo de Fitoterápicos (Nufito) da Coordenadoria da Assistência Farmacêutica da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SES-CE); Universidade Federal do Ceará (UFC); e com Ministério da Saúde (SCTIE/MS). O programa é muito aceito pela população do município que reclama e demanda a Farmácia Viva, principalmente com a forte atuação do Conselho Municipal de Saúde. O farmacêutico coordenador do programa apontou como dificuldades: a falta de orçamento próprio e recursos garantidos por lei; as discontinuidades e rupturas

com mudanças na gestão municipal; e a Anvisa em função da agência não apoiar e respaldar com mais afinco as ações do Comef (Comitê Estadual de Fitoterapia do Ceará).

As estratégias e expectativa futuras do programa é finalizar as obras e reformas do laboratório oficial para adequação às normas e exigências da Anvisa; desenvolver o cultivo no horto municipal de outras oito espécies medicinais, além do desenvolvimento de plantas medicinais para serem cultivadas em apartamentos. O programa também espera ser fortalecido no Projeto Arranjos Produtivos Locais de Plantas Medicinais e Fitoterápicos do Nufito/SES-CE, além de convênio com a SCTIE/MS.

O Programa de Fitoterapia do Estado do Ceará (criado em 1997) é continuidade e desdobramento do Projeto Farmácias Vivas criado em 1979 pelo Professor Francisco Matos na UFC. Segundo fonte entrevistada, antes mesmo da Conferência de Alma-Ata, de 1978, o Professor Matos já estudava e catalogava plantas usadas pelo povo nordestino que continham óleos essenciais. Sobretudo nos lugares denominados *brenhas*: termo usado para designar localidades pobres cujas populações não dispunham de recursos e nem de assistência pública à saúde, mas que se cuidavam e se curavam a partir do uso de plantas medicinais e práticas locais. O termo *brenha* também é utilizado para designar lugares distantes, de difícil acesso ou recônditos, acessíveis e conhecidos por quem circula e vive a região. Segundo algumas fontes entrevistadas, trata-se do Nordeste *profundo*, ou ainda, daqueles lugares do Nordeste onde tudo é possível.

O Professor Matos idealizou o Projeto Farmácias Vivas (FV) em 1979 a partir de andanças pelo Ceará e outros estados do Nordeste junto ao amigo e colaborador intelectual, o botânico Afrânio Fernandes. Eles buscavam informações diretamente junto às pessoas que utilizavam as plantas medicinais e não através de relatos de terceiros.

Na década de 1980, com as ações do Programa de Pesquisas de Plantas Medicinais da Central de Medicamentos (PPPM/CEME) vários projetos no país foram aprovados e receberam recursos e financiamento. Também se estruturou um diálogo e coordenação entre esses projetos de pesquisa dando origem: ao Banco de Dados de Plantas Medicinais em âmbito nacional; ao projeto de formação de um Núcleo Distribuidor dessas espécies vegetais; e ao Projeto Flora dentro do qual um dos braços era o projeto Farmácias Vivas cuja função era participar da elaboração dos formulários de descrição e padronização dos usos terapêuticos. Nesse período houve muito intercâmbio de estudos, espécies vegetais e

interloquções com as pesquisas do Professor Lapa (São Paulo) e Professor Gama (Minas Gerais), com os quais trocavam-se plantas e estudos.

O projeto FV preconizava a integração de três áreas (botânica, química e farmacologia) e equipe profissional multidisciplinar composta por: médicos, enfermeiros, odontólogos, químicos, botânicos e farmacêuticos. A partir do elenco de plantas coletadas e catalogadas nas expedições, aquelas espécies que apresentassem citações em pelo menos 50% das indicações das populações visitadas tornavam-se objeto de estudos para comprovação e validação científicas da ação farmacológica e da segurança e eficácia do uso medicinal.

Em 1983 foi fundado o Horto de Plantas Medicinais na UFC, no qual também se tentava aclimatar plantas exóticas ao Nordeste brasileiro, como o guaco. Fundamental na existência do projeto FV é o horto e todo o trabalho de catalogação das exsicatas no herbário da UFC, o qual pôde tornar-se um banco de germoplasma. Atualmente o Horto de Plantas Medicinais da UFC abriga 31 espécies vegetais validadas que foram regulamentadas pelo estado do Ceará através de seleção realizada pelo Comitê Estadual de Fitoterapia (Comef) que originou a Relação Estadual de Plantas Medicinais (Replame) promulgada pela Portaria 275/2012 (Diário Oficial do Estado, Série 3 Ano IV, nº 061, Fortaleza, 29 de março de 2012).

Destaca-se que o horto abriga um cultivo de 145 plantas medicinais: 31 espécies validadas que constituem o Horto Matriz do estado; e outras 115 espécies em estudos e pesquisas para validação, incluindo aquelas que são objetos de teses e dissertações. Sendo que as plantas denominadas *coerentes* são aquelas de uso popular disseminado e que a bibliografia científica comprova, mas que carecem ainda de testes pré-clínicos e clínicos para validação, o que demanda somas consideráveis de recursos para financiamento das análises e estudos.

Segundo avaliação de fonte entrevistada em 2013, o projeto FV, enquanto política pública estadual de saúde mais institucionalizada, desenvolveu-se de fato nos últimos dez anos, pois durante as décadas de 1980 e 1990 o projeto de limitava mais à ação da universidade: levantamentos bibliográficos; cultivo e validação; multiplicação vegetativa; fornecimento de mudas para população, escolas e unidades de saúde. Após trabalhos científicos as informações eram *devolvidas* para o povo a partir de reuniões com as

comunidades nas quais eram formadas lideranças, multiplicadores e porta-vozes. Ainda nos anos 1990, conforme relatado no caso do programa de Fortaleza, foi montado sob coordenação do Professor Matos o laboratório oficial e horto no município de Fortaleza, a partir de convênio com governo do estado, para demonstrar o valor e a importância da fitoterapia para gestores e prefeituras.

Muito atento ao período em que vivia, segundo depoimentos, desde o início de seus trabalhos o Professor Matos já se preocupava e assinalava a importância da questão da regulamentação do uso de plantas medicinais, sobretudo no que se refere às normativas legais e oficiais das Farmácias Vivas. Em 1997 o Professor Matos inicia junto à SES-CE um Projeto de Lei de Fitoterapia no Estado do Ceará e de implantação de Farmácias Vivas no estado (aprovada como Lei nº 12.951, de 07 de outubro de 1999, que dispõe sobre a Política de Implantação da Fitoterapia em Saúde Pública no Estado do Ceará). A criação, em 1997, do Centro Estadual de Fitoterapia para desenvolver o Programa Estadual (com apoio técnico-científico do Projeto Farmácias Vivas da UFC) marca a institucionalização da fitoterapia na saúde pública do Ceará. Sendo que o Comitê Estadual de Fitoterapia (Comef) já havia sido criado pela Portaria 1.685, de 13 de dezembro de 1996 (o mesmo foi reformulado em sua composição, posteriormente, através da Portaria 1481/2008).

O Comef passou dois anos (2007-2008) se reunindo mensalmente para estudar e discutir legislações e regulamentações, cujo resultado foi a elaboração e publicação do Decreto nº 30.016, de 30 de dezembro de 2009, que regulamentou a Lei 12.951, de 07 de outubro de 1999 (Política de Implantação da Fitoterapia em Saúde Pública no Estado do Ceará). Foi essa regulamentação que decretou o Horto da UFC como o Horto Matriz do estado do Ceará. A intenção, segundo coordenadora, é transformar esse horto num Horto Matriz Nacional. A principal tarefa do Comitê Estadual de Fitoterapia (Comef) foi selecionar o elenco das 31 plantas medicinais (com base naquelas mais usadas pelo povo cearense) para compor a Relação Estadual de Plantas Medicinais (Replame) promulgada pela Portaria 275/2012 (Diário Oficial do Estado, Série 3 Ano IV, nº 061, Fortaleza, 29 de março de 2012).

Em 2007 foi criado um convênio entre a SES-CE e a UFC pelo qual o Centro Estadual de Fitoterapia foi instituído como Núcleo de Fitoterápicos da Coordenadoria de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará.

A partir do Decreto nº 30.016, de 30 de dezembro de 2009 (que regulamentou a Lei nº 12.951, de 07 de outubro de 1999, que dispôs sobre a política de implantação da fitoterapia em saúde pública do estado do Ceará) a tipologia dos modelos de Farmácia Viva no SUS ficaram com os seguintes conteúdos:

Modelo Farmácia Viva 1 (cultivo de plantas medicinais): instalação de hortas de plantas medicinais em unidades de Farmácias Vivas Comunitárias e/ou unidades do SUS mantidas sob a supervisão dos profissionais do serviço público estadual/municipal de fitoterapia. Tem como finalidade realizar o cultivo e garantir à comunidade assistida o acesso às plantas medicinais “in natura” e a orientação sobre a preparação e o uso correto dos remédios caseiros, realizada por profissionais capacitados.

Modelo Farmácia Viva 2 (pré-processamento ou beneficiamento primário – drogas vegetais): instalação de hortas de plantas medicinais em unidades de Farmácias Vivas Comunitárias e/ou unidades do SUS, com a produção/dispensação de plantas medicinais secas (drogas vegetais) destinadas ao provimento das unidades de saúde do SUS. A matéria-prima vegetal será submetida às operações primárias, em áreas específicas, de acordo com as Boas Práticas de Processamento (BPP) e poderá também ser produzida através do desenvolvimento da agricultura familiar credenciada.

Modelo Farmácia Viva 3 (FV 1 + FV 2 + oficina de preparação de fitoterápicos): preparação de *fitoterápicos padronizados*, para o provimento das unidades do SUS. A droga vegetal para a preparação desses fitoterápicos manipulados deve ser oriunda de hortas e/ou hortos oficiais ou credenciados, desde que processada de acordo com as BPP. Os fitoterápicos serão preparados em áreas específicas para as operações farmacêuticas, de acordo com as Boas Práticas de Preparação.

Segundo coordenadora do programa estadual, levantamento realizado pelo Nufito indicou a existência de 74 Farmácias Vivas instaladas no Ceará, sendo que alguns municípios abrigam mais de uma. Segundo o Diagnóstico Estadual realizado através de ofícios enviados e contatos telefônicos junto a todas as secretarias municipais de saúde do estado do Ceará existiam, em 2012: 56 FV do Tipo 1; 21 FV do Tipo 3; e duas FV do Tipo 2. Segundo relato da coordenadora, muitos municípios temem a vigilância sanitária, por isso a não notificação por parte de muitos gestores dos programas municipais de fitoterapia em andamento. Destacou ainda que, em 2013, foi aprovado um financiamento junto ao CNPq para levantamento in loco de todos os municípios cearenses (total de 184, segundo

Censo IBGE de 2010) para realização do Diagnóstico Estadual que subsidiará o Projeto de APLs de Fitoterapia na Saúde Pública do Ceará.

O Projeto Estadual de APLs em Fitoterapia (parceria estado / SES-CE – universidade / UFC) se fundamenta na instalação de Pólos de Farmácias Vivas em municípios que já tenham programas e experiências de fitoterapia na saúde pública, mesmo que alguns possam estar desativados ou enfraquecidos nas conjunturas atuais.

A partir da definição de alguns municípios centrais no estado do Ceará (aproximadamente cinco pólos) será feita uma regionalização, cada pólo deverá atender municípios do entorno através de consórcios. Não há número máximo de municípios para cada pólo, mas cada pólo deverá referenciar no mínimo dois municípios do entorno: sendo que o pólo abrigará uma FV de Tipo 3 enquanto municípios do entorno deverão em contrapartida abrigar FV de Tipo 1 e/ou 2 para dispensar (plantas *in natura* e/ou drogas vegetais) no próprio município e fornecer massa verde para manipulação de fitoterápicos pelo laboratório do município pólo. Em mapa estratégico exposto no Nufito, estavam destacados os seguintes municípios que apresentavam horto mais laboratório de manipulação, portanto, candidatos a pólos: Viçosa do Ceará; Sobral; Itapipoca; Fortaleza; Maracanaú; Maranguape; Aquiraz; Horizonte; e Quixeramobim.

O estado do Ceará atualmente é dividido em quatro Macrorregiões de Saúde. A intenção do Projeto APL é montar dois hortos pólos em cada uma das Macrorregiões. Cada horto pólo ficará responsável por consorciar no mínimo dois municípios no entorno, assim como cada pólo também deverá pactuar com a agricultura familiar. Um dos incentivos à pequena agricultura é a contrapartida do estado na aquisição de *poço profundo*, o qual nas épocas de estiagem fazem muita diferença e que acabará sendo um incentivo para adesão da agricultura familiar e um forte estímulo para os municípios montarem FV de Tipo 2. Outro incentivo à adesão, previsto no Projeto, é uma pesquisa de mercado para os agricultores familiares poderem escoar excedentes da produção caso as prefeituras não comprem toda a massa verde produzida.

Fundamental na concretização do Projeto APL da SES-CE é o financiamento no valor de R\$ 980.654,40 conseguido mediante aprovação de projeto no edital da SCTIE/MS 1/2013¹¹⁹.

Portanto, serão organizados oito Hortos Pólos, dois em cada uma das seguintes Macrorregiões de Saúde: Região Metropolitana de Fortaleza (município de Fortaleza e Maracanaú); Região Sobral Ibiapina (Sobral e Itapipoca); Sertão Central (Tauá e Novo Oriente); e Região do Cariri (Juazeiro do Norte e Iguatu). Cada município que será selecionado (ainda está em definição) fará um termo *de acordo e convênio* com a SES-CE. Ao todo será dado apoio para a organização de 24 Hortos-APLs (oito municípios dos Hortos Pólos e mais dois referenciados para cada um desses oito), selecionados para o desenvolvimento da agricultura familiar. Os agricultores a serem selecionados deverão estar cadastrados em associações ou cooperativas.

Por fim, destaca-se que a obra realizada pelo Professor Matos é um acervo de cerca de 780 plantas medicinais levantadas e catalogadas na UFC e um grande projeto pedagógico. Uma constatação muito interessante que a visita ao horto realizada em outubro de 2013 fez – e registrou através de fotografias – é a prática de informar nas placas de identificação de todas as espécies cultivadas tanto as ações comprovadas cientificamente quanto as indicações de uso pelo povo (*o povo usa para*), mesmo que haja divergências entre ambos os usos da mesma planta (técnico-científico-informacional *versus* popular empírico-tradicional). Destacando-se que a Farmácia Viva só recomenda o uso comprovado cientificamente.

Para a coordenadora do projeto estadual do Ceará, o Projeto Farmácias Vivas, “um projeto 100% social num país 100% capitalista”, tem um caráter de trabalho missionário e “perceber o homem que faz uso da planta medicinal” foi o grande legado do Professor Matos cujo grande ensinamento foi o de “ver e amar não só as plantas em si, mas o homem que faz uso delas”. Na avaliação da coordenadora, a Farmácia Viva é a ciência das plantas medicinais à disposição da população, por isso o projeto na verdade é uma grande escola, conclui ela.

¹¹⁹ Edital SCTIE/MS Nº 1/2013, Publicado no DOU, dia 27 de maio de 2013 cujo objetivo é apoiar a estruturação, consolidação e o fortalecimento de APLs no âmbito do SUS, conforme a Política e o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF).

10.4. Região Amazônica e as situações de impulsos globais e de iconografia popular

Na Região Amazônica, embora haja presença importante de grupos indígenas, ribeirinhos e toda diversidade de populações que vivem historicamente dos usos da floresta, identificamos dificuldades no estabelecimento de vínculos entre os programas de fitoterapia no SUS e os usos populares de plantas medicinais. Embora estes usos sejam muito visíveis e presentes nas culturas amazônicas.

Foram identificadas duas situações geográficas: (i) situações marcadas pelas experiências de uso de plantas medicinais mais espontâneas no sistema público de saúde, que não se institucionalizam como programas e que são sub-notificados e não informados, pelas mais diversas razões (escassez informacional do lugar; escassez comunicacional do sistema; ou mesmo estratégia dos gestores e agentes de saúde desses lugares para não se exporem); e (ii) situações de impulsos globais com dificuldade de integrar os usos populares de plantas medicinais aos programas de fitoterapia institucionalizados, que são justamente aqueles informados e notificados e que, por isso, aparecem nos registros oficiais, conforme dados e mapas apresentados nesse trabalho.



Foto Luis Ribeiro, fitoterápicos do Programa Municipal Farmácia Nativa de Belém-PA dispensados na Unidade Municipal de Saúde Paraíso dos Passáros, (04/12/2012)

Na macrorregião Amazônica foram estudados os casos do programa municipal de fitoterapia Farmácia Nativa de Belém-PA (1.425.922 hab.), em seus dois momentos, e a Política Estadual de Plantas Medicinais e Fitoterápicos FarmaViva do governo do estado do Pará.

No primeiro momento do Programa Farmácia Nativa, de Belém, havia uma tendência de integrar as práticas populares de uso de plantas medicinais. Já no segundo momento do programa municipal de Belém, essa tendência aparece mais atenuada e nota-se uma força maior dos impulsos globais. Já no programa estadual do Pará, ainda um projeto, há a intenção de incorporar práticas populares de uso de plantas medicinais à estrutura técnico-científica-informacional projetada para o mesmo.

O programa municipal de fitoterapia Farmácia Nativa de Belém apresenta dois momentos: o primeiro, quando de sua fundação, durou de 2000 a 2004; o segundo, pela retomada do mesmo em 2006, após um tempo desativado, e que chega até o presente.

O primeiro período do Farmácia Nativa foi implementado e coordenado no âmbito da SMS de Belém, em parceria com a ONG Movimento República de Emaús e o Centro de Ensino Superior do Pará (Cesupa), e se fundamentou numa política de fitoterapia centrada no Programa Saúde da Família (PSF) valorizando a capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e o papel ativo da população usuária do SUS no programa. Essa ação objetivou estabelecer um vínculo maior entre a política do sistema de saúde municipal e os usos populares do território, em função da capilaridade do PSF e sua maior inserção junto às comunidades.

Nós vivemos na região amazônica que é uma região com uma riqueza de biodiversidade, nós temos toda uma cultura plantada no xamanismo, plantada em medicamentos não convencionais principalmente aqui na região tem que há a questão da pajelança, (...) Nós não poderíamos deixar de trabalhar tanto as plantas medicinais quanto os medicamentos fitoterápicos e pra isso o PSF é estratégico, porque o agente está diretamente na comunidade, pode não só tá aprendendo, como transmitindo informação sobre uma adequação do uso de plantas medicinais e dos medicamentos fitoterápicos. (Entrevistado 2, *apud* Costa, 2005, p. 86).

A utilização é muito grande de plantas medicinais, só que de uma forma incorreta, e muitas vezes agente podendo ter um horto, ter uma produção voltada pra tá orientando [...] além de que a crença, a credence popular é muito forte, às vezes você vai utilizar um medicamento alopático, mas ele não quer, ele vai utilizar uma erva, uma planta, porque a cultura dele é voltada pra isso, então isso

aí é uma arte antiga, em que eles crêem, e vem passando de geração em geração e o ideal seria agente catalogar, mapear, o que é utilizado com maior frequência e procurar fazer um horto, estudar aquelas plantas, verificar sua ação, e a partir de então, fazer o uso daquilo mesmo, uma terapia natural, para que você não bata de frente com a cultura do povo, e isso é muito importante, porque além de tudo você vai ter aceitação, vai ter adesão do paciente ao tratamento, e vai estar se adequando às condições locais, até mesmo de forma sócio-econômica, porque se o paciente precisa utilizar um medicamento e não tem condições de comprar, e você condições de fornecer através de um insumo medicinais como uma planta, você vai estar conseguindo uma adesão muito maior do paciente, essa é uma proposta que deveria ser trabalhada. (Entrevistado 3, *apud* Costa, 2005, pp.86-87).

Nesse primeiro momento, o programa foi fundamentado, segundo Costa (2005) e confirmado por fontes entrevistadas durante trabalho de campo realizado em dezembro de 2012, em três projetos junto ao PSF do SUS de Belém: (i) um convênio com a Prefeitura de Pontassieve e Universidade de Firenze (Itália) que possibilitou ação intersetorial entre quatro secretarias municipais de Belém (de Saúde, de Educação, de Economia e de Saneamento), a Fundação de Parques e Áreas Verdes de Belém e a Escola Bosque para capacitar profissionais de saúde e usuários do SUS em uso de plantas medicinais e a implantação de hortos medicinais em unidades de saúde e comunidades; (ii) Projeto de Desenvolvimento Infantil em Santana do Aurá (com financiamento do Fundo das Nações Unidas para a Infância, Unicef) para implantação de horto comunitário visando geração de emprego e formação de ACS; e (iii) realização de Curso de Uso Correto de Plantas Medicinais para os ACS de dois Distritos de Belém (Icoaraci e Outeiro).

Segundo fonte entrevistada, no período 2000-2004, o Farmácia Nativa contava ainda com um laboratório de manipulação de médio porte sediado no Horto do Benguí no complexo Expressão Cidade de Emaús (do Movimento República de Emaús). Além das ações de treinamento e capacitação para equipes do PSF e ACS e produção de cartilhas e material informativo, o programa produzia quatro fitoterápicos que eram distribuídos em 32 unidades do PSF em oito Distritos de Saúde de Belém.

Contudo, após mudança de gestão na prefeitura de Belém de 2004 para 2005, o programa Farmácia Nativa foi interrompido e só foi ser retomado oficialmente, já em outros moldes, em junho de 2006, sendo que sua primeira ação de fato se dá em 2007 com a primeira edição do curso Cultivo e Manipulação de Plantas e Ervas Medicinais. Essa

segunda versão do Farmácia Nativa está sendo desenvolvida e coordenada pelo Fundo Ver-o-Sol sob a direção da Secom (Secretaria Municipal de Economia de Belém-PA). As principais instituições parceiras estabelecidas são: Secretaria Municipal de Meio Ambiente de Belém (SEMMA) para implantação do horto e cultivo de plantas medicinais; Secretaria Municipal de Saúde de Belém (SESMA) para transferência de recursos para produção dos fitoterápicos; Embrapa Amazônia Oriental com fornecimento de tecnologia para cultivo e beneficiamento de plantas medicinais; Centro Universitário do Estado do Pará (Cesupa) para controle de qualidade dos fitoterápicos produzidos; e a ONG Movimento Missão Jovem que cuida do horto da Unidade Municipal de Saúde (UMS) Paraíso dos Pássaros.

De acordo com farmacêutico responsável pelo atual programa, que a partir de 2008 passou a contar com nova estrutura e farmácia de manipulação própria, o principal foco tem sido a realização de cursos gratuitos para manipulação de plantas medicinais e produção de cosméticos artesanais, com foco na elaboração de planos de negócios para a área de cosméticos artesanais com apoio do Sebrae. O público que participa dos cursos de formação do Programa Farmácia Nativa é composto por: erveiros da Associação Ver-as-Ervas do Mercado Ver-o-Peso; pequenos produtores do Cinturão Verde da Região Metropolitana de Belém; estudantes universitários de cursos de farmácia, agronomia e engenharia química; entidades religiosas; agentes comunitários do SUS; e nutricionistas, enfermeiros, farmacêuticos, médicos e assistentes sociais. Cerca de 800 pessoas já foram capacitadas pelas oficinas de manipulação do Programa Farmácia Nativa.

No ano de 2008, a Farmácia Nativa participou com estande no Fórum Social Mundial ocorrido em Belém do Pará, ocasião que propagandeou as ações do programa e distribuiu fitoterápicos e cosméticos funcionais durante o primeiro dia do evento. No segundo dia do evento foi proibida a dispensação dos produtos e sobraram mais de 10.000 unidades de fitoterápicos. Em 2009, o programa começou um Projeto Piloto junto às unidades de saúde de Belém a partir da escolha da UMS Paraíso dos Pássaros para distribuir os fitoterápicos estocados. A iniciativa obteve muita aceitação dos profissionais de saúde e da população usuária da unidade, conforme verificado em trabalho de campo realizado na unidade em dezembro de 2012. Contudo, até a data do trabalho de campo, o projeto piloto havia se resumido apenas a essa atividade.

A partir de 2010 o programa começou a enfrentar dificuldades na compra de materiais e insumos por conta dos fornecedores de frascos, rótulos e insumos vegetais. Foram realizadas três licitações de *compra por lote*, sem sucesso devido a: participantes do processo licitatório não atenderem aos editais em sua totalidade; fornecedores apresentarem problemas com documentação (certificações e certidões); processos não obtiveram lances ou participações para a aquisição dos insumos vegetais (extratos e drogas secas); anulação dos processos licitatórios por conta de preços exorbitantes (muito acima dos praticados pelo mercado) ofertados pelos fornecedores, principalmente no quesito embalagens, frascos e rótulos (não há produção desses materiais no Pará). O programa ficou paralisado por dois anos (2010-2012) e somente em julho de 2012 as aquisições foram regularizadas e conseguiu-se comprar os frascos e insumos. Os insumos para produção (tanto vidrarias e embalagens como extratos e drogas vegetais) são adquiridos em sua totalidade nos estados de São Paulo, Paraná e Minas Gerais.

Um dos principais objetivos do programa é que os produtos sejam produzidos a partir, preferencialmente, das plantas encontradas na Amazônia, como a copaíba, andiroba, jucá, priprioça, pau-rosa e patchouli. O programa Farmácia Nativa está sendo reformulado com o objetivo de obter *tudo* na Região Metropolitana de Belém, ou seja, dispor de todos os atores, elos e insumos necessários à cadeia produtiva, inclusive comunidades e pequenos agricultores do Cinturão Verde. Já existem algumas pequenas produtoras do Cinturão Verde de Belém que estão cultivando plantas medicinais, e não apenas extraindo, a partir de capacitação e fornecimento de mudas pela Embrapa Amazônia Oriental.

Na Região Norte predomina a produção de plantas medicinais por extrativismo, praticamente inexistente produção por cultivo. O que dificulta as estratégias daqueles programas de fitoterapia da região que se baseiam na aquisição de massa verde junto ao mercado, já que é muito rara a produção por extrativismo com certificação, qualquer que seja a região do país considerada. Além da aquisição de vidrarias e embalagens, também a compra de extratos de plantas e drogas secas de atacadistas distribuidores do sul do país tornam os programas de fitoterapia da Região Norte extremamente dependentes de insumos da Região Concentrada.

De modo geral, a principal ação do programa Farmácia Nativa de Belém com o SUS do município tem sido a instalação de hortos medicinais comunitários e doação de mudas de plantas medicinais em escolas e colégios através da Embrapa Amazônia Oriental. O Horto de Plantas Medicinais e o banco de germoplasma da Embrapa Amazônia Oriental (localizada em Belém-PA) começou a ser montado na década de 1980. De acordo com pesquisador entrevistado, o horto conta atualmente com 265 espécies de plantas medicinais, das quais apenas 1% compreende aquelas validadas cientificamente, enquanto 99% da coleção são espécies baseadas no uso popular aguardando estudos e pesquisas para validação.

No estado do Pará, também vem sendo implementada, desde 2008, a Política Estadual de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PEPMF-PA), denominada *FarmaViva – conhecimento científico e popular em busca da sustentabilidade*. Inicialmente, a política estadual foi articulada por duas técnicas farmacêuticas da SES-PA e uma técnica agrônoma da Secretaria de Estado da Agricultura do Pará (SAGRI-PA), cuja principal motivação foi a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, promulgada em 2006. Importante impulso à política estadual do Pará foi o I Seminário Internacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos da Amazônia realizado em Belém, em 2008, e que contou com apoio financeiro da Fapespa (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Pará). Foi a partir desse seminário que foram montados os grupos técnicos de trabalho para elaboração da PEPMF-PA a qual foi institucionalizada através do Decreto 2.618, de 25 de novembro de 2010.

Na consolidação da política estadual paraense, também foram citados outros dois importantes eventos realizados conjuntamente em Belém, no mês de março de 2011: o I Fórum de Tecnologias Sociais em Plantas Medicinais e Fitoterápicos no Bioma Amazônico; e a Oficina de Planejamento da Rede de Tecnologias Sociais em Plantas Medicinais e Fitoterápicos no Bioma Amazônico. Promovido pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz/MS), Universidade Federal do Pará (UFPA) e Departamento de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde (DAF/SCTIE/MS), com o apoio da Financiadora de Estudos e Projetos (Finep) e da Rede de Tecnologias Sociais (RTS).

Logo em seu início, a política estadual enfrentou grande dificuldade em função de mudança no governo estadual nas eleições de 2010, cuja gestão passou de um partido mais

de esquerda para um partido mais de direita. Enquanto no governo anterior havia muitos *pontos focais* nas secretarias facilitando a articulação e as estratégias necessárias, quando o novo governo assume, em 2011, o Comitê da PEPMF-PA que era composto por cinco secretarias de estado foi desarticulado. A articulação inicial perdeu importantes agentes que coordenavam a política na SES-PA e na Secretaria de Estado de Governo (SEGOV/PA). Apenas a Secretaria de Estado de Ciência, Tecnologia e Inovação do Pará (SECTI-PA) não enfrentou tal esvaziamento e perda. Tanto que seu Plano Diretor 2011-2015¹²⁰ manteve o projeto e ações previstas, principalmente através de empenho de recursos financeiros: como o montante global da ordem de R\$ 1 bilhão (20% colocado pela Fapespa e 80% pela SECTI-PA) previsto para edital em apoio à montagem de uma rede estadual de pesquisas em plantas medicinais e fitoterápicos. Nas demais secretarias as iniciativas foram mantidas e continuadas de forma mais pessoal e menos institucionalizada graças ao empenho dos técnicos e profissionais envolvidos que são funcionários de carreira nas mesmas.

A política estadual manteve a mesma denominação (FarmaViva – conhecimento científico e popular em busca da sustentabilidade), mas passou a fazer parte de uma política mais ampla no âmbito do Programa Paraense de Incentivo ao Uso Sustentável da Biodiversidade, o BIOPARÁ.

Destaca-se que o programa estadual paraense firmou dois convênios com a SCTIE/MS, em 2011, para apoio técnico e financeiro num valor total de cerca de R\$ 1,9 milhão¹²¹. Entretanto, os recursos não tinham sido utilizados, quando do trabalho de campo realizado em dezembro de 2012, devido a uma cláusula suspensiva em virtude da não apresentação e adequação do projeto arquitetônico e de engenharia das unidades conforme determinações normativas. Segundo fonte entrevistada, também está ancorada no projeto da SECTI-PA a consolidação do APL de Plantas Medicinais e Fitoterápicos da SMS de Santarém-PA cujo projeto municipal foi aprovado em Edital da SCTIE-MS, de 2012, para

¹²⁰ PARÁ (Estado). Secretaria de Estado de Ciência, Tecnologia e Inovação. *Plano Diretor de Ciência, Tecnologia & Inovação 2011/2015*. Belém-PA, SECTI, 2011. Disponível em: www.secti.pa.gov.br/sites/default/files/planodiretorsecti.pdf (acessado em 20/11/2012).

¹²¹ Segundo dados fornecidos pela SECTI-PA, em dezembro de 2012, o valor total dos recursos com os Convênios é de R\$ 1.889.519,00, sendo que: na Proposta N° 067689/2011 o MS entra com R\$ 500.000,00 e a SECTI-PA com R\$ 55.600,00; e na Proposta N° 065957/2011 o MS entra com R\$ 1.198.919,00 e a SECTI-PA com R\$ 135.000,00.

financiamento no valor total de R\$ 127.679,00 (R\$ 111.179,00 para custeio e R\$ 16.500,00 para capital), conforme Portaria da SCTIE-MS nº 13, de 19 de junho de 2012.

O programa FarmaViva é constituído por três planos pilotos de farmácias vivas que serão instaladas em municípios de três Regiões de Integração do Pará: Região Metropolitana de Belém (Belém); Rio Capim (Paragominas); e Baixo Amazonas (Santarém). A SECTI-PA pretende consolidar esse sistema como modelo a ser replicado por outros municípios do estado. O projeto se fundamenta na escolha de localidades nas quais haja uma densidade técnica e científica, principalmente universidades e institutos de pesquisa públicos com presença de grupos de pesquisa na área. Cada uma das três farmácias piloto será constituída pela articulação de quatro componentes: (i) unidade de manipulação das plantas medicinais e fitoterápicos; (ii) hortos certificados; (iii) Parques Científicos e Tecnológicos (PCT); e (iv) rede de agricultores para produção da massa verde.

Foram escolhidos três municípios pólo: (i) Belém: PCT Guamá, Universidade Federal do Pará (UFPA) e Universidade Federal Rural (UFRA); (ii) Santarém: PCT Tapajós e Universidade Federal do Oeste do Pará (UFOPA); e (iii) Paragominas: PCT Tocantins (município de Marabá), Universidade Federal do Pará (UFPA) e Universidade Federal Rural (UFRA).

Sendo que o Comitê Gestor do Projeto FarmaViva está dividido em três eixos: (i) o de *Gestão*: SECTI-PA (coordenação geral), SAGRI-PA (coordenação da produção vegetal) e SES-PA (coordenação da produção de fitoterápicos); (ii) o da *Produção Vegetal*: Rede de Agricultores (produção da biomassa), UFRA (executora) e UFOPA (executora); e (iii) *Produção de Plantas e Fitoterápicos*: UFPA (apoio técnico e científico), UFOPA (apoio técnico e científico) e Rede de Unidades de Manipulação (produção de fitoterápicos).

Embora o projeto estadual venha sendo coordenado pela SECTI-PA, a SES-PA ainda mantém assento no Comitê executivo da política. Destaca-se que Programa Paraense para Uso de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (FarmaViva) foi aprovado em Resolução do Conselho Estadual de Saúde do Pará (CES/PA) nº 054, de 24 de setembro de 2012.

O Departamento de Assistência Farmacêutica da SES-PA participou do projeto estadual até o ano de 2011, inclusive realizando levantamento para diagnóstico situacional dos municípios paraenses que já tinham programas de fitoterapia no SUS a fim de buscar estratégias de ação conjunta com esses municípios. Contudo, segundo técnico da SECTI-

PA entrevistado, a estratégia atual dessa secretaria no âmbito do projeto não leva em consideração os programas municipais de fitoterapia existentes no estado. O que é muito ruim para o projeto, segundo avaliação do entrevistado, pois o critério adotado na escolha dos municípios pólo visa principalmente as localidades e regiões com densidade técnica-científica que dê o respaldo e suporte necessários ao projeto estadual.

A intenção do programa estadual é que numa segunda fase, após a estruturação e articulação das cadeias produtivas, laboratórios, pesquisas e serviços de saúde, o FarmaViva seja municipalizado por conta do Piso da Assistência Farmacêutica para a Atenção Básica (Componente Básico da AF). Segundo fonte entrevistada, o novo cenário político conjuntural, a partir das eleições municipais de 2012, é muito favorável à implantação do programa, pois os três municípios constituintes do FarmaViva (Belém, Santarém e Paragominas) passarão a ser administrados, a partir de 2013, por governos municipais da base de sustentação do governo estadual paraense, um forte alinhamento político-partidário.

Considerando alguns elementos e intenções do projeto estadual para o programa de fitoterapia do Pará, parece-nos que ele reforçará, caso vingue, e nessas condições, uma situação geográfica intermediária (entre impulsos globais e de iconografia popular).

Por um lado, o projeto estadual FarmaViva apresenta algumas características mais próximas a verticalidades: (i) não partiu de um levantamento dos programas municipais de fitoterapia no SUS já existentes no Pará, o que poderia não apenas somar esforços, mas, potencialmente, fortalecer solidariedades orgânicas a partir de vínculos com práticas e saberes populares estabelecidos pelos programas municipais; (ii) elegeu localidades (municípios) com base na presença de densidade técnico-científica, o que reforça desigualdades e concentrações; (iii) seja uma política estadual, a princípio caracterizada como uma ação *de cima para baixo*, porque formulada e elaborada por especialistas e técnicos de universidades, de secretarias estaduais e gestores federais; e (iv) tomou como base o elenco de fitoterápicos da relação nacional do MS (Renafito), na qual não consta nenhuma espécie da Amazônia.

Por outro lado, em função do programa estadual estar incorporando a essa relação adotada, três espécies nativas da floresta amazônica (que já estão sendo analisadas pela Vigilância Sanitária estadual do Pará, segundo entrevista), e por conta dos APLs dos três

pólos selecionados estarem integrando atores produtivos enraizados nas regiões (rede de pequenos agricultores em Santarém e do Cinturão Verde da Região Metropolitana de Belém e Movimento das Mulheres das Ilhas de Belém), há indicativos que o programa paraense FarmaViva esteja integrando e vinculando, ao menos em certa medida, o saber e prática técnico-científico com os saberes e práticas populares.



Foto: Luis Ribeiro, Horto de Plantas Medicinais da Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (Embrapa Amazônia Oriental), Belém-PA (05/12/2012)

Capítulo 11. Difusão do subsistema de fitoterapia no SUS: tendências, dilemas, constrangimentos e estratégias de existência

A análise dos programas de fitoterapia no SUS revela que o grande impulso que animou e permanece animando as experiências de adoção de plantas medicinais e fitoterápicos na saúde pública no Brasil, desde os pioneiros em meados dos anos 1980 até os programas atuais, tem sido os desdobramentos de eventos globais, principalmente daqueles tributários do movimento de contracultura dos anos 1960 e da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde realizada pela OMS em Alma-Ata, em 1978.

Esses eventos foram acolhidos pela formação socioespacial brasileira a partir de dois principais eixos de uso do território, muito imbricados e convergentes no caso da fitoterapia no SUS: (i) o ideário ambientalista, ecologista e o orientalismo; e (ii) as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), tradução das práticas de medicina tradicional e alternativa. Tanto o SUS como os novos usos de plantas medicinais e fitoterápicos são modernizações do período técnico-científico-informacional. Eventos que acontecem não num território liso, ou mero receptáculo, mas num território regionalmente desigual e diverso que se impõe. Como é o caso dos usos populares e tradicionais de plantas medicinais e fitoterápicos praticados nos diversos lugares do país.

O que se evidencia nas estratégias e sistematicidades tecidas no âmbito dos programas de fitoterapia no SUS pesquisados os quais – enquanto nós de verticalidades e horizontalidades – são produzidos e também produzem situações geográficas únicas, ampliando e aprofundando a diferenciação regional brasileira. A difusão e consolidação progressiva de um subsistema de fitoterapia no macrossistema de saúde brasileiro têm sido animadas tanto por modernizações e impulsos globais como pelas pulsações dos distintos lugares do país.

O subsistema de fitoterapia no SUS enfrenta fortes constrangimentos, dificuldades e fatores limitantes diferenciados conforme as situações geográficas que caracterizam as quatro macrorregiões brasileiras e outras situações específicas no interior de cada uma dessas regiões. No âmbito geral da pesquisa, os fatores limitantes à existência e expansão dos programas de fitoterapia mais citados no conjunto das 81 entrevistas realizadas em 24

municípios, de oito estados da federação, e três Regiões Administrativas do Distrito Federal, estão apresentados no quadro abaixo, em ordem decrescente, ou seja, dos fatores mais citados aos menos citados identificados nas quatro macrorregiões brasileiras.

Quadro 8. Brasil: constrangimentos e fatores limitantes à existência do subsistema de fitoterapia no SUS

Descontinuidades e rupturas em função de mudanças no governo municipal e resistência dos gestores.
Falta de controle sobre matéria-prima e dificuldades de compra e aquisição no mercado dos insumos (plantas medicinais, drogas vegetais, extratos e fitoterápicos industrializados) devido a fornecedores não qualificados e matéria-prima de má qualidade.
Inexistência de recursos próprios garantidos por lei no orçamento e exclusivo à manutenção e expansão do serviço de fitoterapia no SUS, acentuando dependência da conjuntura política (governo vigente) e de agentes da gestão administrativa.
Dificuldades e entraves para aquisição dos insumos vegetais ou medicamentos fitoterápicos acabados através do marco regulatório das compras públicas (processos licitatórios).
Resistência da classe médica em aderir e apoiar os programas de fitoterapia.
Falta de espaço físico, local apropriado, estruturas e equipamentos para operação dos programas (escritórios e locais administrativos; laboratórios e farmácias de manipulação; hortos e terrenos para produção de massa verde).
Rigidez normativa e falta de regulação e normatização mais adequadas e sensíveis às realidades regionais locais dos programas de fitoterapia, sobretudo por parte da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e, em menor grau, por algumas ações do Ministério da Saúde, como as relações nacionais de referência para plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos.

Fonte: elaboração própria a partir de 81 entrevistas realizadas, no período de agosto de 2010 a janeiro de 2014, junto a programas de fitoterapia no Sistema Único de Saúde (SUS) presentes nas quatro macrorregiões brasileiras.

O Quadro 8 expressa os constrangimentos, dificuldades e fatores limitantes dos programas de fitoterapia sob uma perspectiva mais estrutural, ou seja, presentes nas quatro macrorregiões. Cada um dos fatores citados apresenta intensidade e importância distintas segundo sua hierarquia na combinação dos arranjos limitantes próprios a cada um dos programas de fitoterapia pesquisados. Ou seja, o Quadro 8 expressa a ordem geral de constrangimentos ao subsistema de fitoterapia do macrossistema de saúde identificados nas

quatro macrorregiões brasileiras, mas cada um desses componentes tem presença e força de atuação distintas segundo a situação particular de cada programa de fitoterapia.

Nos programas de fitoterapia no SUS visitados, a principal dificuldade apontada e mais citada nas quatro macrorregiões foi: a *descontinuidade e ruptura por conta de mudanças na gestão municipal*. A principal queixa nesse sentido é o fato de governos de partidos e grupos políticos distintos não terem uma mesma percepção da política de fitoterapia, sobretudo se o programa foi implantado em administrações adversárias politicamente. A maior *abertura* e apoio aos programas, constatados na maioria dos casos estudados, expressou certo espectro ideológico: partidos mais de esquerda têm uma tendência maior em apoiar a adoção da fitoterapia no SUS, enquanto partidos mais conservadores e de direita têm tendência em não incentivar os programas e, por vezes, até mesmo miná-los e desativá-los.

Por isso, dentre as estratégias mais citadas no conjunto dos programas visitados nas quatro macrorregiões, figura a de institucionalização dos programas, experiências e projetos de fitoterapia no SUS através de Leis, Decretos e Portarias (municipais, estaduais e federais) como um mecanismo para garantir a continuidade e permanência dos programas. Segundo argumentação dos entrevistados, essa ação auxilia na capacidade de resistência e durabilidade dos programas frente a mudanças conjunturais, sobretudo, aquelas relativas à descontinuidade das administrações em função de mudanças nos quadros do governo das gestões municipal ou estadual.

A articulação junto aos legislativos (câmaras municipais e assembleias estaduais) para conferir aos programas de fitoterapia *força de lei*, embora seja uma estratégia muito valorizada pelos entrevistados, há a consciência de que, ainda que de extrema importância, isoladamente essa iniciativa não basta para garantir e assegurar a continuidade dos programas. Esse arcabouço legal não é suficiente, por si próprio e isoladamente, para gerar programas de fitoterapia ou para garantir a continuidade e expansão daqueles existentes.

Como estratégia conjunta para fazer cumprir a lei, a principal força que garante a continuidade dos programas, segundo entrevistados, tem sido o apoio e pressão da população: usuária do SUS, organizada em associações (de usuários, profissionais, religiosas), movimentos sociais ou nas representações de controle social do SUS, como os Conselhos de Saúde.

No Quadro 9 elencamos as principais estratégias de fortalecimento dos programas de fitoterapia no SUS identificadas no conjunto dos trabalhos de campo realizados. Destacando que tais estratégias e ações apresentam intensidade e valorização distintas segundo as especificidades e combinações próprias aos programas de fitoterapia pesquisados.

Quadro 9. Brasil: principais estratégias de fortalecimento do subsistema de fitoterapia no SUS

Apoio e pressão da população, tanto espontânea quanto de forma mais organizada: associações de usuários, de profissionais e de entidades religiosas; movimentos sociais; ou nas representações de controle social do SUS, como os Conselhos de Saúde (municipais, estaduais e nacional).

Institucionalização através de leis, decretos e portarias (municipais, estaduais e federais) para garantir continuidade, permanência e recursos orçamentários próprios.

Elaboração e prestação de cursos de capacitação em fitoterapia para gestores, profissionais e trabalhadores da saúde e de outras áreas, para a população em geral, além de cursos para capacitação de atores vinculados à produção de plantas medicinais (produtores agrícolas) e manipulação de fitoterápicos.

Promoção e realização de eventos e campanhas públicas de divulgação e fomento dos programas e da fitoterapia de um modo geral (oficinas, encontros, seminários, semanas, comemorações e rodas de conversa).

Tornar-se Farmácia Viva, incorporando e internalizando as etapas de produção e dispensação de plantas medicinais e fitoterápicos (cultivo, hortos próprios ou comunitários credenciados, beneficiamento, elaboração de fitoterápicos em farmácias e oficinas de manipulação próprias, e dispensação dos insumos na rede de saúde).

Regionalização dos programas de fitoterapia, por meio de ações e políticas do governo federal, mas principalmente através de políticas estaduais e da própria articulação e cooperação entre os programas municipais.

Levantamentos e estudos para demonstrar custo-efetividade da utilização de plantas medicinais e fitoterápicos pelo sistema de saúde, a fim de fortalecer legitimidade e atratividade dos programas aos gestores do macrossistema de saúde.

Parcerias e convênios com universidades e centros de pesquisa para expandir ações, produtos e legitimidade técnica, científica e informacional.

Fonte: elaboração própria a partir de 81 entrevistas realizadas, no período de agosto de 2010 a janeiro de 2014, junto a programas de fitoterapia no Sistema Único de Saúde (SUS) presentes nas quatro macrorregiões brasileiras.

De acordo com as entrevistas realizadas, esse apoio popular tem sido a principal estratégia e garantia de continuidade dos programas de fitoterapia no SUS. Constatamos que esse apoio tende a se espalhar e a constituir uma importante psicosfera de legitimação e agregação de forças sociais diversas quando também faz parte da estratégia dos programas de fitoterapia, como a realização de: (i) cursos para capacitação de pequenos produtores agrícolas, prescritores do sistema de saúde (médicos, enfermeiros e dentistas) e sensibilização dos profissionais de saúde e população em geral; e (ii) promoção e realização de eventos ligados à fitoterapia como encontros, seminários, campanhas e ações educativas.

Outro constrangimento muito citado se refere à falta de controle sobre matéria-prima e dificuldades de compra e aquisição no mercado dos insumos (plantas medicinais, drogas vegetais, extratos e fitoterápicos industrializados) devido ao fato de que no conjunto os fornecedores não são qualificados e a matéria-prima no mercado apresenta péssimas condições, sem controle de qualidade e não atendendo na íntegra as boas práticas de produção. Soma-se a isso a dificuldade relacionada aos entraves para aquisição dos insumos vegetais ou medicamentos fitoterápicos acabados através do marco regulatório das compras públicas (processos licitatórios).

Foram colhidos muitos depoimentos nos programas visitados quanto aos empecilhos e entraves decorrentes dos marcos regulatórios das compras públicas pelo Estado. Em todas as macrorregiões foi assinalado que as modalidades previstas na Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, conhecida como Lei de Licitações e Contratos, atrapalham o andamento dos programas, como: demora e prazos muito estendidos para concluir todo o processo de compra e poder dispor dos insumos; e a padronização de editais e o caráter *automático* da rotina administrativa das instituições públicas torna mais fácil e preferível a aquisição dos medicamentos químicos sintéticos em detrimento das nuances e especificidades das drogas vegetais e medicamentos fitoterápicos. Segundo fontes entrevistadas, grande parte das empresas do ramo de fitoterápicos está em situação irregular por não cumprir na totalidade as exigências da Lei de Licitações, o que exclui a maioria delas dos certames públicos, como situação jurídica ou outras irregularidades (certidões negativas; atestados e registros diversos; autorizações e alvarás de funcionamento; documentos patrimoniais e contábeis).

No caso dos programas de fitoterapia no SUS fundamentados em estratégias do modelo Farmácia Viva, cabe assinalar um conjunto de constrangimentos, fatores limitantes

e dificuldades apontados pelos atores envolvidos na primeira etapa da produção (cultivo e extrativismo por pequenos produtores associados ou hortos comunitários conveniados) que foram estruturalmente verificados nas quatro macrorregiões: (i) inexistência de garantias da compra da produção pelos programas públicos, sobretudo a longo prazo e compra de safras futuras¹²²; (ii) dificuldade com escoamento de produção ou de excedente não adquirido pelos programas públicos junto ao mercado; (iii) dificuldade de acesso e/ou inexistência de linha de crédito e financiamento específico para agricultores familiares e pequenos produtores para cultivo ou extrativismo / manejo de plantas medicinais; e (iv) resistência de gestores públicos e parte da sociedade (por conta da cultura coronelista) aos pequenos agricultores e produtores extrativistas, principalmente ao caráter comunitário de alguns desses grupos ou às formas de organização política em associações, cooperativas e movimentos sociais organizados.

O caráter *de cima para baixo* da política nacional também foi muito criticado, sobretudo no que se refere à rigidez normativa e falta de normatização mais adequada por parte da Anvisa às realidades locais dos programas de fitoterapia. No conjunto das entrevistas esse ponto foi citado em todas as macrorregiões, principalmente quanto às exigências normativas e regulatórias da agência que dispensa o mesmo tratamento para laboratórios municipais de manipulação e para grandes indústrias do mercado. Segundo entrevistados, a Anvisa deveria ter um escopo mais plural e uma tipologia regulatória mais escalonada para dar conta, de *forma justa e igualitária*, das distintas realidades produtivas. Foram identificados vários programas desativados, parados ou funcionando parcialmente por conta de seus laboratórios de produção estarem fechados ou em funcionamento parcial devido a obras e reformas por determinação e exigência da Anvisa.

Outra crítica muito observada nos programas visitados de todas as macrorregiões recai sobre as Relações Nacionais do Ministério da Saúde e da Anvisa, que referenciam os elencos de plantas medicinais e fitoterápicos a serem adotados: a Rensis (Relação

¹²² Na região oeste do estado do Paraná foi identificada uma proposta em elaboração por produtores associados que parte da justificativa de que para avançar na incorporação de plantas medicinais e fitoterápicos o SUS deveria se articular melhor com produtores da agricultura familiar. Nesse sentido, o grupo propõe a necessidade de uma ação tal como o PAA (Programa de Aquisição de Alimentos da agricultura familiar local para as merendas das escolas) do MDA (Ministério do Desenvolvimento Agrário), logo, um PAA do SUS no qual as compras das secretarias municipais e estaduais garantiriam a produção de plantas medicinais de pequenos agricultores da região.

Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS) com 71 espécies listadas; e Renafito (Relação Nacional de Medicamentos Fitoterápicos) contemplando, hoje, 12 fitoterápicos.

Diversas fontes entrevistadas afirmaram que as relações nacionais são elaboradas *de cima para baixo* e chegam *prontas*, não sendo objetos de discussões, debates e construção conjunta com todos os atores envolvidos na política. Muitas críticas foram feitas às relações em virtude das mesmas não contemplarem as especificidades regionais (espécies nativas ou exóticas adaptadas mais utilizadas nas regiões), o que limita o escopo de abrangência e expansão dos programas de fitoterapia. Inclusive, alega-se que as relações nacionais privilegiam alguns atores específicos em detrimento da maioria, em particular aqueles mais hegemônicos nas escalas nacional e mundial.

Contudo, registra-se aqui que muitos elogios também foram tecidos pelos entrevistados, ainda que numa proporção muito menor do que as críticas à Anvisa em sua totalidade, a determinados técnicos e pesquisadores da equipe de Gerência de Medicamentos Isentos, Específicos, Fitoterápicos e Homeopáticos da Gerência Geral de Medicamentos (COFID/GMEFH/GGMED/ANVISA/MS).

Embora das muitas críticas tenham sido direcionadas ao caráter hierárquico da política nacional, principalmente no quesito normatização e relações nacionais de plantas medicinais e fitoterápicos, por outro lado também foram registrados muitos elogios ao empenho, parceria e apoio técnico de equipes do Ministério da Saúde, em particular ao Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde (DAB/SAS/MS) e, sobretudo, à equipe técnica do Departamento de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (DAF/SCTIE/MS).

Nas entrevistas realizadas nos trabalhos de campo, uma importante dificuldade enfrentada pelos programas de fitoterapia no SUS identificada foi a *resistência da classe médica em aderir e apoiar os programas de fitoterapia*. O que é expressão da racionalidade hegemônica da biomedicina atrelada ao complexo médico-industrial no macrossistema de saúde.

De modo geral, de um ponto de vista analítico, podemos agrupar os constrangimentos, obstáculos, dificuldades e fatores limitantes ao subsistema de fitoterapia no SUS em duas principais dimensões ou eixos estruturais.

Uma delas constituída pelo macrossistema de saúde em seu funcionamento sistêmico. A adoção da fitoterapia pelo SUS enfrenta resistências pelo fato de constituir uma política não hegemônica, no mais das vezes, contra-hegemônica, frente à racionalidade dominante que comanda o arranjo dos diversos componentes e subsistemas do macrossistema dual de saúde, como a associação da racionalidade da biomedicina com o complexo econômico-industrial da saúde que é a sistematicidade dominante no macrossistema. A tendência do predomínio da *tecnociência*¹²³ no macrossistema de saúde dificulta outros usos possíveis das variáveis do período (técnica, ciência e informação) impedindo uma vinculação e comunicação mais intensas entre o macrossistema de saúde e as práticas e saberes populares.

Outra dimensão estrutural se refere ao mercado de plantas medicinais e fitoterápicos. Embora desde os anos 1990 esteja acontecendo um processo de fusão e aquisições nesses ramos, principalmente no caso dos fitoterápicos, contudo essas produções não representam etapas estratégicas para as grandes multinacionais farmacêuticas. A precariedade dos produtores nacionais tem comprometido, em maior ou menor grau, o andamento dos programas de fitoterapia, tanto daqueles pautados pelo modelo de aquisição no mercado de fitoterápicos industrializados quanto aqueles que compram massa verde (plantas frescas, secas ou extratos vegetais) para manipulação de fitoterápicos ou dispensação de plantas medicinais (secas na forma de chás).

A despeito dos constrangimentos e fatores limitantes aos programas, constatamos a constituição e crescimento progressivo da fitoterapia no SUS como um subsistema do macrossistema de saúde brasileiro. Processo no qual identificamos duas fases: uma antes e

¹²³ Tecnociência aqui entendida como o processo contemporâneo – iniciado após a Segunda Guerra Mundial com os *macroprojetos de pesquisa* e que se intensifica e se difunde globalmente a partir dos anos 1970 – marcado pela unificação da ciência e da tecnologia objetivando o lucro. Um uso corporativo da ciência integrada num novo tipo de organização: a *empresa tecnocientífica* (tanto pública como privada), caracterizada por investimentos privados na pesquisa e por altos níveis orçamentários. Sinal importante dessa transformação é que se antes os conflitos científicos eram resolvidos na própria comunidade científica, hoje muitos deles são resolvidos em tribunais. A tecnociência constitui uma nova modalidade de poder: “simbiose, em uma mesma instituição, de cientistas, engenheiros ou tecnólogos e técnicos, empresários, empresários industriais, políticos e militares na maioria dos casos. Dessa maneira, a mudança radical na confluência dessas cinco grandes culturas: científica, engenharia, empresarial, política e militar; e, portanto, no lugar de falar de um sujeito individual capaz de investigar e de gerar conhecimento, de produzir invenções, é necessário que existam estes cinco personagens para que se gere uma mudança em nível macro que é próprio da megaciência” (Echeverría, 2005, p.13).

outra depois da política nacional. Se na primeira fase (pré-PNPMF de 2006) que se estende até meados de 2008 se sobressaiam os programas de fitoterapia fundamentados em farmácias de manipulação dos municípios ou em particulares conveniadas, com predomínio das farmácias municipais de manipulação, já na segunda fase (pós-PNPMF), de 2008 em diante, verifica-se o crescimento e predomínio de programas de fitoterapia fundamentados na compra e dispensação de fitoterápicos industrializados.

Esse processo pode ser visualizado nos mapas a seguir. Embora os dados sistematizados não tenham sido produzidos sob uma mesma metodologia, contudo permitem uma comparação entre as diferenças das modalidades de produção dos programas municipais de fitoterapia no SUS nos anos de 2008 (Mapa 4) e de 2012 (5 Mapa).

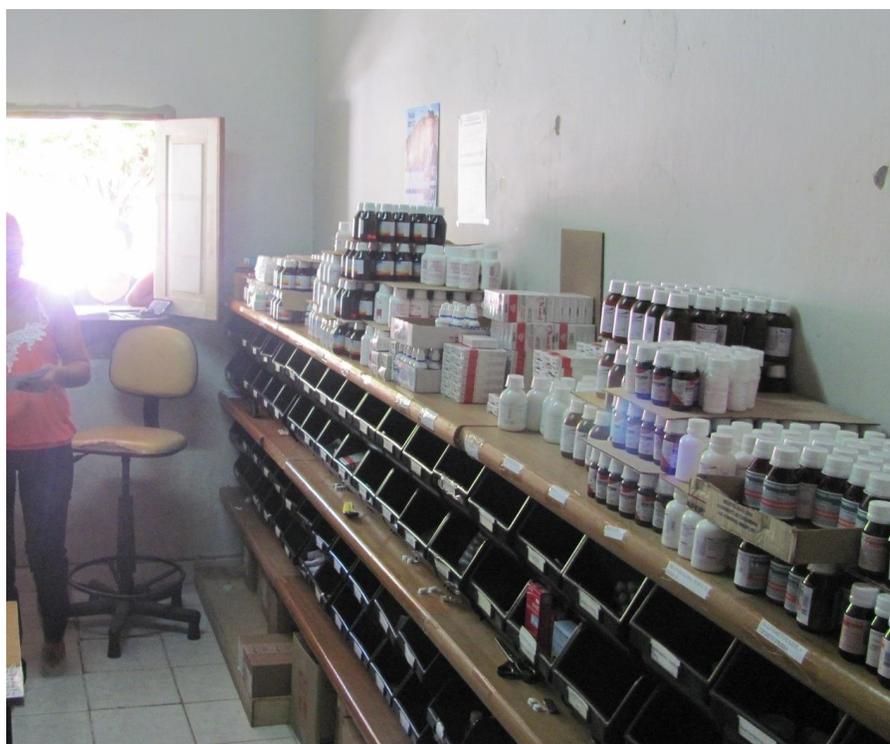
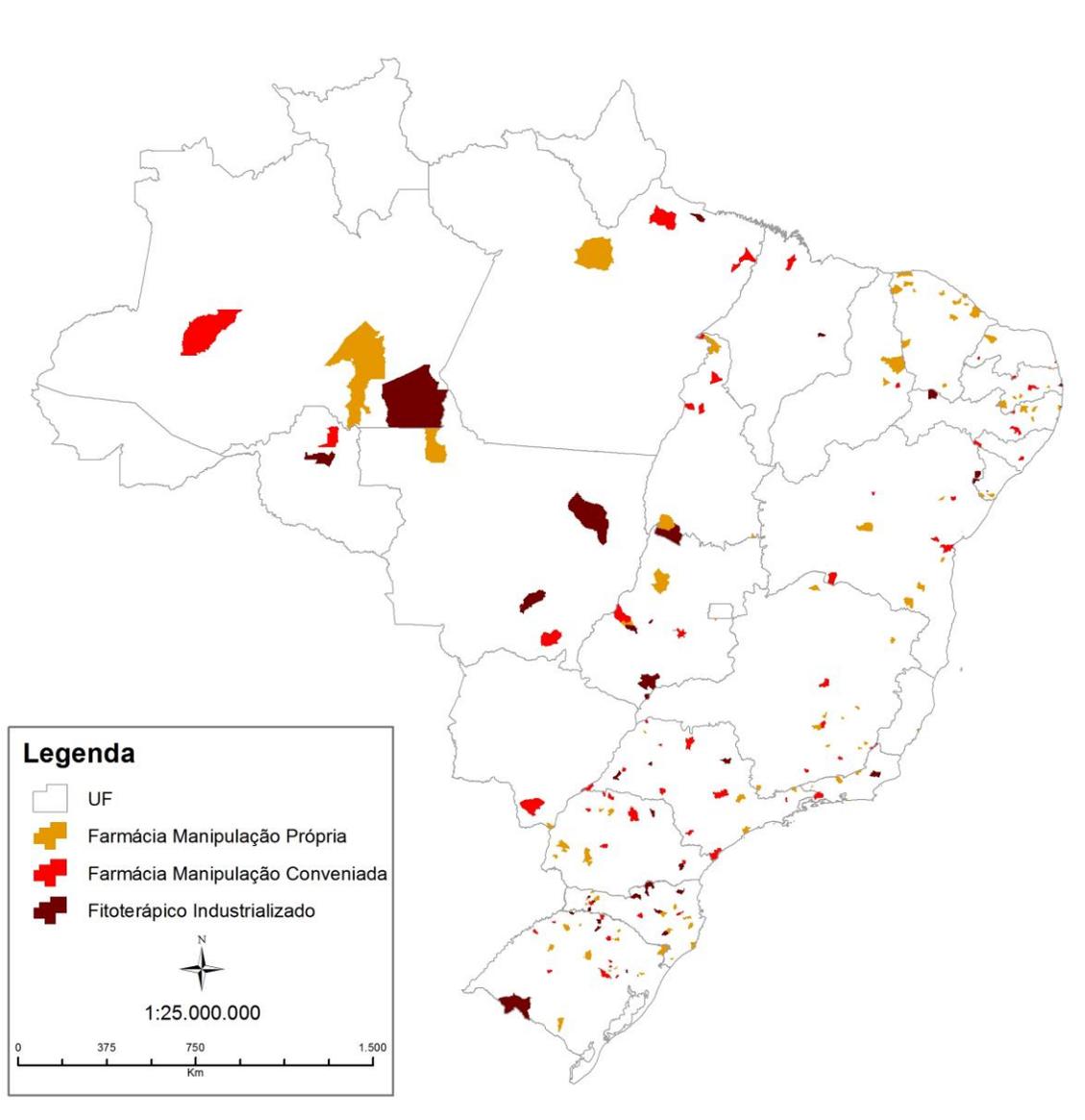


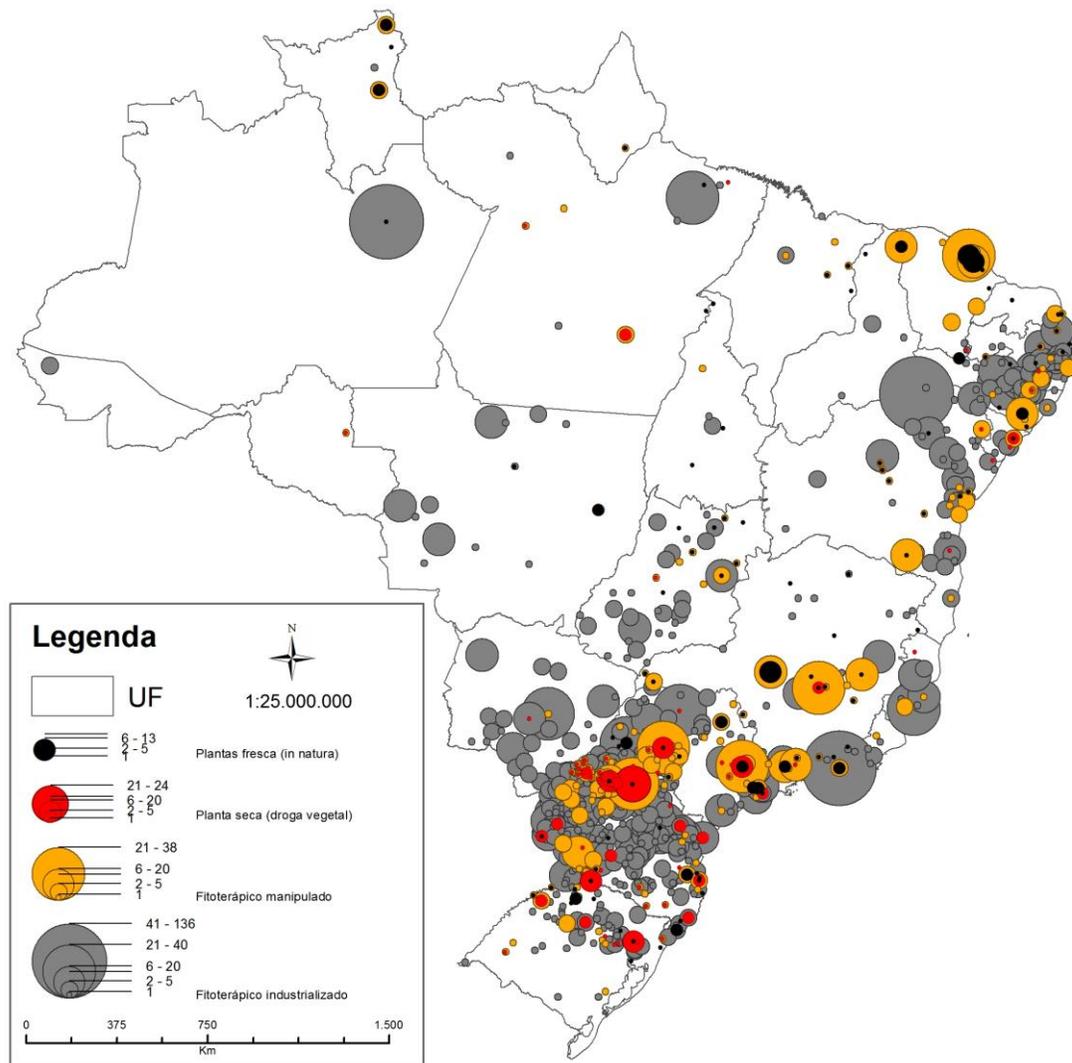
Foto: Luis Ribeiro, Farmácia Básica da Secretaria Municipal de Saúde de Brejo da Madre Deus-PE (12/04/2012), os fitoterápicos não estão à vista do público. Como verificado em outras unidades municipais de dispensação visitadas durante os trabalhos de campo realizados, as plantas medicinais e fitoterápicos desfrutam de menor visibilidade do que os medicamentos industrializados por síntese química.

Mapa 4. Brasil: municípios com fitoterapia no SUS, segundo três modalidades de produção (farmácia própria de manipulação, farmácia conveniada e fitoterápico industrializado) em 2008



Fonte: os 192 municípios que garantiam as plantas medicinais e os fitoterápicos no SUS (do universo de cerca de 350 que registraram serviços de fitoterapia no sistema), segundo três modalidades de produção (farmácia própria de manipulação, farmácia conveniada e fitoterápico industrializado) foram levantados no âmbito do *Diagnóstico Situacional de Fitoterapia no SUS de 2008* realizado pela empresa Expertise, coordenado pelo Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS), cedido ao pesquisador por essa instituição. Concepção: Luis Henrique Leandro Ribeiro; Elaboração Cartográfica: Rodrigo Fernandes Silva.

Mapa 5. Brasil: estabelecimentos municipais com fitoterapia no SUS, segundo quatro modalidades de produção (planta fresca, planta seca, fitoterápico manipulado e fitoterápico industrializado) em 2012.



Fonte: os 3.152 estabelecimentos de saúde presentes em 815 municípios foram levantados no âmbito das pesquisas *Censo da Infraestrutura dos Estabelecimentos de Saúde e 1º Ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)*, de 2012, coordenadas pelo Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS), dados cedidos ao pesquisador pela Coordenação Geral de Áreas Técnicas (CGAT) do DAB/SAS/MS. Concepção: Luis Henrique Leandro Ribeiro; Elaboração Cartográfica: Rodrigo Fernandes Silva.

A partir das duas fases identificadas na difusão do subsistema de fitoterapia no SUS, podemos inferir que não apenas há uma aceleração na criação de novos programas de fitoterapia pós PNPMF de 2006, mas também uma mudança na sistematicidade predominante no subsistema visível a partir dos modelos de produção e dispensação de plantas medicinais e fitoterápicos dos programas.

Talvez essa mudança seja um indicativo de que na primeira fase predominava programas de tipo mais *horizontalizados* cuja sistematicidade tendia a imprimir ao subsistema de fitoterapia no SUS um caráter mais político-pedagógico e plural (em termos de atores produtivos, de estratégias políticas, de técnica e de cultura). Coadunando com uma concepção mais ampliada de saúde (como direito social e bem coletivo) e de sistema de saúde para além dos termos médico-assistencial de cuidado individual pautado numa visão mais fragmentada e setorial dos processos da vida. Um modelo mais próximo ao ideário do SUS como espaço de emancipação e transformação política.

Ao passo que na segunda fase tem predominado programas de tipo mais *verticalizados*, tendencialmente descolado da diversidade das práticas populares e mais insensível às especificidades dos lugares e às estratégias de seus atores. Uma sistematicidade que tem imprimido ao subsistema de fitoterapia no SUS um caráter mais próximo à lógica e uso hegemônicos no macrossistema de saúde. Um processo de possível cooptação e incorporação dos programas que acentua a sistematicidade da racionalidade da biomedicina e dos interesses corporativos do complexo médico-industrial.

A difusão do subsistema de fitoterapia no SUS pode ser lida com base numa síntese das situações geográficas verificadas nos trabalhos de campo e apresentadas a seguir.

Na Região Concentrada se destaca o estado de São Paulo que mais do que qualquer outro estado da região concentra as variáveis da técnica, da ciência, da informação e da norma, em intensidade tal que podemos mesmo identificá-lo como uma área *core* da Região Concentrada. De modo geral é no estado de São Paulo onde se identifica manchas mais contínuas do meio técnico-científico-informacional e, por isso, onde é mais intensa a concentração das variáveis que propiciam a adoção da fitoterapia no SUS. São Paulo se caracteriza como o estado onde mais se instituem programas municipais de fitoterapia no SUS e, ao mesmo tempo, onde é maior o índice de descontinuidade, interrupção e mortalidade dos programas, o que valida a constatação feita por Oliveira *et al.* (2006).

Podemos inferir que na área *core* há algum outro fator ou variável em ação que limita e constrange os programas municipais de fitoterapia no SUS, sobretudo, considerando que é área da Região Concentrada que abriga com maior intensidade as variáveis propícias à criação de programas de fitoterapia no SUS.

Na área *core* os componentes do macrossistema de saúde são mais intensos, com maior sistematicidade, reverberando e gerando impulsos para as demais regiões do país, como: (i) a lógica médica da biomedicina permeando as atividades dos profissionais de saúde, tanto na formação e pesquisa como na rotina de trabalho desses profissionais, principalmente médicos; (ii) a concepção da saúde como bem econômico e individual, muito vinculada também à ideia de saúde como sinônimo de assistência médica, que é apenas umas de suas dimensões; (iii) a força e pressão da atuação da indústria da saúde (de equipamentos e, principalmente, medicamentos) junto às universidades e centros de formação e pesquisa, aos profissionais da área (em particular dos médicos), das unidades e serviços de saúde (públicos e privados), dos gestores públicos e da população de um modo geral através da difusão de uma psicosfera, com destaque para a publicidade e para promoção de medicamentos tanto em pontos de venda (drogarias, farmácias e outros pontos comerciais) como em consultórios, demais estabelecimentos de saúde e até mesmo escolas; e (iv) a incorporação pela gestão e administração públicas, tanto da saúde como das outras áreas, do ideário da gerência científica e de critérios administrativos do mercado, corroborando para a despolitização e para a amplificação do estado presente de coisas.

Ao passo que o subsistema de fitoterapia no SUS por não ser hegemônico, ou mesmo contra-hegemônico, dependendo de qual de suas modalidades se trata e o conjunto de atores e materialidades que mobiliza, enfrenta na área *core* o poder de inércia e de arrasto maiores do macrossistema em todo o seu conjunto de variáveis, o que pressiona os programas de fitoterapia em todos os seus componentes comprometendo sua sistematicidade.

A situação geográfica intermediária verificada na Região Concentrada permanece, de modo geral, mais circunscrita a atores sediados numa mesma municipalidade, ainda que sempre estejam presentes nexos e solidariedades distantes, ao passo que na situação iconográfica campesina a solidariedade entre atores sediados em municípios distintos é

mais intensa e preponderante, maior é a circulação entre os mesmos e mais abrangente a área de atuação.

Na situação geográfica de iconografia campesina, ainda que o componente mais recente da modernização da fitoterapia fundada no ideário ambientalista se faça presente, parece predominar a variável de identidade cultural com a terra e com as tradições de cuidados familiares com a utilização de plantas medicinais, com forte presença dos movimentos campesinos, pastorais da igreja e comunidades eclesiais de base. Constatamos que as pastorais da igreja e as comunidades eclesiais de base estão presentes em todas as macrorregiões brasileiras, constituindo importantes atores nos usos populares da fitoterapia.

Já na Região Centro-Oeste é notória, por exemplo, a ocupação por migrantes de outras regiões do país dos cargos técnicos nos serviços, gestão e administração públicas e nos quadros profissionais das universidades (professores e pesquisadores), principalmente vindos de estados da Região Concentrada, como verificado pelos trabalhos de campo realizados. Destaca-se que as deliberações dos Conselhos de Saúde (estadual do Mato Grosso e municipal de Cuiabá) e demandas sociais pela fitoterapia não são acatadas pelos gestores de saúde. Nessa macrorregião predomina situações geográficas de impulsos globais, caracterizadas por forças de movimento e circulação com acentuada dificuldade de integração com a diversidade de usos populares de plantas medicinais e fitoterápicos constituintes das forças iconográficas da macrorregião.

Na Região Nordeste, mais do que em qualquer outra macrorregião, a densidade iconográfica exerce forte influência nos programas de fitoterapia no SUS. A difusão do meio técnico-científico-informacional através da fitoterapia no SUS tem permitido uma forte integração com os saberes e práticas populares através dos vínculos entre variáveis do período (técnica, ciência, informação e norma) e a densidade iconográfica e suas solidariedades orgânicas. Os trabalhos de campo realizados sugerem que uma variável de caráter mais comunicacional tem propiciado esse vínculo pelo qual usos populares têm informado a política do SUS. Atestando a força e presença da situação geográfica de iconografia de brenhas, de um cotidiano regional, de um passado que se faz presente, e que tem se atualizado através dos programas de fitoterapia no SUS, constituindo uma marcante contrafinalidade à rigidez da racionalidade do macrosistema de saúde.

Por fim, na Região Amazônica os programas de fitoterapia no SUS são fortemente condicionados por situações geográficas de impulsos globais. O que reforça, por sua vez, as forças de movimento e circulação que incidem de forma pontual nessa macrorregião caracterizada por uma vastidão de situações geográficas de iconografia popular extremamente diferenciadas que, no caso do subsistema de fitoterapia no SUS, se tornam invisíveis e silenciadas ao macrossistema de saúde. Foram identificadas duas estratégias distintas de ações sob a perspectiva dos programas de fitoterapia no SUS: (i) uma situação geográfica de ordem mais horizontal, uma iconografia mais silenciosa e não vista; e (ii) outra impulsionada mais verticalmente, evidenciando certa incapacidade e limitação da direção do macrossistema de saúde em lidar com a diversidade brasileira.

Envelheceram há muito tempo as teses [...] de que a Amazônia é homogênea e demograficamente vazia. Pouca densidade nunca foi expressão sinônima de vazio demográfico, mesmo que essa intencional confusão venha se repetindo desde meados da década de quarenta do século passado. Reconhecer o valor dos milenares conhecimentos que os povos que a habitam têm dela é um pressuposto para se definir novas formas de atuação e desenvolvimento. [...] Enfim, urge investir na produção de um conhecimento técnico-científico sistemático capaz de compatibilizá-lo com o sistemático saber popular. (Rodrigues, 2012, p. 142)

Mais do que em qualquer outra macrorregião brasileira visitada, os programas de fitoterapia no SUS têm grande dificuldade de integrar os usos populares de plantas medicinais e fitoterápicos ao sistema, e quando o fazem ou são marcados pela subnotificação e invisibilidade para o sistema (quando em certa medida a iconografia tende a informar a política num movimento *de baixo para cima*) ou reforçam uma situação geográfica de impulsos globais caracterizada pelos usos corporativos e fragmentados do território, os quais não conseguem estabelecer vínculos mais orgânicos com as iconografias do lugar.

Conclusão

Defendemos a tese da existência de um macrossistema de saúde no território brasileiro, cuja principal força estruturante é o Sistema Único de Saúde (SUS).

A ideia de macrossistema de saúde surgiu durante a pesquisa sobre a descentralização política do SUS vista através da incorporação de plantas medicinais e fitoterápicos pelos sistemas municipais de saúde. O estudo realizado com base na análise de situações geográficas mostrou, durante os trabalhos de campo, que os programas municipais de fitoterapia mobilizavam uma série de elementos, componentes, instituições e atores estatais e não estatais.

O conjunto de materialidades e ações ia além do serviço assistencial público de saúde. Envolveva direta ou indiretamente: usuários do SUS, seus saberes e práticas; diversos profissionais e técnicos da área da saúde e de outras áreas; secretarias de governo além da saúde; câmaras legislativas; empresas produtoras de insumos, plantas medicinais, extratos vegetais e fitoterápicos; agricultura familiar; associação de extrativistas; cooperativas agrícolas; universidades públicas e privadas; agências de regulação; movimentos sociais (campesinos, ambientalistas, de mulheres e negros); pastorais da igreja; comunidades eclesiais de base; associação de usuários; ONGs; associação humanitária internacional; profissionais estrangeiros atuantes dentro e fora da saúde; partidos políticos nacionais e estrangeiros.

A identificação desse universo e suas combinações únicas nos lugares não cabiam na definição de sistema de saúde, no caso, Sistema Único de Saúde. Foi necessário lançar mão de outro conceito para auxiliar na análise proposta. Adotou-se então o conceito de *macrossistema técnico*, utilizado comumente para estudos em outras áreas que não a da saúde, como a energética e a viária. O macrossistema técnico cumpre três requisitos: grandes objetos industriais, organiza fluxos entre esses grandes objetos e tem uma empresa de gestão da oferta e da demanda desses fixos e fluxos. Uma característica marcante do macrossistema técnico é o fato dele ser insensível às especificidades dos lugares. E o que eleva um grande sistema técnico à condição de *macro*, é sua estrutura de poder, que envolve a capacidade de regular fluxos, isto é, um poder motriz ou força de circulação (de

ideias, signos, objetos, bens e pessoas) e um poder político de constituir redes de alianças e interesses.

Diante disso, o que estamos chamando de macrossistema de saúde? Como o SUS se insere nessa estrutura?

O macrossistema de saúde brasileiro também cumpre os três requisitos mencionados anteriormente, mas com diferenças importantes. Primeiro, os grandes objetos não são apenas industriais, mas também assistenciais. Segundo, ele não possui uma empresa de gestão da oferta e demanda dos fluxos, mas, sim, diversos centros de poder, porque é centralizado e descentralizado técnica e politicamente. Sua estrutura de poder dá a ele a condição de macro, porque envolve grande capacidade de regular fluxos (poder motriz) e de constituir redes de alianças e interesses políticos, econômicos e sociais (poder político). E, ao contrário do que aponta a literatura sobre macrossistema técnico, o macrossistema de saúde é bastante sensível às especificidades dos lugares. O que não o impede de cooptar os demais sistemas técnicos.

O macrossistema de saúde se caracteriza, portanto pela pluralidade de redes técnicas e políticas, de organizações e centros de comando, pelas diversas escalas de ação e dos fluxos, e pela capacidade de se moldar ou ser moldado pelo conteúdo de cada lugar.

A pluralidade, dimensão, alcance, natureza e heterogeneidade dos elementos e redes constitutivos e/ou mobilizados, integrados, no âmbito do macrossistema de saúde no Brasil podem ser organizados da seguinte maneira: (i) *estabelecimentos de saúde* (unidades básicas de saúde, ambulatórios, clínicas de diagnóstico, consultórios, pronto-socorro, unidades de pronto atendimento, hospitais); (ii) *prestadores de serviços de saúde* (administração pública, grupos privados, filantrópicos, religiosos, santas casas, Organizações de Saúde, Organizações Não Governamentais); (iii) *redes assistenciais* (redes temáticas, redes de atenção, rede de transplantes de órgãos, de urgências e emergências); (iv) *telecomunicação* (centrais de regulação de referência e contrarreferência, de chamados de urgência, de alertas); (v) *educação e formação* (universidades, formação de especialidades, capacitação, programa de residência médica); (vi) *pesquisa* (a plataforma Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos, a ReBEC, universidades, centros, institutos e laboratórios de pesquisa e desenvolvimento); (vii) *informação* (DataSUS, Sistema de Informações Hospitalares e vários outros); (viii) *insumos* (laboratórios públicos e privados

produtores de insumos farmacêuticos, medicamentos, vacinas e biológicos); (ix) e *equipamentos médico, hospitalares e odontológicos* (empresas produtoras dos mais diversos artigos, utensílios, ferramentas e equipamentos); (x) *transportes* (rede de atendimento móvel de urgência e emergência, rede frio de vacinas, transporte aéreo de radiofármacos, barcos fluviais para atendimento médico-assistencial); (xi) *defesa* (defesa civil e vigilância sanitária e epidemiológica); (xii) *população* (usuários do sistema assistencial, conselhos participativos, de controle social e movimentos da sociedade civil organizada); (xiii) *profissionais* (técnicos e gestores da área da saúde e de outras áreas da administração pública e privada; organizações e associações profissionais); (xiv) *representantes políticos* (poder executivo, legislativo e judiciários dos entes municipal, estadual e federal, e partidos políticos).

Ao colocar em circulação matérias e signos edifica uma tecnoesfera e uma psicoesfera. O macrossistema é, portanto, um grande comunicador, que, enquanto intermediador, transporta, transfere, fazendo trocar e funcionar diversos sistemas. Relaciona organizações e atores que de outro modo estariam desconectados.

O macrossistema de saúde brasileiro contém muitas organizações cujas finalidades e vínculos são os mais variados. Mas existem atores dominantes no macrossistema que são justamente aqueles que o regulam, o controlam e o gerenciam do ponto de vista técnico, político, financeiro e normativo. No caso do macrossistema de saúde brasileiro os atores hegemônicos têm sido: (i) entes estatais planejadores, gestores e financiadores do sistema (Ministério da Saúde e secretarias estaduais, do Distrito Federal e municipais de saúde); (ii) instituições reguladoras (nacionais, como as vigilâncias sanitárias e a Agência Nacional de Saúde Suplementar, ANS; e internacionais, como a Organização Mundial da Saúde e a Organização Panamericana de Saúde); (iii) o mercado, tanto por conta da atuação de grandes empresas multinacionais produtoras e fornecedoras dos insumos e equipamentos do sistema (indústria farmacêutica e de equipamentos médico-hospitalares), quanto pela atuação de grupos privados de seguradoras e prestadores de serviços assistenciais (de atenção básica, hospitalares, ambulatoriais; de apoio diagnóstico e terapêutico); e (iv) profissionais de saúde, sobretudo, a corporação médica.

A proposta do SUS como macrossistema de saúde se justifica para ampliar a compreensão sobre o sistema de saúde, abrangendo outros aspectos e elementos envolvidos

com a política e os serviços de saúde e que são decisivos para o seu funcionamento e rumo. A dimensão *macro* é o SUS e isto nos leva a compreendê-lo para além de um sistema de saúde.

Isso significa que o macrossistema parte e se funda no SUS, tem nele sua principal força estruturante e condicionante, mas vai além, porque abrange outros aspectos e elementos não relacionados diretamente ao SUS.

O SUS é macro porque condiciona a política, o financiamento e as normas da saúde. Além disso, é o grande comunicador e integrador dos diversos serviços e sistemas técnicos de saúde no país. Sem o SUS talvez não haveria um macrossistema de saúde brasileiro.

Enquanto infraestrutura da vida cotidiana, o SUS está presente na vida de todas as pessoas residentes no Brasil mesmo que não tenham consciência disso, ainda que haja a produção deliberada de sua *invisibilidade*, de achatamento da sua real dimensão ou de ocultamento de algumas de suas faces e interfaces. Produção de uma psicoesfera a serviço de interesses particulares de ordem privada que beneficia grupos econômicos que jogam com a privatização e mercantilização da saúde.

No senso comum o SUS é sinônimo de público estatal (de poucos recursos, precariedade, má gestão e sistema de saúde para pobres), enquanto o privado é exclusivamente privado (sinônimo de excelência, eficiência e boa administração e gestão). Enquanto uma grande parcela da população (75%) depende única e diretamente do SUS, outra parcela (25%) também usufrui de ações da esfera mais privada e mercantil da saúde, sobretudo no aspecto médico-assistencial individual (planos e seguros de saúde, além de desembolsos diretos por serviços privados), que é um dos elementos do macrossistema de saúde. Como vimos, toda a população brasileira é coberta e depende em maior ou menor grau das ações do SUS, ou seja, como totalidade e estrutura, o território brasileiro é SUS dependente.

Infraestrutura do cotidiano que expressa o caráter quase obrigatório, displicente e despercebido com que atividades, atos, gestos e acontecimentos do dia-a-dia sustentem o macrossistema, como: comer alimentos inspecionados e liberados pela vigilância sanitária; virar um vaso vazio de cabeça para baixo para evitar criadouro de inseto transmissor da dengue; usar preservativos para combater doenças sexualmente transmissíveis; nascer e morrer em hospitais. O macrossistema de saúde impressiona pelos seus grandes feitos,

como o Programa Nacional de Imunização, que chega aos lugares mais recônditos do país, e o serviço de transplantes de órgãos, e pela capacidade em assistir e socorrer prontamente centenas de feridos em acidentes trágicos (pelo serviço de urgência e emergência). O macrossistema é *macro* pelos seus feitos notáveis e pelos seus feitos corriqueiros e não notados.

O SUS cumpre os requisitos de um macrossistema: integra ampla e diversa base material e organiza e gerencia a distribuição dos fluxos dessa base. Mas, além desses atributos, para poder existir, identificamos outros dois atributos que o torna um macrossistema específico e distinto: (i) grande sensibilidade às especificidades dos lugares; e (ii) centralização e descentralização política e técnica das ações e serviços.

A compreensão do caráter *macro* do SUS requer a consideração de sua existência enquanto combinações de verticalidades e horizontalidades nos lugares. Distinto dos exemplos consagrados na literatura, o macrossistema de saúde brasileiro é a um só tempo centralizado e descentralizado, produto e produtor de situações geográficas.

A análise do subsistema de fitoterapia no SUS indica que um macrossistema, qualquer que seja, é sensível aos lugares, é plástico porque sofre condicionamento das distintas situações geográficas. É possível afirmar que o conteúdo dos lugares invade, cada vez mais, os macrossistemas, transformando-os e exigindo deles novos *comportamentos* técnicos, sociais, políticos e econômicos. A sensibilidade do macrossistema de saúde brasileiro às especificidades dos lugares se deve à sua permeabilidade às políticas *de baixo para cima*. Isso é fruto das forças políticas criadoras e emancipadoras constitutivas do SUS, presentes desde sua gênese com o Movimento da Reforma Sanitária brasileira e, além deste, de outros movimentos sociais organizados (em prol da democracia, da ecologia, da cidadania, dos direitos humanos, reforma agrária, entre outros).

Os programas de fitoterapia no SUS revelam que o grande impulso que animou e permanece animando as experiências de adoção de plantas medicinais e fitoterápicos na saúde pública no Brasil, desde meados dos anos 1980 até hoje, tem sido os desdobramentos de eventos globais, principalmente daqueles tributários do movimento de contracultura (anos 1960) e da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde realizada pela OMS em Alma-Ata (1978).

Os eventos foram acolhidos pela formação socioespacial brasileira através de dois principais eixos, muito imbricados e convergentes no caso da fitoterapia na saúde pública: (i) o ideário ambientalista, ecologista e o orientalismo; e (ii) as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), tradução das práticas de medicina tradicional e alternativa.

Os usos da fitoterapia na saúde passam a ser valorizados no âmbito do sistema nacional público e universal de saúde em construção. Se por um lado esses usos enfrentavam a hegemonia do modelo da biomedicina, que impõe uma relação de tensão com outras práticas e racionalidades, por outro lado, a criação de um sistema que se pretende universal, em um contexto de redemocratização do país, favoreceu a incorporação de práticas alternativas e tradicionais.

Tanto o SUS quanto os programas de plantas medicinais e fitoterápicos são modernizações do período técnico-científico-informacional. Eventos que acontecem num território regionalmente desigual e diverso, e que se impõe ao macrossistema. Como é o caso das práticas populares e tradicionais relacionadas às plantas medicinais e fitoterápicos, existentes nos diversos lugares, amparadas em saberes e culturas locais historicamente elaborados.

A difusão do uso de plantas medicinais e de fitoterápicos no sistema público de saúde tem sido marcada pelo encontro (conflitivo, concorrencial ou cooperativo) entre práticas animadas por eventos globais e práticas constitutivas da densidade cultural resultantes da utilização de plantas medicinais nas regiões do país.

Nesse sentido, o SUS foi analisado não apenas como uma política *de cima para baixo*, uma *verticalidade*, mas também a partir de seus subsistemas técnicos, cujos vínculos de proximidade e *horizontalidade* com a vida dos lugares têm o potencial de promover uma política de *baixo para cima*.

Por um lado, temos vetores externos aos lugares, nos quais predomina um impulso homogeneizador, uma racionalidade dominante e universalizante. Eles imprimem uma relação entre os lugares marcada por uma solidariedade de caráter mais organizacional. Neste caso, o território importa mais como *recurso*. Por outro lado, os lugares abrigam uma força emanada de *horizontalidades*, fundadas na vizinhança, no cotidiano compartilhado, nas temporalidades e racionalidades diversas, que se transforma em uma heterogeneidade

criadora. Neste caso, as solidariedades abrigadas e desejadas são produtoras de possibilidades de existência e o território é, sobretudo, *abrigo*.

Verticalidades e horizontalidades são manifestações provisórias do movimento de realização da história nos lugares. O que pode ser lido através do conceito de situação geográfica, como combinação única num lugar de verticalidades e horizontalidades. O processo de valorização do uso de plantas medicinais no SUS, impulsionado globalmente, realiza-se e se amalgama aos usos mais antigos e populares de plantas medicinais e fitoterápicos presentes nos diversos lugares do país.

Esse recorte analítico das situações geográficas permitiu compreender a interdependência e os nexos entre os lugares e o mundo. Processos de diferenciação comandados por *sistemas de movimento e circulação*, uma força criadora de mudança nos lugares, contrapostos por *sistemas de resistência* ao movimento, que são *forças iconográficas*. Um processo contraditório e criador que decorre do encontro entre forças de circulação, universalismo e unificação, de um lado, e forças de iconografia, compartimentação e diversidade, de outro.

A partir da análise de programas de fitoterapia no SUS nas quatro macrorregiões brasileiras – Regiões Concentrada, Centro-Oeste, Nordeste e Amazônica – identificamos algumas situações geográficas que condicionam os programas e que são por eles reforçadas. Na Região Centro-Oeste, identificamos a *situação geográfica de impulsos globais* e a *situação geográfica de iconografia popular*. Na Região Nordeste, verificamos uma *situação geográfica de iconografia popular de brenhas*. Na Região Amazônica foram identificadas a *situação geográfica de impulsos globais* e a *situação geográfica de iconografia popular*. E na Região Concentrada, verificamos a existência da *situação geográfica da área core*, da *situação geográfica de iconografia campesina* e da *situação geográfica intermediária* (entre impulsos globais e iconografia campesina).

Essas situações geográficas correspondem às diferentes combinações entre: os movimentos de circulação e de impulsos globais na valorização da fitoterapia (verticalidades); e as forças das iconografias regionais de usos populares de plantas medicinais (horizontalidades).

A constituição de um subsistema de fitoterapia no SUS se dá a partir de elementos e componentes estruturantes presentes nos programas municipais, estaduais e nacional. A

Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF), de 2006, representa um marco importante na constituição desse subsistema, sobretudo, através da institucionalização do Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e seu Comitê Gestor, em 2008.

Constata-se duas fases de formação do subsistema, antes e depois da PNPMF. A primeira fase se estende de meados da década de 1980, quando têm início os programas na saúde pública, até o ano de 2008, antes de ser instituído o Programa Nacional. Esta fase se caracteriza pelo predomínio de programas de fitoterapia fundamentados em hortos públicos e comunitários, em farmácias de manipulação conveniadas privadas e, na maioria, em farmácias públicas municipais de manipulação de fitoterápicos. Trata-se de um tipo mais *horizontalizado* de programa, cuja sistematicidade tende a imprimir ao subsistema de fitoterapia um caráter mais político, pedagógico e plural (em termos de cultura, de técnica, de estratégias políticas e de atores produtivos envolvidos). Esse tipo de programa coaduna com uma concepção mais ampliada de saúde (como direito social e bem coletivo) e de sistema de saúde, pois vai além da concepção médico-assistencial, de cuidado individual e setorial dos processos de saúde. Configura um modelo mais próximo ao ideário do SUS como espaço de emancipação e transformação política.

Na segunda fase, de 2008 aos dias atuais, verifica-se um crescimento acentuado da criação de programas de fitoterapia no país. Porém, com predomínio de programas fundamentados na compra e dispensação de fitoterápicos industrializados. Nesse sentido, os programas são do tipo mais *verticalizado*, tendencialmente descolados das heranças e da diversidade das práticas populares. Uma sistematicidade que tem imprimido ao subsistema de fitoterapia no SUS um caráter mais próximo à lógica e uso hegemônicos do macrossistema de saúde e menos sensível às especificidades dos lugares. Um processo de possível cooptação e incorporação dos programas por uma racionalidade da biomedicina e da lógica medicamentosa associadas aos interesses corporativos do complexo médico-industrial da saúde.

A partir das duas fases identificadas na constituição do subsistema de fitoterapia no SUS, podemos inferir que houve uma aceleração na criação de novos programas após a PNPMF de 2006, acompanhada de uma mudança na sistematicidade do subsistema, visível

através dos modelos predominantes de produção e dispensação de plantas medicinais e fitoterápicos dos programas.

Essa nova tendência pode ser explicada através da análise geográfica do macrossistema de saúde brasileiro e pela força que ganham as verticalidades no período da globalização. Esta força é maior do que no passado devido ao funcionamento mais sistêmico das ações (cada vez mais normadas) e dos objetos (cada vez mais informados). Essa solidariedade organizacional que confere a força sistêmica à difusão das técnicas, constituindo a atual *unicidade da técnica* e a emergência de macrossistemas, não é emanada da técnica em si ou da solidariedade entre os objetos por eles mesmos. Emanada da solidariedade da vida em sociedade e seus sistemas de ações. A hegemonia nos atuais macrossistemas, dentre eles o macrossistema de saúde brasileiro, fundamenta-se no controle simultâneo das condições objetivas e subjetivas da ação, através da sistematicidade dominante imprimida na tecnoesfera e na produção de uma psicoesfera correspondente ao seu projeto.

Quando as forças verticais chegam aos lugares, é possível perceber capacidades muito desiguais dos atores e sujeitos em estabelecer suas estratégias de ação. A atual sistematicidade impõe solidariedades externas aos lugares, comandadas por atores que conseguem estabelecer ações nas distintas escalas geográficas (global, nacional, regional e local).

Mas, se é verdade que os fluxos hegemônicos provenientes da relação da biomedicina com o complexo médico-industrial se impõem, também é verdade que são aceitos e endossados nos lugares. Ao mesmo tempo, tais fluxos representam um poder e todo poder é confrontado, nunca é exercido no vácuo, isto é, enfrentam resistências nos lugares. Nesse sentido, substantivamos o princípio teórico de que o uso do território só tem existência nos lugares, seja ele hegemônico ou contra-hegemônico.

A tendência observada na segunda fase da constituição do subsistema de fitoterapia no SUS indica que a PNPMF, apesar de valorizar a adoção de plantas medicinais e fitoterápicos no macrossistema de saúde, tem contribuído fortemente para imprimir uma lógica vertical e hegemônica de organização do subsistema nas diversas regiões do país. Essa constatação gera alguns questionamentos em relação à estratégia adotada, aos agentes e atores envolvidos na condução da política nacional, à capacidade desses agentes de

compreensão das forças distintas que dão sistematicidade ao subsistema, à capacidade de formulação de uma visão estratégica sobre este subsistema dentro do macrossistema. Além disso, é possível questionar quais são os interesses representados na política, as intenções, as *segundas* intenções e o poder do Estado diante da política das empresas e outras grandes corporações.

Assim, defendemos o uso do conceito de macrossistema de saúde em virtude dele promover uma compreensão da saúde em sua dualidade (como direito e bem social, campo de emancipação política; e como bem econômico e privado, campo de acumulação e alienação) e em seu conceito ampliado para além da mera assistência médico-hospitalar ou ausência de doença. Saúde compreendida em suas dimensões política, econômica, social e cultural.

Dizemos macrossistema de saúde *brasileiro*, cientes que um macrossistema em sua definição apresenta tendência em romper todo tipo de fronteira (política, econômica e de conhecimento); tendência também presente no SUS, como verificamos. O fato dele resultar da formação socioespacial brasileira, autoriza-nos a falar em macrossistema de saúde *brasileiro*.

Utilizarmos ora o termo *macrossistema de saúde* ora o termo *SUS*, como estratégia para não correremos o risco de estancar seu processo de construção, contribuindo para explicitar sua base material e redes de poder. Buscando estabelecer e identificar os campos de força (interesses políticos, econômicos e sociais) presentes em seus discursos, intencionalidades, projetos e, sobretudo, no imaginário do que seja esse macrossistema. Este conceito permite ver, compreender e atuar no SUS como projeto em construção, processo que não está fechado, acabado ou definido.

Por isso, de maneira alguma pretendemos com o uso do conceito de macrossistema de saúde dissimular, induzir ou confundir, como vem sendo praticado através do uso de expressões tais quais *sistema brasileiro de saúde* e *cobertura universal de saúde*. Segundo seus críticos, com os quais concordamos, essas novas nomenclaturas têm servido para desmontar *partes* do SUS, justamente aquelas que fundam e reforçam sua dimensão de conquista da cidadania, de saúde como direito universal e sistema de saúde como espaço de emancipação e transformação políticas, de expansão das formas de vida e de existência.

O macrossistema de saúde faz com que qualquer mudança projetada ou desejada no seu movimento ou em algum de seus subsistemas requeira a definição de estratégias de ação em diversas escalas (locais, regionais, nacionais e globais) e instâncias da vida (social, cultural, política ou econômica).

O conceito de macrossistema de saúde é para abrir, expandir e não para fechar, é para iluminar e projetar estratégias que considerem o seu poder inercial de arrasto e as sistematicidades em disputa pelo seu comando e seu futuro.

Bibliografia

ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi de. *O enfoque regional na política de saúde brasileira (2001-2011): diretrizes nacionais e o processo de regionalização nos estados brasileiros*. Tese (Doutorado). Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2014.

ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi de. *Território Usado e Saúde: respostas do Sistema Único de Saúde à situação de metropolização em Campinas – SP*. Dissertação (Mestrado). Departamento de Geografia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2006.

ALMEIDA, Eliza Pinto de. *Uso do território brasileiro e os serviços de saúde no período técnico-científico-informacional*. Tese (Doutorado). Departamento de Geografia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2005.

ALMEIDA, Eliza Pinto de; ANTAS JR., Ricardo Mendes. Os serviços de saúde no Estado de São Paulo: Seletividades Geográficas e Fragmentação Territorial. In: André Mota; Maria Gabriela S. M.C. Marinho. (Org.). *Práticas médicas e de saúde nos municípios paulistas: a história e suas interfaces*. São Paulo: USP, Faculdade de Medicina; CD.G Casa de Soluções e Editora, 2011, 1ª edição, v. 1, p. 281-295.

ALMEIDA-FILHO, Naomar. *O que é Saúde?* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. 156p.

ALMEIDA FILHO, Naomar de. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.26, n.12, pp. 2234-2249, dezembro de 2010.

ALVES, Terezinha Noemides Pires. *Política Nacional de Medicamentos: análise a partir do contexto, conteúdo e processos envolvidos*. Tese (doutorado). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro, 2009.

ANDERSON, Anthony B.; POSEY, Darrell A. Manejo de cerrado pelos índios Kayapó. *Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi (Botânica)*, Vol. 2(1): 77-98, 25.XII.1985.

ANTONIO, Gisele Damian; TESSER, Charles Dalcanale; MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio. Contribuições das plantas medicinais para o cuidado e a promoção da saúde na atenção primária. *Interface* (Botucatu. Online), v. 17, p. 615-633, 2013.

ARANTES, Antonio Augusto, (1981). *O que é cultura popular*. São Paulo: Brasiliense, 5ª reimpressão da 14ª edição, 2006, (Coleção Primeiros Passos; 36).

ARAÚJO, Alceu Maynard, [1959]. *Medicina rústica*. São Paulo, SP: Editora Nacional; Brasília, INL, 2ª edição, 1977. 302 p.

BALÉE, William. Cultura na vegetação da Amazônia. In: NEVES, W. A. *Biologia e ecologia humana na Amazônia: avaliação e perspectivas*. Belém: Museu Paraense Emílio Goeldi, 1989, pp. 95-109.

BAUDRILLARD, Jean. (1968). *O sistema dos objetos*. São Paulo: Editora Perspectiva: 4ª edição, 2002.

BEGOSSI, Alpina. Resiliência e Populações Neotradicionais: os Caiçaras (Mata Atlântica) e os Caboclos (Amazônia, Brasil). Em: Antônio Carlos Sant'Ana Diegues e André de Castro C. Moreira (orgs.), *Espaço e Recursos Naturais de Uso Comum*. São Paulo: Núcleo de Apoio à Pesquisa sobre Populações Humanas e Áreas Úmidas Brasileiras - NUPAUB-USP, 2001, pp. 205-236.

BELIK, Walter; CHAIM, Nuria Abrahão. O programa nacional de alimentação escolar e a gestão municipal: eficiência administrativa, controle social e desenvolvimento local. In: *Revista de Nutrição*, v. 22, pp. 595-607, 2009.

BELIK, Walter; CUNHA, Altivo Roberto A. de Almeida. A Produção Agrícola Local e a Atuação das Centrais de Abastecimento no Brasil. In: *Cadernos de Debate*. Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), v. XIX, pp. 46-59, 2012.

BELIK, Walter; DOMENE, S. Experiências de Programas Combinados de Alimentação Escolar e desenvolvimento Local em São Paulo - Brasil. In: *Agroalimentaria* (Caracas), v. 18, p. 53-72, 2012.

BENAKOUCHE, Tamara. Tecnologia é Sociedade: Contra a Noção de Impacto Tecnológico. In: PPGSP/UFSC, *Cadernos de Pesquisa*, nº. 17, Setembro 1999, 28p.

BERMUDEZ, Jorge A. Z. *Indústria farmacêutica, estado e sociedade: crítica da política de medicamentos no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1995. 204 p.

BERTOLLO, Mait. *O circuito espacial produtivo da vacina no território brasileiro e a pandemia de Influenza A H1N1*. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Filosofia, letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo – FFLCH/USP. São Paulo, 2013.

BICUDO JR., Edison Claudino. *O circuito superior marginal: produção de medicamentos e o território brasileiro*. Dissertação (Mestrado). Departamento de Geografia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2006.

BIESKI, Isanete; DE LA CRUZ, Mari Gemma. *Quintais Medicinais: mais saúde e menos hospitais*. Cuiabá/MT: FITOPLAMA, 2005. v. 1. 45p.

BOBBIO, Norberto. *Dicionário de política*. Norberto Bobbio, Nicola Matteucci e Gianfranco Pasquino; trad. Carmen C, Varriale et al.; coord. trad. João Ferreira e Luis Guerreiro Pinto Caçais. – Brasília: Editora Universidade de Brasília, 13ª ed., 2008.

BOLTANSKI, Luc, (1979). *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro: Edições Graal: 3ª edição, 1989

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. A vocação de criar: anotações sobre a cultura e as culturas populares. *Cadernos de Pesquisa* (Fundação Carlos Chagas. Impresso), v. 39, p. 715-746, 2009.

BRANDÃO, Carlos. Territórios com classes sociais, conflitos, decisão e poder. In: ORTEGA, A. C.; ALMEIDA F., N. A. (Org.). *Desenvolvimento territorial, segurança alimentar e economia solidária*. Campinas: Alínea, 1ª ed., v. 1, 2007, p. 39-61.

BRASIL. *Revista Brasileira Saúde da Família* / Ministério da Saúde – Ano 14, n. 34 (jan. / abr. 2013). – Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Departamento de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (DAF/SCTIE/MS). Apresentação do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (QualifarSUS). Em: IV Congresso de Assistência Farmacêutica do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (COSEMSRJ). Rio de Janeiro: junho de 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. A Implantação das Redes Temáticas de Atenção à Saúde: avanços, desafios e perspectivas. Apresentação da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS) na *Comissão Intergestores Tripartite*. Brasília-DF: 05 de dezembro de 2012b, 73 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. *Apoio à Estruturação da Gestão Estratégica e ao Desenvolvimento do Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF). Relatório de Gestão 2010-2011*. Vice-Presidência de Ambiente, Atenção e Promoção da Saúde (VPAAPS/Fiocruz/MS) Rio de Janeiro: 2012c. 37 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. *Plano Plurianual PPA 2012-2015. Programa temático Aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde e outros programas temáticos de interface com a Saúde*. Brasília: Coordenação-Geral de Planejamento SPO/SE/MS, agosto de 2011a.

BRASIL. *Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Relatório de Gestão 2006/2010*. Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – Departamento de Atenção Básica / Secretaria de Atenção à Saúde / Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS). Brasília-DF, fevereiro de 2011b.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 29 de junho de 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. *Portaria nº886/GM/MS, de 20 de abril de 2010, Institui a Farmácia Viva no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília-DF: Diário Oficial da União Seção 1, Nº 75, quinta-feira, 22 de abril de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. *Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Portaria Interministerial nº 2.960 de 9 de dezembro de 2008, aprova o *Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e cria o Comitê Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos*. Diário Oficial da União, Brasília-DF, dezembro de 2008a.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil* / Obra coletiva de autoria da Editora Revista dos Tribunais. – 5. ed. rev., ampl. e atual. – São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2008b. – (RT legislação).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS*. Brasília: Diário Oficial da União, maio de 2006a.

BRASIL. *Decreto Presidencial nº 5.813, de 22 de junho de 2006. Aprova a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos*. Diário Oficial da União, Brasília, junho de 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *A fitoterapia no SUS e o Programa de Pesquisa de Plantas Medicinais da Central de Medicamentos*. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. 148 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. *1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica: Relatório Final: efetivando o acesso, a qualidade e a humanização na assistência farmacêutica, com controle social*. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a, 154 p. – (Série D. Reuniões e Conferências).

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 20 de maio de 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Proposta de Política Nacional de Plantas Medicinais e Medicamentos Fitoterápicos*. Brasília: Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. *Lei Nº 8.080*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Presidência da República, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Resolução CIPLAN nº. 08, de 08 de março de 1988. Implanta a prática da fitoterapia nos serviços de saúde*. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, março de 1988.

BRAUN, Ingo; JOERGES, Bernward. Techniques du quotidien et macrosystèmes techniques. Em: GRAS, Alain; JOERGES, Bernward; SCARDIGLE, Victor. *Sociologie des techniques de la vie quotidienne*. Paris: Harmattan, 1992.

BRUNET, Roger; FERRAS, Robert; THÉRY, Hervé. (1992). *Les mots de la géographie, dictionnaire critique*. Montpellier-Paris: Reclus - La Documentation Française, 3ª Edition, 1993. 520 p.

BRUNHES, Jean, (1910). *Geografia Humana*. Barcelona, Editorial Juventud S.A., 1955.

BUNGE, Mario. *La ciência, su método y su filosofía*. Buenos Aires: Ediciones Siglo Veinte, 1975, 110 p.

CALABI, Donatella; INDOVINA, Francesco. Sobre o uso capitalista do território. *Orientação*, São Paulo, n. 9, p. 37-66, 1992 [1973].

CAMARGO, Ely Eduardo Saranz. *Avaliação dos programas de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos, visando subsidiar a sua reorientação no Sistema Único de Saúde*. Tese (Doutorado). Programa de Pós Graduação em Ciências Farmacêuticas,

Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho – UNESP. Araraquara-SP: 2010. 223 p.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. As origens da rede de serviços de atenção básica no Brasil: o Sistema Distrital de Administração Sanitária. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.877-906, jul.-set. 2007.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Efeitos paradoxais da descentralização do Sistema Único de Saúde do Brasil. In: FLEURY, S. (org.). *Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha*. Rio de Janeiro: FGV, 2006. p.417-442.

CANCLINI, Néstor García. Gramsci y las culturas populares em America Latina. Seminario *Le trasformazioni politiche dell'América Latina: la presenza di Gramsci nella cultura latinoamericana*. Instituto Gramsci. Ferrara. 11-13 septiembre, 1985, pp. 13-33.

CANGUILHEM, Georges, (1966). *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 6ª ed. rev., 2010.

CANGUILHEM, Georges. *Escritos sobre a medicina*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

CANGUILHEM, Georges. *Ideologia e Racionalidade nas Ciências da Vida*. Edições 70, Distribuidor Livraria Martins Fontes: São Paulo, 1977.

CAPANEMA, Luciana Xavier de Lemos; PALMEIRA FILHO, Pedro Lins. A cadeia farmacêutica e a política industrial: uma proposta de inserção do BNDES. Rio de Janeiro: *BNDES Setorial*, nº19, p.23-44, mar. 2004.

CARNEIRO DA CUNHA, Manuela. Relações e dissensões entre saberes tradicionais e saber científicos. *Revista USP*, São Paulo, n.75, p. 76-84, setembro/novembro 2007.

CARNEIRO, Henrique Soares. O saber fitoterápico indígena e os naturalistas europeus. *Fronteiras*, Dourados, MS, v. 13, n. 23, p. 13-32, jan./jun. 2011.

CARRICONDE, Celerino de Almeida. *Entrevista: Celerino Carriconde – Médico, Cristão e Revolucionário*. In: *Jornal Voz das Comunidades* (pp. 8-9, *Diálogo*). Brasil, Ano 3, Nº 5, fevereiro de 2008.

CARRICONDE, Celerino de Almeida. *Medicina Comunitária - Uma Concepção e um Método de Trabalho*. Editora Vozes, 2ª edição. Petrópolis / RJ: 1985a.

CARRICONDE, Celerino de Almeida. *Plantas Medicinias – Sabedoria do Povo*. In: *Revista Contat*, nº 44, Comissão Médica Cristão do Conselho Mundial de Igrejas. Outubro de 1985b.

CARVALHO, Ana C. B.; BALBINO, Evelin E.; MACIEL, Artur; PERFEITO, João P. S. Situação do registro de medicamentos fitoterápicos no Brasil. In *Revista Brasileira de Farmacologia*. 18(2): 314-319, Abr/Jun, 2008.

CARVALHO, Ana Cecília B. *Plantas medicinais e fitoterápicos: regulamentação sanitária e elaboração de modelo de monografia de espécies vegetais oficializadas no país*. Tese (Doutorado). Doutorado em Ciências da Saúde. Brasília: Universidade de Brasília, 2011.

CASA AMARELA (org). *TRÊS ARTIGOS SOBRE SAÚDE. Che Guevara: Medicina Revolucionária. David Werner: Saúde e Política. Celerino Carriconde: Reflexões de um Conceito de Saúde.* Equipe de Saúde de Casa Amarela (org). Recife, maio de 1982.

CASTILLO, Ricardo; FREDERICO, Samuel. Espaço geográfico, produção e movimento: uma reflexão sobre o conceito de circuito espacial produtivo. In: *Sociedade & Natureza*, Uberlândia, 22 (3): 461-474, dez. 2010.

CATAIA, Márcio. Poder, política e uso do território: a difusão do macrossistema elétrico nacional. In: *XIII Coloquio Internacional de Geocrítica - El control del espacio y los espacios de control.* Barcelona: 5-10 de mayo de 2014, 17 p.

CATAIA, Márcio. Território usado e federação: articulações possíveis. *Educação & Sociedade*, Campinas, v. 34, n. 125, pp. 1135-1151, Dec. 2013.

CATAIA, Marcio A. Território político: fundamento e fundação do Estado. *Sociedade & Natureza* (UFU. Online), v. 23, p. 115-125, 2011a.

CATAIA, Márcio. Fronteiras, sistema de movimento e vida de relações: proposições metodológicas. Ponencia 159/11 presentada en el *XIII Encuentro Internacional Humboldt.* Dourados / MS, Brasil, 26 al 30 de setiembre de 2011b.

CATAIA, Marcio A. Uso do território e federação: novos agentes e novos lugares. Diálogos possíveis e participação política. *Scripta Nova*, Barcelona, v. 1, p. 331(16), 2010.

CATAIA, Marcio A. Territorialidade estatal e outras territorialidades: novas formas de uso dos territórios na América Latina. Conflitos, desafios e alternativas. *Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales.* Barcelona: Universidad de Barcelona, 1 de agosto de 2008, vol. XII, núm. 270 (99).

CATAIA, Marcio A. *Território nacional e fronteiras internas. A fragmentação do território brasileiro.* Tese (Doutorado). Departamento de Geografia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2001.

CAVALLAZZI, Mariângela Lunardelli. *Plantas medicinais na atenção primária à saúde.* Dissertação (Mestrado). Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2006, 144 p.

CEBES. Centro Brasileiro de Estudos da Saúde. *Manifesto do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde em defesa do direito universal à saúde – saúde é direito e não negócio.* Agosto de 2014. 32 p.

CGEE. Centro de Gestão e Estudos Estratégicos. *Mapeamento de Competência em P&D de Fitoterápicos e Fitofármacos nos Biomas do Brasil.* Brasília: Centro de Gestão e Estudos Estratégicos, 2009a, 95 p.

CGEE. Centro de Gestão e Estudos Estratégicos *Uso Sustentável dos Princípios Ativos da Biodiversidade (Tecnologias Críticas e Marco Legal).* Relatório Final. Brasília: Centro de Gestão e Estudos Estratégicos, 2009b, 156 p.

CGEE. Centro de Gestão e Estudos Estratégicos. *Diagnóstico dos Desafios e Oportunidades no Mercado de Plantas Medicinais e Fitoterápicos Brasileiro.* Resumo Executivo. Brasília: Centro de Gestão e Estudos Estratégicos, 2009c, 13 p.

CHITI, Jorge Fernández. Pueblos, Originarios, Indios, Indígenas o Aborígenes? Agosto de 2010, 11 p. Disponível em: <http://www.condorhuasi.org.ar/informe.htm> (acesso em 30 de janeiro de 2014).

CLAVAL, Paul. (2001). *Epistemologia da geografia*. Florianópolis: Editora da UFSC, 2011.

COELHO, Maria Thereza Ávila Dantas; ALMEIDA FILHO, Naomar de. Normal-patológico, saúde-doença: revisitando Canguilhem. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, jun. 1999, pp.13-36.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Análise do Projeto de Lei Orçamentária Anual – PLOA 2014 e os Recursos Destinados ao Ministério da Saúde. *Nota Técnica 53 / 2015*. Brasília, 20 de novembro de 2013. 29 p.

CORDEIRO, Hésio, (1980). *A Indústria da saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 2ª edição, 1985.

CORRÊA JR, C.; GRAÇA, L. R.; SCHEFFER, M. C. *Complexo agroindustrial das plantas medicinais, aromáticas e condimentares no Estado do Paraná: diagnóstico e perspectivas*. Curitiba-Colombo: Sociedade Paranaense de Plantas Medicinais: Emater-PR-Embrapa Florestas, 2004. 272 p.

CORRÊA JR, C.; SCHEFFER, M. C. Produção de plantas medicinais, condimentares e aromáticas no estado do Paraná. In: CORRÊA JR, C.; GRAÇA, L. R.; SCHEFFER, M. C. *Complexo agroindustrial das plantas medicinais, aromáticas e condimentares no Estado do Paraná: diagnóstico e perspectivas*. Curitiba-Colombo: Sociedade Paranaense de Plantas Medicinais: Emater-PR-Embrapa Florestas, 2004. 272 p.

COSTA, Cristina Maria Maués da Costa. *Assistência farmacêutica no programa saúde da família em Belém – Pará: organização, desafios e estratégias de reestruturação*. Dissertação (mestrado profissionalizante). Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas. Faculdade de Farmácia - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFRGS. Porto Alegre: 2005, 132 p.

COSTA, Joseane Carvalho. Arranjos produtivos locais e tecnologia social como estratégia de implementação da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. In: *VI Fórum Nacional de Assistência Farmacêutica*. Brasília, 14 de novembro de 2011.

COSTA, Wanderley Messias da. Arranjos comunitários, sistemas produtivos e aportes de ciência e tecnologia no uso da terra e de recursos florestais na Amazônia. In: *Boletim Museu Paraense Emílio Goeldi. Ciências Humanas*. Belém-PA, v. 5, n. 1, p. 41-57, jan/abr, 2010.

CREMESP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. *Estado financia Residência, mas regula pouco a oferta de profissionais*. São Paulo: 2006, 21p.

CROSBY, Alfred W. *Imperialismo ecológico: a expansão biológica da Europa, 900-1900*. São Paulo: Companhia das Letras, 1993.

CUNHA, Maria das Graças Campolina; BORGES, Maristela Corrêa. Razão e Identidade: Um estudo sobre a história e a reprodução da cultura popular. *Revista de Educação Popular*, Uberlândia / MG, v. 11, p. 10, 2012.

CURIOSO, Raphael. *Lugar, Saúde e Informação: Os Círculos de Informação da Atenção Básica do SUS no Contexto na Disputa pelo Conceito de Saúde*. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação e Pesquisa em Geografia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal/RN: 2014, 117 p.

DAVID, Virna Carvalho. *Território usado e circuito superior marginal: equipamentos médico-hospitalares em Campinas, Ribeirão Preto e São José do Rio Preto (SP)*. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Geografia Humana do Departamento de Geografia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2010, 227p.

DE LA CRUZ, Mari Gemma. *Plantas Medicinais de Mato Grosso: a Farmacopeia Popular dos Raizeiros*. Cuiabá/MT: Carlini & Caniato, 2008.

DE LAVOR, Adriano; DOMINGUEZ, Bruno C.; MACHADO, Kátia Machado. Acesso e Uso - O Sistema Único de Saúde que não se vê, Sistema faz parte do dia a dia de todos os brasileiros, mas não é reconhecido em suas diversas dimensões. *Radis - Comunicação e Saúde*, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp) / Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), pp.9-17, abr. 2011.

DENEVAN, William, (Ed.). (1976). *The Native population of the Americas in 1492*. Edited by William M. Denevan. The University of Wisconsin Press: 2nd ed., 1992a, 398 p.

DENEVAN, William. The Pristine Myth: The Landscape of the Americas in 1492. *Annals of the Association of American Geographers*, v.82, n.3, p.369-385, 1992b.

DEVIENNE, K. F.; RADDI, M. S. G.; POZZETTI, G. L. Das plantas medicinais aos fitofármacos. In: *Revista Brasileira de Plantas Mediciniais*, v. 6, p. 11-14, 2004.

DIAS, Jaqueline Evangelista; LAUREANO, Lourdes Cardozo. *Farmacopeia Popular do Cerrado* / Coordenação: Jaqueline Evangelista Dias e Lourdes Cardozo Laureano. Goiás: Articulação Pacari (Associação Pacari), 1^a Edição, 1^a Reimpressão, 2010, 352 p.

DIEGUES, Antonio Carlos Sant'ana. *O mito moderno da natureza intocada*. São Paulo: Editora Hucitec / Núcleo de Apoio à Pesquisa sobre Populações Humanas e Áreas Úmidas Brasileiras, USP, 3^a Ed, 2001.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. *Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto*. Tese (doutorado). Departamento de Medicina preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP: 2001, 264 p.

ECHEVERRÍA, Javier. La revolución tecnocientífica. Em: *CONfines*, 1 / 2 agosto-diciembre, 2005, pp.9-15. Disponível em: <http://confines.mty.itesm.mx/articulos2/EcheverriaJ.pdf> (acesso em 21 de julho de 2014).

ELLING, R., (ed.). Traditional and modern medical systems. In: *Soc. Sc. Med.*, v. 15 A, n.2 (special issue), 1981.

ELLUL, Jacques. *Le système technicien*. Paris, France: Calmann-Lévy, 1977. 368 p.

ELLUL, Jacques, (1954). *A técnica e o desafio do século*. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra Ltda., 1968.

- ENGELS, Friedrich. [1875-1876]. Introdução à “Dialética da Natureza”. In *Princípios do Comunismo e Outros Textos*. Edições Mandacaru, s.d., (pp.61-85).
- FABRINI, João Edmilson. A resistência camponesa para além dos movimentos sociais. *Revista NERA* (UNESP), Presidente Prudente, v. 1, pp. 5-22, 2007.
- FALCÃO, Newton Paulo de Souza. As terras pretas de índio da Amazônia. *Pré-UNIVESP*, São Paulo, n. 30 (Povos Indígenas), pp. 01-04, 10 abril de 2013.
- FAO. Food and Agriculture Organization of the United Nations. *Trade in Medicinal Plants. Raw Materials, Tropical and Horticultural Products Service, Commodities and Trade Division, Economic and Social Department, Food and Agriculture Organization of the United Nations*. Roma, 2005.
- FERNANDES, Tânia Maria. *Plantas Medicinais: memória da ciência no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004, 260p.
- FERREIRA, Marcelo Urbano. Epidemiologia e geografia: o complexo patogênico de Max. Sorre. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, jul/set, 1991, pp.301-309.
- FERREIRA, Maria das Graças Rodrigues. *Aspectos sociais da fitoterapia* / Maria das Graças Rodrigues Ferreira. Porto Velho, RO: Embrapa Rondônia, 2006. 14 p.
- FERREIRA, S. H.; BARATA, L. E. S.; SALLES, S. L. M.; QUEIRÓZ, S. R. R. *Medicamentos a partir de plantas medicinais no Brasil*. Rio de Janeiro: Academia Brasileira de Ciências, 1998. v. 01. 187p.
- FERRO, Ana Flávia Portilho; BORNACELLI, Maria Beatriz Machado; ASSAD, Ana Lúcia Delgado. Oportunidades Tecnológicas e Estratégias Concorrenciais de Gestão Ambiental: o Uso Sustentável da Biodiversidade Brasileira. DPCT-IG-Unicamp. In *G&P Gestão & Produção*. V.13, n.3, p.489-501, set-dez. 2006.
- FLEXNER, Abraham. *Medical Education in the United States and Canada*. New York: A Report to the Carnegie Foundation for The AdvanCEMENT of Teaching: 1910. (Bulletin, 4). 364 p.
- FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, (1ª edição 1979), 15ª edição, 2000.
- FREITAS, Andréia de. *Estrutura de mercado do segmento de fitoterápicos no contexto atual da indústria farmacêutica brasileira*. Brasília: Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento, Secretaria Executiva, Ministério da Saúde, outubro, 2007.
- FUNARI, Cristiano Soleo de; FERRO, Vicente de Oliveira. Uso ético da biodiversidade brasileira: necessidade e oportunidade. Departamento de Farmácia – FCM / USP. In: *Revista Brasileira de Farmacologia*. 15(2): 178-182, Abr/Jun, 2005.
- FURTADO, Celso. *O longo amanhecer - ensaios sobre a formação do Brasil*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999.
- FURTADO, Celso. *Brasil: a construção interrompida*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.
- FURTADO, Celso. *Formação econômica do Brasil*. 23ª edição, São Paulo: Editora Nacional, 1989.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois. *Biotecnologia em saúde: Um estudo da mudança tecnológica na indústria farmacêutica e das perspectivas de seu desenvolvimento no Brasil*. Dissertação (Mestrado). Instituto de Economia da Universidade Estadual de Campinas. Campinas: Unicamp, 1990.

GALLO, Fabrício. *Uso do território e federalismo como evento: a difusão regional de infraestruturas analisadas a partir das Transferências Intergovernamentais Voluntárias entre União e Municípios*. Tese (Doutorado). Instituto de Geociências da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2011.

GAMA, Ruy. História da Técnica no Brasil Colonial. In: Milton Vargas. (Org.). *História da Técnica e da Tecnologia no Brasil*. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista: Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza, 1994, pp.49-66.

GEORGE, Pierre. *Sociologia e Geografia*. (1966). Rio de Janeiro / São Paulo: Companhia Editora Forense, 1969.

GEORGE, Pierre. L'approche géographique du sous-développement. *Tiers-Monde*, tome 6, n. 21, pp.81-91, 1965.

GEORGE, Pierre; GUGLIELMO, Raymond; LACOSTE, Yves; KAYSER, Bernard. (1964). *A Geografia Ativa*. São Paulo – Rio de Janeiro: Difel Difusão Editorial S.A., 5ª edição, 1980. 356 p.

GIOVANNI, Geraldo. *A questão dos remédios no Brasil: produção e consumo*. São Paulo: Polis, 1980.

GOTTMANN, Jean. (1952). *La politique des États et leur géographie*. Paris: Éditions Du CTHS, 2007. 264 p.

GOTTMANN, Jean. The evolution of the concept of territory. In: *Social Science Information sur les Sciences Sociales*. V. 14, n. 3, ago. 1975, p. 29–47.

GRAMSCI, Antonio. *Maquiavel, a Política e o Estado Moderno*. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 6ª edição, 1988.

GRAS, Alain. *Fragilité de la puissance. Se libérer de l'emprise technologique*. Paris: Fayard, 2003.

GRAS, Alain. L'illusion de la fatalité technique. *L'écologiste*, Dossier: Sciences et Techniques, n.5, 2001, pp. 26-33.

GRAS, Alain. *Les macro-systèmes techniques*. Paris: Presses Universitaires de France, 1^{re} édition, 1997. (Collection *Que sais-je?*) 128 p.

GRAS, Alain. *Grandeur et dépendance. Sociologie des macrosystèmes techniques*. PUF, Paris, 1993.

GRAS, Alain. Le bonheur, produit sergele. Em: GRAS, Alain; MORICOT, Caroline. *Technologies du quotidien, la plainte du progrès*. Autrement, Paris, 1992a.

GRAS, Alain. Introduction: Les techniques de la vie quotidienne et l'institution imaginaire du temps du changement et du progrès. Em: GRAS, Alain; JOERGES, Bernward; SCARDIGLE, Victor. *Sociologie des techniques de la vie quotidienne*. Paris: Harmattan, 1992b.

GRISOTTI, Márcia. Políticas de saúde e sistemas médicos no Brasil. In: *Revista Katalysis*, Florianópolis, v. 3, p. 49-62, 1998.

GRUPPI, Luciano. *O Conceito de hegemonia em Gramsci*. Tradução de Carlos Nelson Coutinho / apresentação de Luiz Werneck Vianna. Rio de Janeiro: Edições Graal, 4ª edição, 2000.

GUIMARÃES, Raul Borges. Del período técnico científico al período demográfico sanitario: desafíos metodológicos para la salud pública. *Revista Cubana de Salud Pública* (Impresa), v. 39, p. 763-767, 2013.

GUIMARÃES, Raul Borges. Saúde pública na América Latina: questões de geografia política. In: LEMOS, A. I. G.; SILVEIRA, M. L. & ARROYO, M. (orgs.). *Questões Territoriais na América Latina*. Buenos Aires - São Paulo: Clacso-Universidade de São Paulo, 2006, pp.249-260.

GUIMARÃES, Raul Borges. Regiões de saúde e escalas geográficas. *Cadernos de Saúde Pública* (ENSP. Impresso), Rio de Janeiro, v. 21, p. 1017-1025, 2005.

GUIMARÃES, Raul Borges. A tecnificação da prática médica no Brasil: em busca de sua geografização. *Terra Livre - AGB*, São Paulo, No. 9, pp. 41-55, julho-dezembro, 1991.

GURGEL, Cristina. *Doenças e curas: o Brasil nos primeiros séculos*. São Paulo: Editora Contexto, 2010.

HECKENBERGER, Michael J.; KUIKUTO, Afukaka; KUIKUTO, Urissapá Tabata; RUSSELL, J. Christian; SCHMIDT, Morgan; FAUSTO, Carlos; FRANCHETTO, Bruna. Amazonia 1492: Pristine Forest or Cultural Parkland? In: *Science*, Vol. 301, 19 September, 2003, pp. 1710-1714.

HECKENBERGER, Michael J.; RUSSELL, J. Christian; TONEY, Joshua R.; SCHMIDT, Morgan J. The legacy of cultural landscapes in the Brazilian Amazon: implications for biodiversity. In: *Philosophical Transactions of the Royal Society B*, 362, (2007), pp. 197-208.

HOCHMAN, Gilberto. *A Era do Saneamento. As bases da política de Saúde Pública no Brasil*. São Paulo: Editora Hucite, 2ª edição, 2006.

HUGHES, Thomas P. La evolución de los grandes sistemas tecnológicos. In: Thomas H, Buch A. (orgs.). *Actos, actores y artefactos: sociología de la tecnología*. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes, 2008, pp. 101-44.

HUGHES, Thomas P. *Networks of Power: Electrification in Western Society, 1880-1930*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1983.

HUGHES, Thomas P.; MAYNTZ, Renate, (Editors). *The development of large technical systems*. Frankfurt am Main; Campus Verlag, Boulder Colorado: Westview Press, 1988, 300 p.

IBAÑEZ, Pablo. *Geopolítica e Inovação Tecnológica: uma análise da Subvenção Econômica e das Políticas de Inovação para a saúde*. Tese (Doutorado em Geografia). Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Estatísticas da Saúde. Assistência Médico-Sanitária 2009*. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão / Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (Diretoria de Pesquisas Coordenação de População e Indicadores Sociais). Rio de Janeiro, 2009, 167 p.

ILLICH, Ivan. [1975]. *A Expropriação da Saúde: Nêmesis da Medicina*. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 4ª Edição, 1981.

INTERFARMA. *Entendendo os Medicamentos Biológicos*. São Paulo: Interfarma - Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa, [online], 2012, 28 p. (acesso em 26 de junho de 2014: <http://www.interfarma.org.br/uploads/biblioteca/34-biologicos-site.pdf>).

IOZZI, Fabíola Lana. *Usos do território e políticas de ciência, tecnologia e inovação em saúde: uma abordagem a partir da circularidade produtiva do radiofármaco FDG-18F para estudos PET-CT na Argentina e no Brasil*. Tese (Doutorado). Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2014.

ISNARD, Hildebert, (1978). *O Espaço Geográfico*. Coimbra: Livraria Almedina, 1982.

JOERGES, Bernward. Large technical systems: concepts and issues. Em: MAYNTZ, Renate; HUGHES, Thomas P., (Editors). *The development of large technical systems*. Frankfurt am Main; Campus Verlag, Boulder Colorado: Westview Press, 1988, 300 p.

KAHIL, Samira PEDUTI. Usos do território: uma questão política. *Estudos geográficos*. Rio Claro, v. 10, n. 2, jul./dez., 2012, pp. 26-36.

KAHIL, Samira Peduti. Psicoesfera: uso corporativo da esfera técnica do território e o novo espírito do capitalismo. *Sociedade & Natureza* (UFU. Impresso), v. 22, p. 22-35, 2010.

LA BLACHE, Vidal de. (191?). *Principes de Géographie Humaine*. Publiés d'après les manuscrits de l'auteur par Emmanuel de Martonne. Paris: A. Colin, 1921.

LABASSE, Jean. *La ciudad y el hospital, Geografía Hospitalaria*. Instituto de Estudios de Administración Local. Madrid, 1982.

LACLAU, Ernesto. Universalismo, particularismo e a questão da identidade. *Revista Novos Rumos*. Instituto Astrogildo Pereira, São Paulo, n. 21, 1993, pp.30-36.

LANDMANN, Jayme. *A Outra face da medicina: um estudo das ideologias médicas*. Rio de Janeiro: Editora Salamandra, 1984.

LAPLANTINE, François; RABEYRON, Paul-Louis, [1987]. *Medicinas Paralelas*. São Paulo, SP: Editora Brasiliense, 1ª edição, 1989, 120 p.

LATOUR, Bruno. *Reagregando o Social: uma introdução à Teoria do Ator-Rede*. Trad. Gilson César Cardoso de Sousa. Salvador/Bauru: Edufba/Edusc, 2012, 399p.

LATOUR, Bruno. *A esperança de Pandora: ensaios sobre a realidade dos estudos científicos*. Bauru, SP: Edusc, 2001.

LATOUR, Bruno. *Ciência em ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora*. São Paulo: Editora Unesp, 2000.

LATOUR, Bruno; SCHWARTZ, Cécile; CHARVOLIN, Florian. Crises dos meios ambientes: desafios às ciências humanas. Em *Tecnociência e Cultura: ensaios sobre o tempo presente*, Hermetes Reis Araújo (org.); Achim Seiler et. al. São Paulo: Estação Liberdade, 1998, pp.91-126.

LEAL, Maria do Carmo, (coord.). *Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento*. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca / Fundação Oswaldo Cruz - ENSP/Fiocruz (coord.); Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq); Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (Faperj). Rio de Janeiro: 2014, 8 p., (Sumário Executivo Temático da Pesquisa).

LÉVY, Jean-Pierre. Les situations locales de l’habitat: une method d’analyse. *L’Espace Geographique*, Tome XXI, n.1, 1992, pp. 5-14.

LIMA, Júlio César França. O Banco Mundial, a Organização Mundial de Saúde e o “novo universalismo” ou a “cobertura universal de saúde”. Em: PEREIRA, João Márcio Mendes; PRONKO, Marcela, (org.). *A demolição de direitos: um exame das políticas do Banco Mundial para a educação e a saúde (1980-2013)*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio / Fiocruz, 2014. pp. 233-253.

LIMA, Luciana Dias de. A Coordenação Federativa do Sistema Público de Saúde no Brasil. In: Fundação Oswaldo Cruz (Org.). *A saúde no Brasil em 2030: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro - organização e gestão do sistema de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013, v. 3, pp. 71-140.

LIMA, Luciana Dias de. Federalismo, descentralização e regionalização na política de saúde do Brasil. In: Felipe Dutra Asensi, Roseni Pinheiro. (Org.). *Direito Sanitário*. 1ª Ed., Rio de Janeiro: Elsevier, 2012, pp. 131-161.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; GIOVANELLA, Lígia. Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012, 2ª edição, v. 1, p. 89-120.

LOURENZANI, A. E. B. S.; LOURENZANI, W. L.; BATALHA, M. O. Barreiras e oportunidades na comercialização de plantas medicinais provenientes da agricultura familiar. In: *Informações Econômicas*, 2004, São Paulo, 34(3):15-25.

LUZ, Madel Therezinha. Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(2):293-312, 2000.

LUZ, Madel Therezinha. Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no Fim do Século XXI. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 7(1): 13-43, 1997.

LUZ, Madel Therezinha. *As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

MACHADO, Cristiani Vieira; VIANA, Ana Luiza d’Ávila. Descentralização e coordenação federativa na saúde. In: VIANA, A. L. d’Á. et al.. (Orgs.), *Saúde, desenvolvimento e território*. São Paulo: Editora Hucitec, 2009, (pp.21–59).

MACHADO, Lia Osório. *Mitos e Realidades da Amazônia Brasileira: no contexto geopolítico internacional (1540-1912)*. Tese (Doutorado). Departamento de Geografia Humana – Universidade de Barcelona. Barcelona, 1989.

MACHADO, Maria Helena; OLIVEIRA, ELIANE DOS Santos de; MOYSES, Neuza Maria Nogueira. Tendências do Mercado do Trabalho em Saúde no Brasil. In: Célia Pierantoni, Mario Roberto Dal Poz, Tania França. (Org.). *O Trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas*. Rio de Janeiro: CEPESC, 1ª edição, v. 1, 2011, pp.103-116.

MANN, Charles C., (2005). *1491: novas revelações sobre as Américas antes de Colombo*. Rio de Janeiro: Editora Objetiva, 1ª ed., 2007, 471 p.

MARQUES, Luís Carlos. Panorama global medicamentos fitoterápicos: P&D, produção e mercado. In: *XVII Congresso Paulista de Farmacêuticos CPF: “Conhecimento, Prática e Atitude: Essência do Farmacêutico”*. São Paulo: 05 a 08 de outubro de 2013.

MARQUES, Luís Carlos. *Produção e comercialização de fitoterápicos no Paraná: uma abordagem da vigilância sanitária*. Dissertação (Mestrado). Pós-Graduação em Botânica do Setor de Ciências Biológicas da Universidade Federal do Paraná. Curitiba: 1992, 232 p.

MARQUES, Luís Carlos; OGNIBENE, Cecília Elena de Figueiredo; SOUZA, Carlos Muniz de; VIGO Cleverson Luis de Souza. Capítulo 10 - Produção e comercialização de fitoterápicos no Brasil. In: EMERY, Flávio da Silva; MARCHETTI, Juliana Maldonado, (Coord.). *Coleção Farmácia / Volume 7 – Farmacognosia*. Editora Atheneu: 2011, (mimeo). 35 p.

MARTIN, André R. Dilemas do federalismo: entre o “estadualismo oligárquico” e o “regionalismo burocrático”. In: *Perspectivas*, São Paulo-SP, 27: pp. 55-68, 2005.

MARX, Karl, (1859). *Contribuição à crítica da economia política*. São Paulo: Editora Expressão Popular, 2ª Edição, 2008.

MARX, Karl. *Formações Econômicas Pré-Capitalistas*. São Paulo: Paz e Terra, 4ª edição, 1985.

MATO GROSSO, Governo do Estado. *FITOPLAMA: O Acesso aos Fitoterápicos e Plantas Medicinais e a Inclusão Social – Diagnóstico Situacional da Cadeia Produtiva Farmacêutica no estado de Mato Grosso*. Organização: Mari Gemma De La Cruz (Secretaria de Estado de Saúde). Governo de Mato Grosso: Secretaria Estadual de Saúde; Secretaria de Estado de Trabalho, Emprego e Cidadania. Março, 2005.

MELLO, Guilherme Arantes. *Revisão do pensamento sanitário com foco no Centro de Saúde*. Tese (Doutorado). Programa de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2010, 299p.

MENDES, Isabel Amélia Costa. Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. In: *Revista Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, jun. 2004.

MIGUEL, Laís Mourão. *Uso Sustentável da Biodiversidade na Amazônia Brasileira: experiências atuais e perspectivas das bioindústrias de cosméticos e fitoterápicos*.

Dissertação (Mestrado). Departamento de Geografia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2007.

MILLS, Charles Wright. *Sobre o artesanato intelectual e outros ensaios*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2009.

MIRANDA, Carlos Alberto Cunha. *A arte de curar nos tempos da colônia: limites e espaços da cura*. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2ª edição rev. ampl. e atual., 2011, 524 p.

MONBEIG, Pierre. *Pioneiros e Fazendeiros de São Paulo*. São Paulo: Editora Hucitec / Editora Polis, 1984.

MORA, Jose Ferrater. *Diccionario de Filosofia*. Editorial Sudamericana Buenos Aires, Montecasino, 5ª Edición, 1964, 963p.

MOSCOVICI, Serge. *Essai sur l'histoire humaine de la nature*. Paris: Flammarion Éditeur, 1968.

NASCIMENTO, Marilene Cabral do; BARROS, Nelson Filice de; NOGUEIRA, Maria Inês; LUZ, Madel Therezinha. A categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 18, núm. 12, diciembre, 2013, pp. 3595-3604.

NASCIMENTO, Marilene Cabral do; NOGUEIRA, Maria Inês; LUZ, Madel Therezinha. Produção científica em racionalidades médicas e práticas de saúde. *Cadernos de Naturologia e Terapêuticas Complementares*, v. 1, p. 13-21, 2012.

NOGUEIRA, Salvador. O fator humano - Castanhais podem ser resultado da ação de populações indígenas antes da colonização europeia. In: *Revista Pesquisa Fapesp*. São Paulo: Edição 198 - Agosto de 2012, pp.57-59.

NONATO, Josimara Martins Dias. *A comunidade de pesquisa da Região Norte do Brasil: perspectivas sobre o papel da ciência na construção do desenvolvimento sustentável*. Tese (Doutorado). Instituto de Geociências da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2012.

NORONHA, José Carvalho de. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, pp. 847-849, maio de 2013.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. SUS: contradição em processo? In: XI Encontro Nacional de Economia da Saúde & VI Encontro Latino Americano de Economia da Saúde. São Paulo, setembro de 2014.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. *SUS: o desafio de ser único*. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), 1ª edição, 2012. 180 p.

OLIVEIRA, Francisco Arsego. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. In: *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v6, n10, p.63-74, fev 2002.

OLIVEIRA, Gisele Lopes de. *Etnobotânica nordestina: plantas medicinais da comunidade Muribeca (Jaboatão dos Guararapes – PE, Brasil)*. Dissertação (Mestrado) . Programa de Pós-Graduação em Biologia Vegetal, Departamento de Botânica do Centro de Ciências Biológicas da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Recife, 2007. 64 p.

OLIVEIRA, Maria Jose Ricardo; SIMÕES, Maria Jacira Silva; SASSI, Célia Regina R. Fitoterapia no Sistema de Saúde Pública (SUS) no Estado de São Paulo, Brasil. Botucatu: *Revista Brasileira de Plantas Mediciniais*, v.8, n.2, p.39-41, 2006.

OLIVEIRA, Marília Flores Seixas de; BARTHOLLO, Roberto. Enraizamento Cultural, Fitoterapia e Biodiversidade: como Confrontar a Globalização e a Mercantilização da Vida? In: *III Encontro da ANPPAS*. Brasília-DF: 23 a 26 de maio de 2006. 13p.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Alma-Ata, 1978. Cuidados primários de saúde*. Brasília-DF, 1979. 64p.

OMS. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005*. Genebra: OMS, 2002. 67p.

ORTEGA Y GASSET, Jose, (1939). *Meditação da técnica. Vicissitudes das ciências. Cacofonia na física*. Livro Ibero-Americano. Rio de Janeiro, 1963.

PAIM, Jairnilson Silva. *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Tese (doutorado). Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2007. 300p.

PAGLIOSA, Fernando Luiz; DA ROS, Marco Aurélio. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, pp.492-499, 2008.

PALMÉRIO, José. *O custo dos remédios e a economia médico-farmacêutica*. São Paulo, 1942.

PERFEITO, J. P. S. *O registro sanitário de medicamentos fitoterápicos no Brasil: uma avaliação da situação atual e das razões de indeferimento*. Mestrado (Dissertação). Brasília: Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, 2012.

PESSÔA, Luisa Regina. *Mergulho em Montes Claros: desafios da alocação de recursos na rede*. Tese (doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública, Planejamento e Gestão de Sistemas em Serviços de Saúde. Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz: Rio de Janeiro, 2006.

PICHERAL, Henri. Géographie Médicale, Géographie des Maladies, Géographie de la Santé. In: *L'Espace Géographique*, n. 3, Tome XI, 1982, p.161-175.

PORTER, Roy, (2002). *Das tripas coração*. Tradução Vera Ribeiro. Rio de Janeiro, Editora Record, 2004.

PORTOCARRERO, Vera. *As ciências da vida: de Canguilhem a Foucault*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2009, 260 p.

PORTO-GONÇALVES, Carlos Walter. (2001). *Amazônia, Amazônias*. São Paulo: Editora Contexto, 3ª ed., 2012, 178 p.

PORTO-GONÇALVES, Carlos Walter. Entre América e Abya Yala: tensões de territorialidades. *Desenvolvimento e Meio Ambiente* (UFPR), n. 20, p. 25-30, 2009.

PORTO-GONÇALVES, Carlos Walter; QUENTAL, Pedro de Araújo. Colonialidade do poder e os desafios da integração regional na América Latina. *Polis – Revista Latinoamericana*, [em línea], 31 (2012), 28p. Disponível em: <http://polis.revues.org/3749> (consultado em 04/08/2013).

PRADO JUNIOR, Caio, (1942). *Formação do Brasil Contemporâneo - Colônia*. São Paulo: Editora Brasiliense, 21ª edição, 1989.

QUEIROZ, Sérgio, GONZÁLES, Alexis J. V. Mudanças recentes na estrutura produtiva da indústria farmacêutica. In: NEGRI, B. e GIOVANNI, G., (org.), *Radiografia da saúde*. Campinas: Unicamp, Instituto de Economia, 2001.

RAFFESTIN, Claude, (1980). *Por uma geografia do poder*. São Paulo: Editora Ática SA, 1993, 269 p.

RATZEL, Friedrich. (1897). *La Géographie Politique – Les concepts fondamentaux*. Librairie Arthème Fayard, 1987.

RIBEIRO, Ana Clara Torres. Ação e seleção social: impulsos globais em contextos metropolitanos. Em: RIBEIRO, A. C. T. *Por uma sociologia do presente: ação, técnica e espaço – Vol. 4*. Rio de Janeiro: Letra Capital, 2013, pp.137-148.

RIBEIRO, Ana Clara Torres. *Por uma sociologia do presente: ação, técnica e espaço*. Rio de Janeiro: Letra Capital, 2012.

RIBEIRO, Ana Clara Torres. Território usado e humanismo concreto: o mercado socialmente necessário. In: SILVA, C. A. da; BERNARDES, J. A.; ARRUIZZO, R. C.; RIBEIRO, A. C. T. (org.), *Formas em crise: utopias necessárias*. Rio de Janeiro: Arquimedes Edições, 2005, p.93-111.

RIBEIRO, Ana Clara Torres. Pequena Reflexão sobre Categorias da Teoria Crítica do Espaço: Território Usado, Território Praticado. Em: *Território Brasileiro – Usos e Abusos*. Organizadora Maria Adélia Aparecida de Souza [et al.]. Campinas: Edições Territorial, 2003, pp. 29-40.

RIBEIRO, Ana Clara Torres. *Teorias da Ação*. Apostila com transcrição do Curso Teorias da Ação ministrado na Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP: Unicamp, 18 a 22 de novembro de 2002, 264 p.

RIBEIRO, Ana Clara Torres. Sistema, período e ação: desafios de uma herança. *Ciência Geográfica*, ano VII, vol. II, n. 19, maio/agosto de 2000.

RIBEIRO, Ana Clara Torres; SILVA, Cátia Antonia da. Impulsos globais e espaço urbano: sobre o novo economicismo. Em: RIBEIRO, A. C. T. *Por uma sociologia do presente: ação, técnica e espaço – Vol. 5*. Rio de Janeiro: Letra Capital, 2013, pp.139-170.

RIBEIRO, A. Q.; LEITE, J. P. V.; DANTAS-BARROS, A. M.. Perfil de utilização de fitoterápicos em farmácias comunitárias de Belo Horizonte sob a influência da legislação nacional. *Revista Brasileira de Farmacognosia*, Curitiba, v. 15, n. 1, p. 65-70, Jan. 2005.

RIBEIRO, Darcy. *O povo brasileiro: a formação e o sentido do Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras, 1ª ed.,1995, 470 p.

RICARDO, Letícia Mendes. *O uso de plantas medicinais na medicina popular praticada em assentamentos do MST do estado do Rio de Janeiro: uma contribuição para o SUS*. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Ministério da Saúde. Rio de Janeiro, 2011, 192p.

RITTER, Carl. (186?). *Introduction à la géographie générale comparée*. Annales Littéraires de L'Université de Besançon, 155, Les Belles-Lettres, 95, Boulevard Rapail, Paris Vie, 1974.

ROCHA, André. Saúde é a capacidade de lutar contra tudo que nos oprime. Entrevista com a Cordenação Nacional do Setor de Saúde do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) ao *Jornal Sem Terra*, n. 307, Out / 2010. Disponível em: <http://www.mst.org.br/jornal/307/entrevista> [acesso em agosto de 2014].

RODRIGUES, Ângelo Giovani. Fitoterapia na Saúde Pública. Palestra proferida na *IX Semana de Fitoterapia Prof. Walter Radamés Accorsi*. Campinas, SP: 26 a 29 de abril de 2011.

RODRIGUES, Angelo Giovani. *Biodiversidade e Etnociência de Plantas Mediciniais da Comunidade de Miguel Rodrigues-MG*. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Fitotecnia da Universidade Federal de Viçosa (UFV). Viçosa-MG: 2002. 191 p.

RODRIGUES, A. G.; SANTOS, M. G.; DE SIMONI, C. Fitoterapia na Saúde da Família. In: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (Org.). *Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade (PROMEF)*. Porto Alegre: Artmed/Panamericana, 2011. pp. 31-65.

RODRIGUES, Edmilson Brito. *Território e soberania na globalização: Amazônia, jardim de águas sedento*. Belo Horizonte: Fórum, 2012, 459 p.

ROJAS, Luisa Iñiguez. Salud y Bienestar Humano en la Geografía de América Latina. In: LEMOS, A. I. G.; SILVEIRA, M. L. & ARROYO, M. (orgs.). *Questões Territoriais na América Latina*. Buenos Aires - São Paulo: Clacso-Universidade de São Paulo, 2006, pp. 227-248.

ROJAS, Luisa Iñiguez. Geografia y Salud: temas y perspectivas en América Latina. In: *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 14 (4), p.701-711, out/dez., 1998a.

ROJAS, Luisa Iñiguez, (org.). *Espaço e doenças: um olhar sobre o Amazonas*. Organizado por Luisa Iñiguez Rojas & Luciano Medeiros de Toledo. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998b, p.175.

SANTOS, Laymert Garcia dos. Tecnologia, Natureza e a “Redescoberta” do Brasil. Em: *Tecnociência e Cultura: ensaios sobre o tempo presente*, Hermetes Reis Araújo (org.); Achim Seiler et. al. São Paulo: Estação Liberdade, 1998, (pp.23-46).

SANTOS, Milton. (1996). Por uma epistemologia existencial. Em: LEMOS, Amalia Inés Geraiges; SILVEIRA, Maria Laura; ARROYO, Mónica. *Questões territoriais na América Latina*. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales – Clacso; São Paulo: Universidade de São, 1ª edição, pp. 19-26, 2006. 296 p.

SANTOS, Milton. Saúde e ambiente no processo de desenvolvimento. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2003, vol. 8, n. 1, pp. 309-314.

SANTOS, Milton. (1978). *Por uma Geografia Nova*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo (Edusp), 2002. (Coleção Milton Santos; 2).

SANTOS, Milton. *Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal*. Rio de Janeiro: Record, 2ª edição, 2000a.

- SANTOS, Milton. Por uma nova Federação. In: *Correio Braziliense* (AJ-25). Brasília-DF, Domingo, 16 de julho de 2000b.
- SANTOS, Milton. El territorio: un agregado de espacios banales. In: *Boletín de Estudios Geográficos*. Mendoza, Argentina: Instituto de Geografía. Facultad de Filosofía y Letras. Universidad Nacional de Cuyo, n°96: p.87-96, 2000c.
- SANTOS, Milton, (1996). *A natureza do espaço: técnica e tempo – razão e emoção*. São Paulo: Hucitec, 3ª edição, 1999a.
- SANTOS, Milton. O Território e o Saber Local: algumas categorias de análise. In *Cadernos IPPUR* (p.15-25), Ano XII, n.2, Rio de Janeiro: UFRJ, 1999b.
- SANTOS, Milton. O Lugar: Encontrando o Futuro. *Rua Revista de Arquitetura e Urbanismo*, BAHIA, v. 6, p. 34-39, 1997.
- SANTOS, Milton. O futuro do Nordeste: da racionalidade à contrafinalidade. Em: GAUDÊNCIO, Francisco de Sales; FORMIGA, Marcos, (coordenadores). *Era da Esperança. Teoria e política no pensamento de Celso Furtado*. Editora Paz e Terra, 1995, pp. 99-104.
- SANTOS, Milton. *A urbanização brasileira*. Editora Hucitec: São Paulo, 1993.
- SANTOS, Milton. O retorno do território. In: SANTOS, Milton; SOUZA, Maria Adélia Aparecida; SILVEIRA, Maria Laura (org.) *Território: Globalização e fragmentação*. São Paulo: Hucitec, 1994, p.15-20.
- SANTOS, Milton, *Metrópole corporativa e fragmentada: o caso de São Paulo*. São Paulo: Nobel: Secretaria de Estado da Cultura, 1990.
- SANTOS, Milton. Espaço e dominação. Associação dos Geógrafos Brasileiros – AGB / Seção São Paulo, Seleção de Textos, n.4, Jun. 1978, pp. 3-27.
- SANTOS, Milton. Sociedade e espaço: a formação social como teoria e como método. In *Boletim Paulista de Geografia*, Associação dos Geógrafos Brasileiros – AGB / Seção São Paulo, n.54, 1977.
- SANTOS, Milton; SILVEIRA, Maria Laura. *O Brasil: território e sociedade no início do século XXI*. Rio de Janeiro: Editora Record, 2001.
- SCHEFFER, Mário; BIANCARELLI, Aureliano; CASSENOTE, Alex, (coord.). *Demografia Médica no Brasil: dados gerais e descrições de desigualdades*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e Conselho Federal de Medicina, CFM/CREMESP, 2011, vol. 1, 118p.
- SCHEFFER, Mário; CASSENOTE, Alex; BIANCARELLI, Aureliano, (coord.). *Demografia médica no Brasil: cenários e indicadores de distribuição*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e Conselho Federal de Medicina, CFM/CREMESP, 2013, vol. 2, 256 p.
- SCLIAR, Moacyr. História do Conceito de Saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1):29-41, 2007.
- SEVCENKO, Nicolau. O front brasileiro na guerra verde: vegetais, colonialismo e cultura. *Revista USP*, São Paulo (30): 108-119, junho/agosto 1996.

SIGERIST, Henry E., (1942). *Civilização e doença*. Tradução Marcos Fernandes da Silva Moreira com a colaboração de José de Alcântara Bonfim. São Paulo: Hucitec-Spbravime : Campinas, SP : SindiMed, 2011. 346 p.

SILVA, Catia Antonia da. Economia local e a nova episteme das sociabilidades da vida coletiva: circuito produtivo da pesca artesanal e os sítios espaciais invisíveis na produção da metrópole fluminense. Catia Antonia da Silva e Adrelino Campos (organizadores), *Metrópoles e invisibilidades: da política às lutas de sentidos da apropriação urbana*. Rio de Janeiro: Lamparina / FAPERJ, 1ª edição, 2015, 176 p.

SILVA, Catia Antonia da. Um desafio epistemológico e metodológico: por uma geografia das existências. Catia Antonia da Silva (org.), *O pensamento vivo e humanismo concreto em Ana Clara Torres Ribeiro*. Rio de Janeiro: Letra Capital, 1ª edição, 2014, pp. 13-22.

SILVA, Catia Antonia da. Economia política do território: desafios para pensar a metrópole. Em: SILVA, C. A. da, (org.). *Território e ação social: sentidos da apropriação urbana*. Rio de Janeiro: Lamparina, 2011, pp. 151-171.

SILVA, Golbery do Couto e. *Geopolítica e poder*. Rio de Janeiro: Editora UniverCidade, 2003, 634 p.

SILVA, Hudson Pacifico da. *Dimensões da saúde no Brasil: proteção social, inovação tecnológica e acumulação de capital*. Tese (Doutorado). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

SILVA JR, Aluísio Gomes da. *Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: o debate no campo da saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 1ª edição, 1998, 143p.

SILVEIRA, María Laura. Ao território usado a palavra: pensando princípios de solidariedade socioespacial. In: Viana, Ana Luiza d'Ávila; Ibañez, Nelson; Elias, Paulo Eduardo M. (Org.). *Saúde, Desenvolvimento e Território*. São Paulo: Hucitec, 1ª edição, 2009, pp. 127-150.

SILVEIRA, María Laura. Globalización y territorio usado: imperativos y solidaridades. *Cuadernos del Cendes - CDC*, Caracas, v. 25, n. 69, pp. 02-19, dic. 2008.

SILVEIRA, Maria Laura. Diferencias regionales en el territorio brasileño: perspectivas diacrónica y sincrónica. In: *Scripta Nova* (Barcelona), vol. XI, n. 244, 15 de Julio de 2007.

SILVEIRA, Maria Laura. *Um país, uma região: fim de século e modernidades na Argentina*. São Paulo: Fapesp; Laboplan-USP, 1999a.

SILVEIRA, Maria Laura. Uma situação geográfica: do método à metodologia. In: *Revista Território*, ano IV, n.6: p.21-28, jan/jun. 1999b.

SIMONI, Carmem De; BENEVIDES, Iracema; BARROS, Nelson Filice de. As Práticas Integrativas e Complementares no SUS: realidade e desafios após dois anos de publicação da PNPIC. In: *Revista Brasileira Saúde da Família*, Ano IX, Ed. Especial, pp.70-76 (Maio 2008). Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

SORRE, Maximilien, [1954]. *Geografia*. São Paulo: Editora Ática, 1984.

SORRE, Maximilien. Complexes pathogènes et géographie médicale. In: *Annales de Géographie*, 1933, t. 42, n°235. pp. 1-18.

- SORRE, Maximilien. Trois études de géographie botanique. In: *Annales de Géographie*, 1927, t. 36, n. 204. pp. 481-498.
- SOUZA, Eduardo F. Alexander Amaral de; LUZ, Madel T. Bases socioculturais das práticas terapêuticas alternativas. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.16, n.2, abr-jun. 2009, p.393-405.
- SOUZA, Márcio. Amazônia e modernidade. *Estudos Avançados*, São Paulo, v.16, n.45, ago. 2002, pp.31-36.
- SOUZA, Márcio. Afinal, quem é mais moderno neste país? *Estudos Avançados*, São Paulo, v.19, n. 3, abr. 2005, pp. 87-96.
- SOUZA, Maria Adélia de. Uso do território e saúde: refletindo sobre *municípios saudáveis*. In: SPERANDIO, Ana Maria G (org.). *O Processo de Construção da Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis*. Campinas: IPES editorial, 2004, v. 2, pp. 57-77.
- SOUZA, Maria Adélia de. Cidade: lugar e geografia da existência. In: SILVA, Sylvio Bandeira de Melo e VASCONCELOS, Pedro de Almeida (orgs.). *Novos estudos de geografia urbana*. Salvador: Ed. da Universidade Federal da Bahia, 1999, p. 9-18.
- SOUZA, Maria Adélia de. Conexões geográficas: um ensaio metodológico (uma versão ainda preliminar). *Boletim Paulista de Geografia*, n. 71, pp. 113-127. São Paulo, 1992.
- SOUZA, Maria Adélia de. Regionalização: Tema Geográfico e Político – o caso Paulista. *Boletim Paulista de Geografia*, AGB – Seção São Paulo, n. 50, março de 1976.
- SOUZA, Maria Luiza Rodrigues. Técnicas Indígenas. In: Milton Vargas. (Org.). *História da Técnica e da Tecnologia no Brasil*. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista: Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza, 1994, pp.39-47.
- SPITZ, Janet; WICKHAM, Mark. Pharmaceutical High Profits: The Value of R&D, or Oligopolistic Rents? *American Journal of Economics and Sociology*, vol. 71, issue 1, 2012, pp.1-36.
- TARDE, Gabriel, [1843-1904]. *Monadologia e sociologia – e outros ensaios*. São Paulo: Cosac Naify, 2007.
- TEMPORÃO, José Gomes. *A propaganda de medicamentos e o mito da saúde*. Rio de Janeiro: Graal, 1986.
- TESSER, Charles Dalcanale; BARROS, Nelson Filice de. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. In: *Rev Saúde Pública*, 42(5):914-920; 2008.
- TESSER, Charles Dalcanale; LUZ, Madel Therezinha. Racionalidades Médicas e Integralidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, p. 195-206, 2008.
- THE LANCET. Strengthening the regulation of herbal medicines in Europe. Editorial, Vol.377, April 30, 2011a, p.1466.
- THE LANCET. UK moves to ensure “access to unlicensed herbal medicines. World Reportl, Vol.377, April 30, 2011b, p.1479-1480.

TODOROV, Tzvetan, (1982). *A conquista da América: a questão do outro*. Tradução de Beatriz Perrone Moisés. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

TORRES, Kátia R. *Os arranjos produtivos locais (APLs) no contexto da implementação da Política e do Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos*. Mestrado profissionalizante em Gestão, Política em Ciência, Tecnologia, Inovação. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2013.

TORRES, Kátia R. Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Departamento de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde. *EnFarMed*, 2009, 3.

TRALDI, Mariana. *Novos usos do território no semiárido nordestino: implantação de parques eólicos e valorização seletiva nos municípios de Caetité (BA) e João Câmara (RN)*. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Geografia do Instituto de Geociências da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2014.

UDRY, Maria Consolacion Fernandez Villafane. *Saúde e uso da biodiversidade: caminhos para a incorporação do conhecimento tradicional na política de saúde pública*. Tese (Doutorado). Universidade de Brasília, CDS/UNB. Brasília: 2001.

UNIDO. United Nations Industrial Development Organization. *Trade and Production of Herbal Medicines and Natural Health Products*. UNIDO, International Centre for Science and High Technology . Trieste, Italy: 2002. 91 p.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila. *Descentralização e política de saúde: origens, contexto e alcance da descentralização*. São Paulo: Editora Hucitec, 2ª edição, 2014. 319 p.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; ELIAS, Paulo E. M. Saúde e Desenvolvimento. In: *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 12 Supl.: p.1765-1777, 2007.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; SILVA, Hudson Pacífico da. Relações Estado, mercado e sociedade no Brasil: arranjos assistenciais produtivos na saúde. Em: VIANA, Ana Luiza d'Ávila; IBAÑEZ, Nelson; BOUSQUAT, Aylene, (org.). *Saúde, desenvolvimento, ciência, tecnologia e inovação*. São Paulo: Hucitec-Cealag, 2012, (490 p.), pp. 105-132.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; SILVA, Hudson Pacífico da; ELIAS, Paulo Eduardo M. Economia política da Saúde: introduzindo o debate. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, 37:7-20, 2007.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; MACHADO, Cristiani V.; LIMA, Luciana D. de; HEIMANN, Luiza S.; MENDONÇA, Maria H. M. de; FARIA BAPTISTA, Tatiana Vargas de; ALBUQUERQUE, Mariana. V. de; IOZZI, Fabíola L.; IBAÑEZ, Pablo; FREDERICO, Samuel; DAVID, Virna C. Proteção Social em Saúde no Brasil: desafios de uma política regional para a Amazônia Legal. In: Viana, Ana Luiza d'Ávila; Ibañez, Nelson; Elias, Paulo Eduardo Mangeon. (Org.). *Saúde, Desenvolvimento e Território*. São Paulo-SP: Hucitec, 1ª Edição, 2009, pp.193-267.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. Gasto do Ministério da Saúde com medicamentos: tendência dos programas de 2002 a 2007. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 4, ago. 2009.

VIEIRA, Fabiola Sulpino; ZUCCHI, Paola. Financiamento da assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde. *Saúde e Sociedade* (USP. Impresso), v. 22, pp. 73-84, 2013.

VILLAS BÔAS, Glauco de Kruse. A Nova Política de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. In: *Medicamentos no Brasil: inovação e acesso* (p.307-318). / organizado por Paulo Marchiori Buss, José da Rocha Carvalheiro e Carmen Phang Romero Casas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

VILLAS BÔAS, Glauco de K. *Bases para uma política institucional de desenvolvimento tecnológico de medicamentos de origem vegetal: o papel da FIOCRUZ*. Dissertação (Mestrado). Mestrado Profissional em Gestão de C&T em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Rio de Janeiro: 2004, 130 p.

WERLEN, Benno. Entrevista. *Boletim Campineiro de Geografia*. Entrevistado, em novembro de 2012, por Alcides Manzoni Neto, André Pasti, Luciano Duarte e Wagner NabarroCampinas/SP: AGB-Campinas, v. 2, n. 3, pp.547-576, 2012.

YUNES, João. O SUS na lógica da descentralização. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 13, n. 35, abr. 1999.

ZAOUAL, Hassan. O *homo situs* e suas perspectivas paradigmáticas. *OIKOS*, Rio de Janeiro, Volume 9, n. 1, pp. 13-39, 2010.

ZAOUAL, Hassan. Homo oeconomicus ou Homo situs? Un choix de civilisation. *Finance & Bien Commun*, 2005/2, No. 22, pp. 63-72.

ZERHOUNI, Elias. Les grandes tendances de l'innovation biomédicale au XXIe siècle. In: *Les grandes tendances de l'innovation biomédicale au XXIe siècle*. Paris: Collège de France-Fayard ("Leçons inaugurales", n.o 217), 2011.

Apêndices

Quadro 1. Trabalhos de campo e entrevistas realizados no período de agosto de 2010 a janeiro de 2014, por municípios e estados da federação e segundo tipos de agentes e atores entrevistados

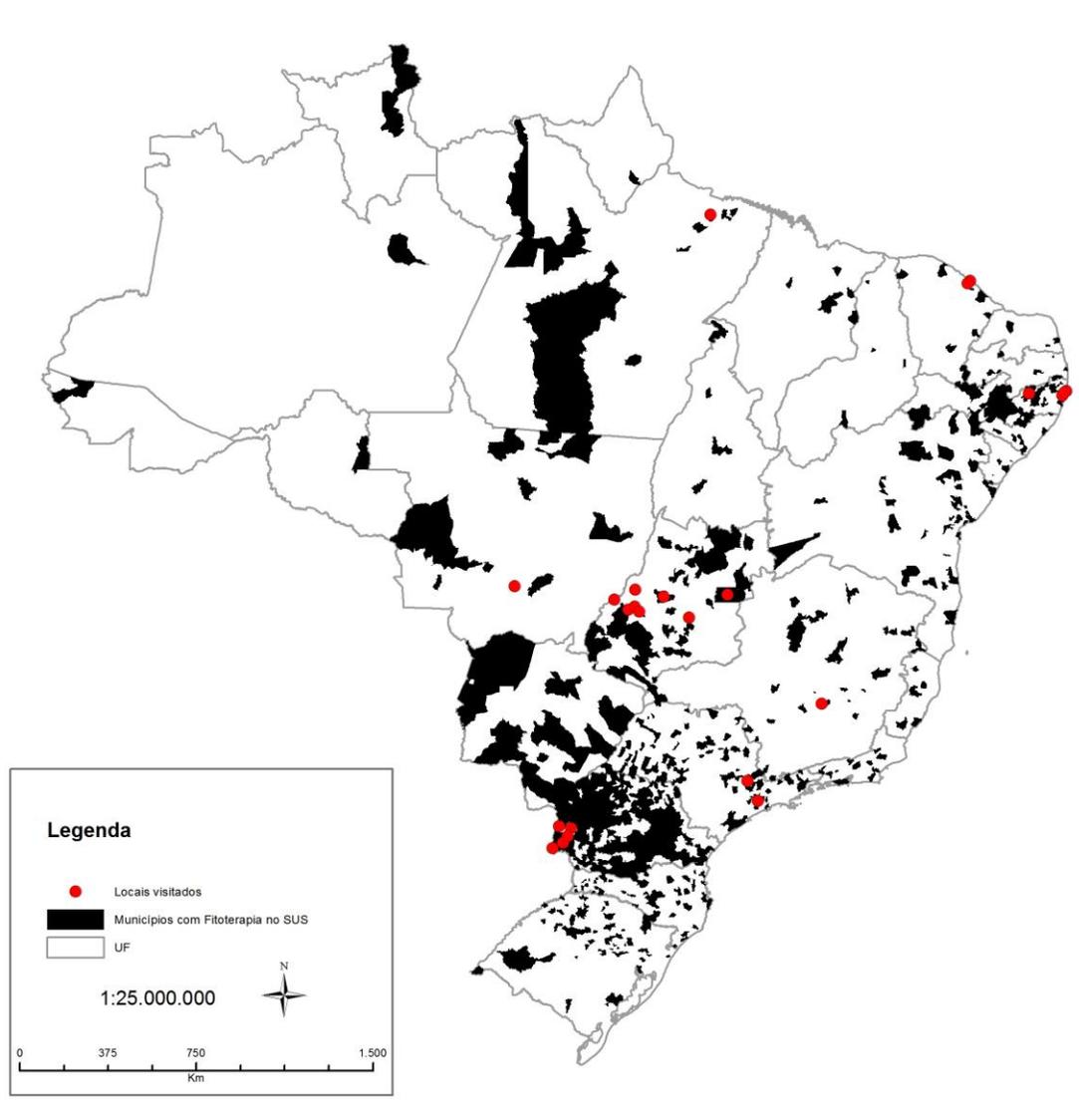
Estados e Distrito Federal	Municípios e regiões administrativas do DF	Quantidade Entrevistas	Entrevistados (profissões; instituições; agentes; atores)
São Paulo – SP	Campinas	6	Farmacêutica Coordenadora da Assistência Farmacêutica da SMS-Campinas; médico Coordenação Práticas Integrativas e Complementares em Saúde – SMS-CPS; farmacêutica Coordenadora da Farmácia Municipal de Manipulação Botica da Família; enfermeira Coordenadora do Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde CETS; médica da SMS-CPS; Coordenador Setorial do Fundo Municipal de Saúde de Campinas
	São Paulo	5	Assistente Social de Unidade Básica de Saúde; Projeto Plantando Saúde na Bela Vista; Farmacêutica Coordenadora da Assistência Farmacêutica da Coordenação da Atenção Básica da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (ATAF/CAB/SMS-SP); Farmacêutica Biomédica do corpo técnico da Escola Municipal de Jardinagem da Secretaria do Verde e do Meio Ambiente do município de São Paulo / SP e coordenadora do Curso de Plantas Medicinais da Prefeitura Municipal de São Paulo; farmacêutico Professor e Pesquisador de Universidade; radialista e sindicalista Coordenador Nacional de Plenária do Conselho Estadual de Saúde (SP) e integrante da Rede Nacional de Controle Social e Saúde da População Negra
Minas Gerais – MG	Betim	1	Integrante do Conselho Gestor da Redesfíto-Cerrado e farmacêutica coordenadora do Programa Fitoterápico Farmácia Viva no SUS da SMS-Betim
Paraná – PR	Foz do Iguaçu	2	Biólogo e contador / técnico agrícola do Projeto Plantas Medicinais do Programa Cultivando Água Boa da Itaipu Binacional
	Medianeira	2	Farmacêutica e militante feminista do Centro Popular de Saúde Yanten e seu Laboratório de Manipulação
	Toledo	3	Farmacêuticas da Farmácia de Manipulação da SMS-Todelo e; agrônomo pesquisador da Universidade Paranaense (UNIPAR) e presidente da SUSTENTEC (Produtores Associados para Desenvolvimento de Tecnologias Sustentáveis)
	Vera Cruz do Oeste	1	Agricultora familiar e presidente da Cooperativa Gran-Lago de pequenos produtores rurais
	Pato Bragado	2	Filhos de produtores da agricultura familiar da região (terminando cursos de farmácia e de engenharia de produção) que trabalham coordenando a Unidade de Produção de Extratos de Fitoterápicos (gerenciada pela SUSTENTEC)
Distrito Federal – DF	Brasília	4	Pesquisadora farmacêutica do Laboratório de Farmacognosia da Faculdade de Ciências da Saúde da UNB (Universidade de Brasília); farmacêutica Consultora Técnica do Departamento de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde - DAF/SCTIE/MS; farmacêutica e farmacêutica bioquímica da Gerência de Medicamentos Isentos, Específicos, Fitoterápicos e Homeopáticos da Gerência Geral de Medicamentos da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (COFID/GMEFH/GGMED/ANVISA/MS); e Área de Inspeção da Anvisa
	Planaltina	3	Médico coordenador, farmacêutico responsável e técnico do Centro de Medicina Alternativa do Hospital Regional de Planaltina (CeMA/HRP/SES-DF)
	Riacho Fundo	1	Farmacêutico da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) e coordenador do laboratório de fitoterápicos de Riacho Fundo / DF

Goiás – GO	Goiânia	5	Hospital de Medicina Alternativa (HMA) da SES-GO: assistente social do Serviço Social; técnico administrativo e geógrafa da Seção de Ensino e Pesquisa (SEP); engenheira agrônoma especialista em fitoterapia e coordenadora dos hortos de plantas medicinais e; farmacêutica especialista em homeopatia e fitoterapia, coordenadora da SEP e da Divisão de Farmácia (DIFAR) e do laboratório de manipulação de fitoterápicos
	Diorama	2	Enfermeiro Secretário Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Diorama; Diretora Administrativa da Agrotec (Centro de Tecnologia Agroecologia de Pequenos Agricultores) da Unidade Agroextrativista Vereda dos Buritis
	Iporá	1	Farmacêutica bioquímica Secretária Municipal de Saúde de Iporá (ex-presidente Estadual do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde; e ex-supervisora de Ações de Saúde da Regional Centro-Oeste de Goiás)
	Arenópolis	1	Formação em Gestão Pública e Secretário Municipal de Saúde de Arenópolis
	Aragarças	2	Geógrafo e Secretário Municipal de Saúde de Aragarças e; funcionária da Farmácia Básica da SMS-Aragarças
	Jussara	3	Enfermeiro sanitaria Secretário Municipal de Saúde de Jussara; e funcionárias da SMS-Jussara (bióloga e enfermeira)
	Cidade de Goiás	1	Pequena agricultora e Coordenadora Diocesana da Pastoral da Saúde de Goiás e da Casa de Agricultura Familiar Dom Tomás Balduino (“farmacinha popular”)
Mato Grosso – MT	Cuiabá	11	Farmacêutica especialista em plantas medicinais pesquisadora do Laboratório de Farmacologia Programa Etno-Fitos da Faculdade de Medicina da UFMT e ex-Supervisora do Programa “Fitoviva”; pedagogo, nutricionista (SES-MT) e farmacêutica coordenadora do Programa Municipal “Fitoviva”(SMS-Cuiabá); biólogo e agrônomo do Horto da Prefeitura Municipal de Cuiabá e do viveiro do “Fitoviva”; farmacêutica coordenadora da Assistência Farmacêutica da SES-MT; farmacêutica coordenadora da Assistência Farmacêutica da SMS-Cuiabá; médica homeopata coordenadora da área de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde PICS da SMS-Cuiabá; farmacêutica da SES-MT representou a secretaria na equipe técnica do Programa Estadual de Plantas Medicinais e Fitoterápicos “Fitoplama”; pequena agricultora e coordenadora da Associação dos Técnicos em Ervas e Plantas Medicinais Aromáticas e Alimentares (Ateplama); visita às bancas / ambulantes erveiros de garrafadas, plantas e ervas medicinais espalhados pelo centro de Cuiabá
	Várzea Grande	2	Técnico agrícola e biólogo do Horto e Viveiro desativados da Empresa Matogrossense de Pesquisa, Assistência e Extensão Rural (Empaer/MT)
Pernambuco – PE	Recife	3	Técnico agrícola e farmacêutico coordenador do Horto e do Laboratório de Fitoterapia do Instituto Agrônomo de Pernambuco (IPA), órgão da Secretaria Estadual da Agricultura e Reforma Agrária (Sara) (Pernambuco Participações e Investimentos S/A , Perpart); química especializada em ciências farmacêuticas coordenadora do CT-FITO (Comitê Técnico de Plantas Medicinais e Fitoterápicos da Superintendência de Assistência Farmacêutica da SES-PE) e pesquisadora do Laboratório de Biofísica Química (CCB/ UFPE); visita às bancas de garrafadas, plantas e ervas medicinais do Mercado São José no centro de Recife
	Olinda	1	Médico Coordenador do Centro Nordestino de Medicina Popular (CNMP) e pesquisador do Instituto de Tecnologia de Pernambuco (ITEP)
	Jaboatão dos Guararapes	1	Pequena produtora integrante da cooperativa Centro de Saúde Alternativa de Muribeca (CESAM)
	Brejo da Madre de Deus	3	Farmacêutica coordenadora do Lafiamp (Laboratório de Fitoterapia Alípio Magalhães Porto) do Programa Municipal de Fitoterapia de Brejo da Madre de Deus; técnico do Horto Municipal de Plantas Medicinais; médico Prefeito de Brejo da Madre de Deus

Ceará – CE	Fortaleza	7	Farmacêutica coordenadora do Programa Farmácia Viva de Fortaleza / CE; Engenheira Agrônoma pesquisadora do Horto de Plantas Mediciniais Professor Francisco de Abreu Matos da UFC; Farmacêutica Supervisora do NUFITO/COASF/SESA, Coordenadora do Comitê Estadual de Fitoterapia, Diretora do Horto de Plantas Mediciniais Francisco José de Abreu Matos e Membro do Comitê Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos; 2 Agrônomos do Horto Municipal de Plantas Mediciniais de Fortaleza / CE; Agrônomo do Horto Oficial do Estado do Ceará (NUFITO/COASF/SESA); Farmacêutica do Núcleo de Fitoterápicos da Coordenadoria da Assistência Farmacêutica da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (NUFITO/COASF/SESA).
	Maracanaú	1	Farmacêutico coordenador do Programa Municipal Farmácia Viva de Maracanaú / CE
Pará – PA	Belém	7	Engenheiro agrônomo Gerente de Prospecção e Indução de Redes de Pesquisa da Diretoria de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Estado de Ciência, Tecnologia e Inovação do Pará (SECTI/PA) e do Programa Estadual de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos “FarmaViva” no âmbito da Política Estadual de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos (PEPMF de 2008); farmacêutica Gerente Farmacêutica do Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência do Departamento de Assistência Farmacêutica da SES-PA; agrônoma pesquisadora do Instituto de Ciências Agrárias (Setor de Plantas Mediciniais e Aromáticas) e coordenadora da Incubadora Tecnológica de Empreendimentos Solidários da Universidade Federal Rural da Amazônia (ITES/UFRA); agrônomo com especialização em biotecnologia e pesquisador da Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (Embrapa Amazônia Oriental); farmacêutico bioquímico responsável pela “Farmácia Nativa” (Fundo Ver-o-Sol da Prefeitura Municipal de Belém) do Programa Municipal de Fitoterapia de Belém; enfermeira da Unidade Municipal de Saúde Paraíso dos Pássaros – SMS/Belém; erveira Presidenta da Associação Ver-as-Ervas (Associação das Erveiras e dos Erveiros do Mercado Ver-o-Peso); visitas ao Museu Paraense Emílio Goeldi (MPEG) e às bancas de garrafadas, plantas e ervas mediciniais do Mercado Ver-o-Peso
Totais: 8 estados e Distrito Federal	24 municípios e 3 Regiões Administrativas do DF	81 entrevistados	

Fonte: elaboração própria a partir de relatórios de trabalhos de campo realizados no período de agosto de 2010 a janeiro de 2014.

Mapa 1. Brasil: municípios com fitoterapia no SUS, em 2012, e locais visitados nos trabalhos de campo realizados no período 2010-2014



Fonte: o registro dos 815 municípios com fitoterapia no Sistema Único de Saúde (SUS) consta nas pesquisas *Censo da Infraestrutura dos Estabelecimentos de Saúde e 1º Ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)*, de 2012, coordenadas pelo Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS), dados cedidos ao pesquisador pela Coordenação Geral de Áreas Técnicas (CGAT) do DAB/SAS/MS. Os locais visitados se referem àqueles nos quais foram realizados trabalhos de campo no período 2010-2014. Concepção: Luis Henrique Leandro Ribeiro; Elaboração Cartográfica: Rodrigo Fernandes Silva.

Quadro 2. Fitoterápicos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Renafito (2012)

Nome científico	Nome popular	Origem	Indicações de uso
<i>Cynara scolymus L.</i>	Alcachofra	Mediterrâneo e Norte da África	Tratamento dos sintomas de dispepsia funcional (síndrome do desconforto pós-prandial) e de hipercolesterolemia leve a moderada. Apresenta ação colagoga e colerética. Apresentação: cápsula, comprimido, drágea, solução oral e tintura
<i>Schinus terebinthifolius Raddi</i>	Aroeira	América do Sul	Apresenta ação cicatrizante, anti-inflamatória e anti-séptica tópica, para uso ginecológico. Apresentação: gel e óvulo.
<i>Aloe vera (L.) Burm. F.</i>	Babosa	Norte da África, Mediterrâneo e Ásia	Tratamento tópico de queimaduras de 1º e 2º graus e como coadjuvante nos casos de Psoríase vulgaris. Apresentação: creme.
<i>Rhamnus purshiana DC.</i>	Cáscara-sagrada	América do Norte	Coadjuvante nos casos de obstipação intestinal eventual. Apresentação: cápsula e tintura.
<i>Maytenus officinalis Mabb.</i>	Espinheira-santa	América do Sul	Coadjuvante no tratamento de gastrite e úlcera gastroduodenal e sintomas dispepsia. Apresentação: cápsula, emulsão, solução oral e tintura.
<i>Mikania glomerata Spreng.</i>	Guaco	América do Sul	Apresenta ação expectorante e broncodilatadora. Apresentação: cápsula, solução, oral, tintura e xarope.
<i>Harpagophytum procumbens</i>	Garra-do-diabo	África do Sul	Tratamento da dor lombar baixa aguda e como coadjuvante nos casos de osteoartrite. Apresenta ação antiinflamatória. Apresentação: cápsula, comprimido.
<i>Mentha x piperita L.</i>	Hortelã	Europa	Tratamento da síndrome do cólon irritável. Apresenta ação antiflatulenta e antiespasmódica. Apresentação: cápsula.
<i>Glycine max (L.) Merr.</i>	Isoflavona-de-soja	China e Japão	Coadjuvante no alívio dos sintomas do climatério. Apresentação: cápsula e comprimido.
<i>Plantago ovata Forssk.</i>	Plantago, tanchagem	Europa	Coadjuvante nos casos de obstipação intestinal habitual. Tratamento da síndrome do cólon irritável. Apresentação: pó para dispersão oral.
<i>Salix alba L.</i>	Salgueiro, chorão	Ásia, Europa e Norte da África	Tratamento de dor lombar baixa aguda. Apresenta ação antiinflamatória. Apresentação: comprimido.
<i>Uncaria tomentosa (Willd. ex Roem. & Schult.)</i>	Unha-de-gato	América do Sul e Central	Coadjuvante nos casos de artrites e osteoartrite. Apresenta ação antiinflamatória e imunomoduladora. Apresentação: cápsula, comprimido e gel.

Fonte: elaboração própria a partir a partir da Portaria Nº 533, de 28 de março de 2012, que “Estabelece o elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”. A RENAME/2012 foi elaborada a partir das definições do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2008 e estruturada de acordo com a Resolução nº 1/CIT, de 17 de janeiro de 2012. Disponível em: http://bvsm.s.saúde.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0533_28_03_2012.html; www.saúde.gov.br/medicamentos

Quadro 3. Relação Nacional das 71 Plantas Medicinais de Interesse ao SUS do Ministério da Saúde - Rensus (2009)

Nome científico	Nome popular	Origem	Indicações de uso
<i>Achillea millefolium</i>	Mil-folhas, milefólio, macelão, anador, atroveran, erva-dos-soldados, novalgina, dipirona	Europa e Ásia Ocidental	Combate úlceras, feridas, analgésica
<i>Allium sativum</i>	Alho	Mediterrâneo e Ásia	Anticéptico, Anti-inflamatório e Anti-hipertensivo
<i>Aloe spp (A. vera ou A. barbadensis)</i>	Babosa, áloes	Norte da África, Mediterrâneo e Ásia	Combate caspa, calvície e é anticéptico, tira lêndea de piolhos e é cicatrizante
<i>Alpinia spp (A. zerumbet ou A. speciosa)</i>	Colônia, pau-santo, boca-de-dragão, lírio-de-santo-antonio, flor-da-redenção e bastão-do-imperador	Ásia Oriental (China, Japão)	Anti-hipertensivo
<i>Anacardium occidentale</i>	Caju	Região Nordeste do Brasil	Anticéptico e cicatrizante
<i>Ananas comosus</i>	Abacaxi	América do Sul	Mucolítica e fluidificante das secreções e das vias aéreas superiores.
<i>Apuleia ferrea = Caesalpinia ferrea</i>	Jucá, pau-ferro-verdadeiro, ibirá-obi	Brasil	Infecção catarral, garganta, gota, cicatrizante
<i>Arrabidaea chica</i>	Crajirú, carajiru, cajuru, cipó-pau, pariri, paripari	Floresta Amazônica	Afecções da pele em geral (impigens), feridas, Antimicrobiano
<i>Artemisia absinthium</i>	Artemísia, absinto, losna, sintro	Europa e Ásia	Afecções de Estômago, fígado, rins, verme (lombriga, oxiúro, giárdia e ameba)
<i>Baccharis trimera</i>	Carqueja, carqueja amargosa	América do Sul	Combate feridas e estomáquico
<i>Bauhinia spp (B. affinis, B. forficata ou variegata)</i>	Pata de vaca, unha-de-vaca, miriró, miroró	Floresta Amazônica	Tratamento de diabetes, colesterol
<i>Bidens pilosa</i>	Picão, picão-preto, carrapicho, amor-seco	América Central e do Sul	Combate úlceras
<i>Calendula officinalis</i>	Bonina, calêndula, flor-de-todos-os-males, malmequer	Mediterrâneo	Feridas, úlceras, micoses
<i>Carapa guianensis</i>	Andiroba, angiroba, nandiroba	Amazônia	Combate úlceras, dermatoses e feridas
<i>Casearia sylvestris</i>	Guaçatonga, erva-de-lagarto, chá-de-bugre, apiácanoçu, bugre branco, café-bravo	América do Sul	Combate úlceras, feridas, aftas, feridas na boca
<i>Chamomilla recutita = Matricaria chamomilla = Matricaria recutita</i>	Camomila	Europa	Combate dermatites, feridas banais

<i>Chenopodium ambrosioides</i>	Mastruz, erva-de-santa-maria, ambrosia, erva-de-bicho, mastruço, menstus	América Central e do Sul	Corrimento vaginal, antitéptico local
<i>Copaifera spp</i>	Copaíba, pau-de-óleo	América do Sul, Central e África Ocidental	Anti-inflamatório
<i>Cordia spp (C. curassavica ou C. verbenacea)</i>	Erva baleeira	Mata Atlântica	Anti-inflamatório
<i>Costus spp (C. scaber ou C. spicatus)</i>	Cana-do-brejo, cana-do-mato, cana-de-macaco	América do Sul e Caribe	Combate leucorreia e infecção renal
<i>Croton spp (C. cajucara ou C. zehntneri)</i>	Alcanforeira, erva-mular, pé-de-perdiz, canelinha	Nordeste do Brasil	Combate feridas, úlceras
<i>Curcuma longa</i>	Açafrão, falso-açafrão, batatinha-amerela, gengibre-amerelo, cúrcuma, açafrão-da-Índia	Sul da Ásia (Índia e Indonésia)	Digestivo e ativador da função hepática.
<i>Cynara scolymus</i>	Alcachofra	Mediterrâneo e Norte da África	Digestivo, combate ácido úrico, doenças biliares e hepáticas
<i>Dalbergia subcymosa</i>	Verônica	América do Sul	Auxiliar no tratamento de inflamações uterinas e da anemia
<i>Eleutherine plicata</i>	Marupa, marupazinho, palmeirinha	Amazônia	Hemorróida, vermífugo
<i>Equisetum arvense</i>	Cavalinha, rabo-se-cavalho, cana-de-jacaré, milho-de-cobra	Europa, Ásia e América do Norte	Diurético
<i>Erythrina mulungu</i>	Mulungu, bico-de-papagaio, flor-de-coral	América do Sul	Sistema nervoso em geral
<i>Eucalyptus globulus</i>	Eucalipto	Austrália	Combate leucorreia
<i>Eugenia uniflora ou Myrtus brasiliiana</i>	Pitanga	Mata Atlântica brasileira	Diarréia
<i>Foeniculum vulgare</i>	Funcho, erva-doce	Mediterrâneo	Antitéptico
<i>Glycine max</i>	Soja, Isoflavona-de-soja	China e Japão	Sintomas da menopausa, osteoporose
<i>Harpagophytum procumbens</i>	Garra-do-diabo	África do Sul	Artrite reumatóide
<i>Jatropha gossypifolia</i>	Pião-roxo, jalapão, batata-de-téu	América Tropical	Antitéptico, feridas
<i>Justicia pectoralis</i>	Chambá, erva-de-Santo-Antonio, Anador	América Tropical	Cortes, afecções nervosas, catarro bronquial
<i>Kalanchoe pinnata = Bryophyllum calycinum</i>	erva-da-costa, folha-da-fortuna, folha-da-vida, saião-roxo, paratudo	África e Ásia	Furúnculos
<i>Lamium album</i>	Urtiga-branca, lamium, erva-angélica	Europa, Norte da África e Ásia	Leucorreia
<i>Lippia sidoides</i>	Estrepa cavalo, alecrim, alecrim-pimenta	Nordeste do Brasil	Antitéptico, antimicrobiano, antifúngica, antioxidante
<i>Malva sylvestris</i>	Malva, malva-alta, malva-silvestre	Europa e Ásia	Furúnculos

<i>Maytenus</i> spp (<i>M. aquifolium</i> ou <i>M. ilicifolia</i>)	espineira-santa, concorosa, combra-de-touro, cancerosa	América do Sul	Anticéptica, feridas e úlceras
<i>Mentha pulegium</i>	Poejo, menta-selvagem, erva-de-São-Lourenço	Mediterrâneo e Ásia Ocidental	Digestivo, relaxante, expectorante, auxilia sintomas gripe e resfriado
<i>Mentha</i> spp (<i>M. crispa</i> , <i>M. piperita</i> ou <i>M. villosa</i>)	Hortelã-pimenta, hortelã, menta	Oriente Médio	Antipáspico, antivirótico, trata congestões e náuseas
<i>Mikania</i> spp (<i>M. glomerata</i> ou <i>M. laevigata</i>)	Guaco	América do Sul	Broncodilatador
<i>Momordica charantia</i>	Melão de São Caetano, melãozinho	Ásia	Baixa nível de açúcar no sangue, trata hemorróidas, efeitos abortivo e anticoncepcional.
<i>Morus</i> sp	Amora	Ásia	Combate osteoporose, tônico muscular
<i>Ocimum gratissimum</i>	Alfavacão, alfavaca-cravo, manjeriço-cheiroso	África e Ásia Tropical	Tratamento de distúrbios gastrointestinais, trato urinário, dores de cabeça, tosse e bronquite
<i>Orbignya speciosa</i>	Babaçu, coco-de-macaco, coco-de-palmeira,	Brasil	Tratamento de inflamações e cólicas, antioxidante combate câncer
<i>Passiflora</i> spp (<i>P. alata</i> , <i>P. edulis</i> ou <i>P. incarnata</i>)	Maracujá, flor-da-paixão	América do Sul	Calmante, cicatrizante, tratamento de insônia, irritação, agitação e impaciência nervosa, sedativos, antiespasmódicos, anti-inflamatório, depurativos
<i>Persea</i> spp (<i>P. gratissima</i> ou <i>P. americana</i>)	Abacate	América Central e México	Ácido úrico, prevenir queda de cabelo, anticasca, propriedades digestivas, anti-oxidante
<i>Petroselinum sativum</i>	Salsa, salsinha	Mediterrâneo e Sul da Europa	Diurética, controle de hipertensão, combate acidez estomacal
<i>Phyllanthus</i> spp (<i>P. amarus</i> , <i>P. niruri</i> , <i>P. tenellus</i> e <i>P. urinaria</i>)	Erva-pombinha, quebra-pedras	Floresta Amazônica	Auxilia no o tratamento de cálculos biliares e renais, desintoxicação e fígado e rins, redução do ácido úrico, do colesterol ruim e da hipertensão
<i>Plantago major</i>	Tanchagem, tanchás, erva-de-soldado	Europa	Cicatrizante, antiinflamatório
<i>Plectranthus barbatus</i> = <i>Coleus barbatus</i>	Boldo, boldo-brasileiro, boldo-de-jardim, tapete-de-oxalá	Índia	Tratamento de problemas de fígado e digestão, de glaucoma, insuficiência cardíaca, asma brônquica
<i>Polygonum</i> spp (<i>P. acre</i> ou <i>P. hydropiperoides</i>)	Erva-de-bicho, pimenta-d'água, pimenta-do-brejo, cataia	Ásia	Propriedades anti-inflamatórias, analgésicas, estimulantes, vermífida, adstringente, vasoconstritora, cicatrizante, diurética, tratamento de disfunções sexuais
<i>Portulaca pilosa</i>	Amor-crescido, portulaca, flor-de-seda; alecrim-de-São-José	América Tropical	Trata feridas, queimaduras, úlceras, anti-térmico, analgésico, diurético
<i>Psidium guajava</i>	Goiaba, goiabeira, araçafba	América Central e do Sul	Tratamento de leucorreia, aftas, úlcera, irritação vaginal
<i>Punica granatum</i>	Romeira, romeira-da-granada, romã	Oriente Médio	Tratamento de leucorreia, redução pressão arterial, prevenção de problemas cardiovasculares

<i>Rhamnus purshiana</i>	Cáscara sagrada	América do Norte	Coadjuvante nos casos de obstipação intestinal eventual.
<i>Ruta graveolens</i>	Arruda	Mediterrâneo	Calmanete, contra piolhos
<i>Salix alba</i>	Salgueiro, salgueiro branco, chorão	Ásia, Europa e Norte da África	Tratamento de dor lombar baixa aguda. Apresenta ação antiinflamatória.
<i>Schinus terebinthifolius</i> = <i>Schinus aroeira</i>	Aroeira, araguaíba, Cambuí, pimenta-rosa	América do Sul	Apresenta ação cicatrizante, anti-inflamatória e anti-séptica tópica, para uso ginecológico.
<i>Solanum paniculatum</i>	Jurubeba, joá-manso	Brasil (Norte e Nordeste)	Tônica, desobstruente, diurética, digestiva, doenças do fígado, diabetes, anemias, ressaca
<i>Solidago microglossa</i>	Arnica, arnica-do-brasil, erva-lanceta, espiga-de-ouro, arnica-falsa	América do Sul (Brasil)	Contusões, distúrbios estomacais, cicatrizante, anti-microbiana
<i>Stryphnodendron adstringens</i> = <i>Stryphnodendron barbatimam</i>	Barbatimão, alarotemo, casca-da- virgindade	Cerrado Brasileiro	Leucorreia, feridas, úlceras, corrimento vaginal
<i>Syzygium spp</i> (<i>S. jambolanum</i> ou <i>S. cumini</i>)	Jambolão, azeitona-da-terra; baga-de-freira; brinco-de-viúva; guapê	Índia, Paquistão e Indonésia	Atividade antibacteriana, hipoglicêmica, sedativa, antiinflamatória. Auxilia tratamento de diarreia, asma, bronquite, úlcera.
<i>Tabebuia avellanedae</i>	Ipê-roxo, ipê, pau-darco; tabebuia	América do Sul	Estimulante sistema imunológico, anti-inflamatória, antibacteriano, antifúngico, diurética, antiviral, antiparasitário, antioxidante, antitumoral. Auxilia tratamento de úlceras, gastrites, disenteria, febre, doenças reumáticas, diabetes, hipotensor, infecções cutâneas.
<i>Tagetes minuta</i>	Cravo-de-defunto, cravo-francês; tagete	Américas do Norte e do Sul	Propriedades analgésica, antiespasmódica, antireumática, laxativa, vermífuga, sudorífica.
<i>Trifolium pratense</i>	Trevo vermelho, trevo-do-prado; trevo-de-vaca	Europa e Oeste da Ásia	Auxilia tratamento de gota, sintomas da menopausa
<i>Uncaria tomentosa</i>	Unha-de-gato; garra-de-gato	Floresta Amazônica e regiões tropicais da América do Sul e Central	antiinflamatório, alivia dores, afecções virais, gastrites, úlcera gástrica, artrite, distúrbios menstruais, artrose, mioma.
<i>Vernonia condensata</i>	Boldo da Bahia, boldo-baiano, alumã; árvore-do-pingüço; fel-de-índio; heparém	África tropical	tratamento da azia, indisposição gástrica, controle da gastrite, contra a ressaca, tônico e digestivo.
<i>Vernonia spp</i> (<i>V. ruficoma</i> ou <i>V. polyanthes</i>)	Assa-peixe, camarará-branco; camarará-guaçu	Brasil	Analgésico, antiinflamatório
<i>Zingiber officinale</i>	Gengibre; mangarataia	Ásia	Antioxidante, antiinflamatório, digestivo, estimulante. Tratamento contra gripes, tosse, resfriado

Fonte: elaboração própria a partir de relação oficial disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/RENISUS.pdf>; com complementação de dados e informações a partir de pesquisa em sítio eletrônico: <http://www.plantasmedicinaisfitoterapia.com/plantas-medicinais-do-sus.html>

Galeria de Fotos



Foto: Luis Ribeiro, horto do Centro de Medicina Alternativa de Planaltina-DF (05/09/2011)



Foto: Luis Ribeiro, Horto da Farmácia Viva da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-CE (29/10/2013)



Foto: Luis Ribeiro, horto e viveiro do Programa Municipal FitoViva de Cuiabá-MT (18/10/2012)



Foto: Luis Ribeiro, horto e estufa do Projeto Plantas Medicinais da Itaipu Binacional, Foz do Iguaçu-PR (24/10/2011)



Foto: Luis Ribeiro, laboratório do Projeto Plantas Medicinais da Itaipu Binacional, Foz do Iguaçu-PR (24/10/2011)



Foto: Luis Ribeiro, triturador do Centro de Medicina Alternativa de Planaltina-DF (05/09/2011)



Foto: Luis Ribeiro, Foz Iguaçu Laboratório do Projeto Plantas Medicinais da Itaipu Binacional, Foz do Iguaçu-PR (24/10/2011)



Foto: Luis Ribeiro, secador do Centro de Medicina Alternativa de Planaltina-DF (05/09/2011)



Foto: Luis Ribeiro, secador do Núcleo de Fitoterápicos (NUFITO) da Coordenadoria da Assistência Farmacêutica da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, Fortaleza-CE (30/10/2013)



Foto: Luis Ribeiro, secador de propriedade da agricultura familiar produtora de plantas medicinais vinculada à Cooperativa Gran Lago, Vera Cruz do Oeste-PR (26/10/2011)



Foto: Luis Ribeiro, cozinha do laboratório do programa municipal de Brejo da Madre de Deus-PE (12/04/2012)



Foto: Luis Ribeiro, laboratório de manipulação do Centro de Medicina Alternativa de Planaltina-DF (05/09/2011)



Foto: Luis Ribeiro, laboratório de manipulação da Farmacia Viva de Fortaleza-CE na qual pode-se notar os cadinhos (antiga ferramenta farmacêutica) na parte de baixo do armário (28/10/2013)



Foto: Luis Ribeiro, laboratório de manipulação da Farmacia Viva de Fortaleza-CE na qual pode-se notar no primeiro plano o “contador de bactérias” (28/10/2013)



Foto: Luis Ribeiro, almoxarifado de insumos para manipulação de fitoterápicos da Farmacia Viva de Fortaleza-CE (28/10/2013)



Foto: Luis Ribeiro, laboratório da Farmácia Viva de Fortaleza-CE (28/10/2013)

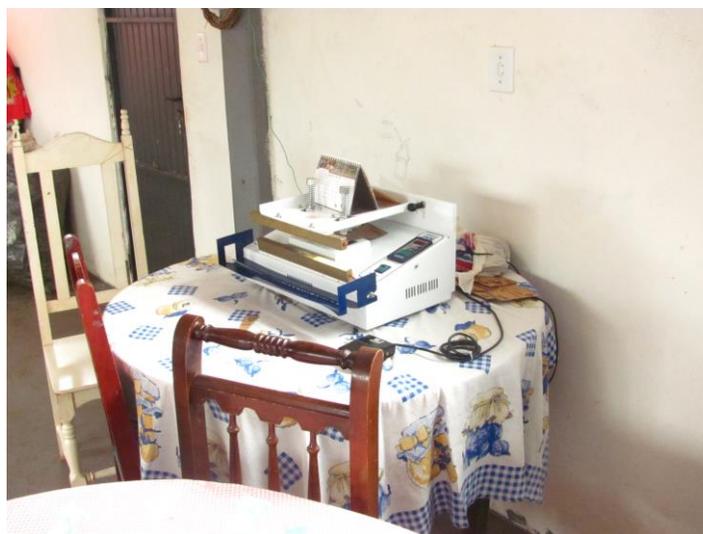


Foto: Luis Ribeiro, embaladora de propriedade da agricultura familiar produtora de plantas medicinais vinculada à Cooperativa Gran Lago, Vera Cruz do Oeste-PR (26/10/2011)



Fotos: Luis Ribeiro, Unidade de Produção de Extratos de Fitoterápicos da Produtores Associados para Desenvolvimento de Tecnologias Sustentáveis (Sustentec), destaca-se abaixo o *spray dryer*, Pato Bragado-PR (28/10/2011)





Foto: Luis Ribeiro, Programa Municipal de Fitoterapia de Brejo da Madre de Deus-PE (12/04/2012)



Foto: Luis Ribeiro, Programa Farmácia Viva de Fortaleza-CE (28/10/2013)



Foto: Luis Ribeiro, fitoterápicos do Programa Farmácia Viva de Fortaleza-CE (28/10/2013)



Foto: Luis Ribeiro, Farmácia de Dispensação de Vera Cruz do Oeste-PR (26/10/2011)



Foto: Luis Ribeiro, banca de raizeiro nas imediações do Mercado Central de Fortaleza-CE (31/10/2013)



Foto: Luis Ribeiro, vendedor ambulante de plantas medicinais no Centro de Cuiabá-MT (19/10/2012)



Fotos: Luis Ribeiro, banca de raizeiro na Avenida Getúlio Vargas em Olinda-PE (10/04/2012)

