



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS**

**RENATA CAVALCANTI CARNEVALE**

**FRONTEIRAS DA IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA  
FARMÁCIA VIVA NO BRASIL**

***Campinas***  
**2018**

**RENATA CAVALCANTI CARNEVALE**

**FRONTEIRAS DA IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA  
FARMÁCIA VIVA NO BRASIL**

**Tese apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da  
Universidade Estadual de Campinas como parte dos  
requisitos exigidos para obtenção do título de Doutora  
em Saúde Coletiva, na área de concentração em  
Ciências Sociais em Saúde.**

**ORIENTADOR: NELSON FILICE DE BARROS**

**CO-ORIENTADORA: MARY ANNE MEDEIROS BANDEIRA**

**ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA TESE DEFENDIDA PELA ALUNA  
RENATA CAVALCANTI CARNEVALE, ORIENTADA PELO PROF. DR. NELSON FILICE DE  
BARROS E COORIENTADA PELA PROF<sup>ª</sup>. DR<sup>ª</sup>. MARY ANNE MEDEIROS BANDEIRA.**

**CAMPINAS  
2018**

**Agência(s) de fomento e nº(s) de processo(s):** CAPES, 02-P-3490/2014

Ficha catalográfica  
Universidade Estadual de Campinas  
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas  
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

C217f Carnevale, Renata Cavalcanti, 1981-  
Fronteiras da implantação e implementação da farmácia viva no Brasil /  
Renata Cavalcanti Carnevale. – Campinas, SP : [s.n.], 2018.

Orientador: Nelson Filice de Barros.  
Coorientador: Mary Anne Medeiros Bandeira.  
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Fitoterapia. 2. Plantas medicinais. I. Barros, Nelson Filice de, 1968-. II. Bandeira, Mary Anne Medeiros. III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.

Informações para Biblioteca Digital

**Título em outro idioma:** Boundaries of implantation and implementation of farmácia viva in Brazil

**Palavras-chave em inglês:**

Phytotherapy

Medicinal plants

**Área de concentração:** Ciências Sociais em Saúde

**Titulação:** Doutora em Saúde Coletiva

**Banca examinadora:**

Nelson Filice de Barros [Orientador]

Angelo Giovanni Rodrigues

Herling Gregorio Aguilar Alonzo

Michelle Pedroza Jorge

Patricia de Carvalho Mastroianni

**Data de defesa:** 19-02-2018

**Programa de Pós-Graduação:** Saúde Coletiva

# **BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DOUTORADO**

RENATA CAVALCANTI CARNEVALE

---

**ORIENTADOR:** Nelson Filice de Barros

**COORIENTADOR:** Mary Anne Medeiros Bandeira

---

## **MEMBROS:**

1. **PROF. DR. Nelson Filice de Barros**

2. **PROF. DR. Angelo Giovani Rodrigues**

3. **PROF. DR. Herling Gregorio Aguilar Alonso**

4. **PROF. DR. Michelle Pedroza Jorge**

5. **PROF. DR. Patricia de Carvalho Mastroianni**

---

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros da banca examinadora encontra-se no processo de vida acadêmica do aluno.

**Data: 19/02/2018**

## ***Dedicatória***

***Dedico este trabalho especialmente in memoria ao professor Francisco José de Abreu Matos, o idealizador da Farmácia Viva, e também a todos os coordenadores e trabalhadores das Farmácias Vivas do Brasil, que se dedicam com muito amor para que o projeto se desenvolva.***

## ***Epígrafe***

*“A transformação da consciência começa com a transformação do olhar”*

Io Appel Guerry

## **Agradecimentos**

*Agradeço primeiramente a Deus por ter me permitido realizar este projeto e estudar as plantas medicinais. Agradeço ao meu orientador prof. Dr. Nelson Filice de Barros, por toda a sua dedicação e paciência, por ter me inserido no mundo das plantas medicinais e por ter me ensinado um novo olhar sobre a saúde e sobre a vida. Agradeço a prof. Dra. Mary Anne Medeiros Bandeira, minha coorientadora querida e atual coordenadora nacional da Farmácia Viva, pela qual tenho grande carinho e admiração, por ter me recebido em Fortaleza, durante a realização deste projeto, de forma tão amorosa e por sempre me ajudar com minhas dúvidas sobre a Farmácia Viva. Agradeço todos os entrevistados desta pesquisa, pelo tempo e atenção dispensados ao projeto. Agradeço ainda meus colegas de Doutorado, especialmente Janaina Hallais Silveira, por sempre me apoiar e a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo financiamento do meu Doutorado. Agradeço também meus pais por me estimularem sempre e me incentivarem mesmo nos momentos de maior dificuldade. E enfim, agradeço a amiga Regina, Deina e lo por me ajudarem a encontrar meus caminhos.*

## ***Resumo***

Mesmo sendo instituída no Sistema Único de Saúde (SUS) pela Portaria GM nº 886, de 20 de abril de 2010, a Farmácia Viva, uma das maiores iniciativas de plantas medicinais do Brasil, ocupa uma posição marginal no sistema de saúde. O objetivo desta tese é analisar as fronteiras identificadas pelos gestores de Farmácias Vivas para a implantação e implementação das Farmácias Vivas no SUS. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, na qual foram realizadas entrevistas semiestruturadas com nove coordenadores de Farmácias Vivas de diferentes locais do Brasil, que foram gravadas e transcritas, no período de agosto de 2015 a junho de 2017. Foi realizada análise de conteúdo temática para o tratamento dos dados. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o Parecer nº 694.742. O primeiro capítulo apresenta uma descrição das nove Farmácias Vivas incluídas na pesquisa. No segundo capítulo discute-se a fitoterapia como objeto de fronteira, que possibilita o diálogo entre os conhecimentos populares, tradicionais, místicos-energéticos e científicos das plantas medicinais. No terceiro capítulo, os coordenadores das Farmácias Vivas foram identificados como trabalhadores e cruzadores de fronteiras, que desenvolvem processo de aprendizado e transformação pelas suas experiências nas fronteiras. O quarto capítulo discute as fronteiras epistemológicas, sociais e cognitivas que operam, estabelecendo maior credibilidade ao conhecimento científico de plantas medicinais, maior reconhecimento aos profissionais biomédicos e o privilégio da comprovação da eficácia do tratamento apenas por meio da ciência. O quinto capítulo debate o relaxamento das fronteiras organizacionais e a manutenção das fronteiras profissionais e de autoridade, que impõem restrições ao uso de plantas medicinais, delimitam a sua prescrição ao médico e produzem dificuldades políticas e financeiras ao projeto das Farmácias Vivas. Conclui-se que a marginalização das Farmácias Vivas no SUS é parte da construção social que mantém a hegemonia da ciência e da biomedicina, a qual deve ser tensionada com base no respeito à diversidade e ecologia de saberes.

**Palavras-chave:** Farmácia Viva; Fronteiras; Objetos de Fronteiras; Plantas medicinais; Fitoterapia.

## ***Abstract***

Even though it was established in Brazilian Health Care System (SUS) by Policy GM nº 886, dated April 20<sup>th</sup> 2010, Farmácia Viva, one of the major initiatives of medicinal plants in Brazil, occupy a marginal position in the health care system. The objective of this thesis is analyse the boundaries identified by Farmácias Vivas's managers to implantation and implementation of Farmácias Vivas in SUS. This is a qualitative research in which were performed semi-structured interviews with nine Farmácias Viva's managers from different locations of Brazil, that were recorded and transcribed, between August 2015 and June 2017. A thematic analysis was performed for data analysis. The research was approved by Institutional Review Board under the number 694.742. The first chapter presents a description of the nine Farmácias Vivas included in this research. On the second chapter it is dicussed phytotherapy as a boundary object, that make possible the dialogue between folk, traditional, mistic-energetic and scientific knowledgements in medicinal plants. In chapter three, the Farmácia Viva's managers were identified as boundaries workers and crossers, that develop learning process and transformation in their boundaries experiences. The fourth chapter discuss the epistemological, social and cognitive boundaries that work stablishing greater credibility to scientific knowledgement in medicinal plants, greater rewards to biomedical professional and the privilege of comprovation of treatment efficacy only through science. The fifth chapter dicuss the organizational boundaries relaxing and the maintenance of professional and authority boundaries that impose restrictons to medicinal plants use, restricting their prescription to physicians and generating politics and financial difficulties to Farmácia Viva project. In conclusion, Farmácia Viva marginalization in SUS is part of the social construction that maintains science and biomedicine hegemony, which must be tensioned based on the respect to diversity and knowlegment ecology.

**Key word: Farmácia Viva; Boundaries; Boundaries objects; Medicinal plants; Phytotherapy**

## **Lista de ilustrações**

<i>Figura 1: Laboratório de produção de sólidos da Farmácia Viva da Prefeitura Municipal de Fortaleza/ CE</i>	34
<i>Figura 2: Unidade básica de saúde que dispensa medicamentos da Farmácia Viva da Prefeitura Municipal de Fortaleza/ CE</i>	34
<i>Figura 3: Sala de aula do Fundo de Apoio Comunitário (FAC)- Fortaleza/CE</i>	35
<i>Figura 4: Horta de plantas medicinais do Fundo de Apoio Comunitário (FAC)- Fortaleza/CE</i>	35
<i>Figura 5: Laboratório de manipulação de medicamentos da Farmácia Viva da Prefeitura Municipal de Maracanaú/ CE</i>	37
<i>Figura 6: Horto de plantas medicinais da Farmácia Viva da Prefeitura Municipal de Maracanaú/ CE</i>	37
<i>Figura 7: Fachada da Farmácia Viva de Betim/ MG</i>	38
<i>Figura 8: Loja de plantas medicinais no Mercado Central de Belo Horizonte/MG</i>	39
<i>Figura 9: Jardim Botânico da Prefeitura de Sorocaba/ SP</i>	40
<i>Figura 10: Horto do Parque Natural dos Esportes Chico Mendes- Sorocaba/ SP</i>	41
<i>Figura 11: Unidade Básica de Saúde do Cajuru- Sorocaba/ SP</i>	42
<i>Figura 12: Horta medicinal na Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP)</i>	42
<i>Figura 13: Logomarca da Farmácia da Natureza</i>	43
<i>Figura 14: Farmácia da Natureza: Plantação de plantas medicinais e área de preparo de mudas</i>	44
<i>Figura 15: Farmácia da Natureza: Estufa para secagem de plantas medicinais e moinho para moagem de plantas medicinais</i>	44
<i>Figura 16: Farmácia da Natureza: Sala para manipulação de tinturas e cápsulas</i>	44
<i>Figura 17: Farmácia da Natureza: Salas de estoque de insumos/ materias e sala de estoque de tinturas</i>	45
<i>Figura 18: Farmácia da Natureza: Dispensação das plantas medicinais e fitoterápicos</i>	45
<i>Figura 19: Placa de identificação e fachada da Farmácia Viva</i>	46

<i>Figura 20: Plantação de plantas medicinais na Farmácia Viva</i>	46
<i>Figura 21: Estoque e área de secagem</i>	47
<i>Figura 22: Laboratório de Controle de Qualidade e estoque de medicamentos fitoterápicos.</i>	47
<i>Figura 23: Chás medicinais disponibilizados pela Farmácia Viva de Toledo e o local da Farmácia Viva.</i>	48
<i>Figura 24: Horto Oficial de Plantas medicinais de Fortaleza e a imagem da Santa protetora presente no Horto Oficial de Plantas medicinais de Fortaleza</i>	49
<i>Figura 25: Fachada e interior do Laboratório de produtos naturais da UFC</i>	49
<i>Figura 26: Horto Matriz de plantas medicinais da UFC</i>	50

## ***Lista de tabelas e quadros***

<i>Quadro 1- Lista de Farmácias Vivas</i>	<i>28</i>
<i>Quadro 2- Farmácias Vivas incluídas na pesquisa da tese</i>	<i>29</i>
<i>Quadro 3- Características sócio-demográficas dos entrevistados</i>	<i>33</i>
<i>Tabela 1- Comparação entre o preço (R\$) dos medicamentos fitoterápicos industrializados, preparados na farmácia magistral e na oficina farmacêutica.</i>	<i>66</i>

## ***Lista de abreviaturas e siglas***

ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
BPC: Boas Práticas de Cultivo  
BPP: Boas Práticas de Processamento  
BPPF: Boas Práticas de Preparação de Fitoterápicos  
CAF: Central de Assistência Farmacêutica do Município  
CNES: *Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde*  
CRF: Conselho Regional de Farmácia  
EMA: European Medicines Agency  
ECT: Estudos de Ciência e Tecnologia)  
FAC: Fundo de Apoio Comunitário  
FCM: Faculdade de Ciências Médicas  
IMA: Associação Médica de Israel (Israel Medical Association)  
NUFITO: Núcleo de Fitoterápicos do Ceará  
ONG: Organização Não Governamental  
PIC: Práticas Integrativas e Complementares  
PNPIC: Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares  
PNPMF: Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos  
PSF: Programa de Saúde da Família  
RENAME: Relação Nacional de Medicamentos Essenciais  
RENISUS: Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS  
SUS: Sistema Único de Saúde  
TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
UBS: Unidade Básica de Saúde  
UFC: Universidade Federal do Ceará  
UFMG: Universidade Federal de Minas Gerais  
UNAERP: Universidade de Ribeirão Preto  
UNICAMP: Universidade Estadual de Campinas  
UNIFOR: Universidade de Fortaleza  
VISA: Vigilância Sanitária  
WHO: World Health Organization

## **Sumário**

INTRODUÇÃO	15
OBJETIVOS	26
METODOLOGIA	27
CAPÍTULO 1. As Farmácias Vivas e a experiência da entrevista	32
CAPÍTULO 2. Fitoterapia: um objeto de fronteira	51
CAPÍTULO 3. Coordenadores das Farmácias Vivas: trabalho, aprendizagem e transformação nas fronteiras	61
CAPÍTULO 4. Fronteiras epistemológicas, sociais e cognitivas da implantação e implementação das Farmácias Vivas no Sistema Único de Saúde	69
CAPÍTULO 5. Fronteiras organizacionais, profissionais e de autoridade na implantação e implementação das Farmácias Vivas no Sistema Único de Saúde	81
CONSIDERAÇÕES FINAIS	97
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	100
APÊNDICES	111
ANEXOS	114

## INTRODUÇÃO

Na década de 1960, as então chamadas medicinas alternativas começaram a atrair muitas pessoas motivadas, principalmente, pela insatisfação com o funcionamento do sistema de saúde biomédico. Naquele período desenvolveu-se um movimento de contracultura bastante crítico em relação ao modelo de cuidado reducionista, baseado no uso de medicamentos responsáveis por muitos efeitos colaterais e relações de poder muito assimétricas, nas quais os profissionais não se sentiam na obrigação de fornecer informações sobre o tratamento prescrito ao paciente e não esperavam a sua participação no processo de tomada de decisões sobre o seu processo de saúde, doença e cuidado (1-3).

Nos Estados Unidos e no Reino Unido, a partir de 1980 adotou-se a denominação Medicina Complementar, em substituição à Medicina Alternativa. O princípio que se buscava desenvolver com a noção complementar era daquilo "que sucede ao elementar" (4), havendo assim a possibilidade de associação de modelos, fundada em conjunções aditivas ("e...e") em detrimento das conjunções alternativas ("ou...ou") (5). O termo Medicina Integrativa foi criado no final da década de 1990, na tentativa de descrever um novo modelo de saúde que retrate a integração dos diversos modelos terapêuticos, mais do que simplesmente opere com a lógica complementar e que ofereça o cuidado integral à saúde (3).

No Brasil, optou-se pela denominação de Práticas Integrativas e Complementares (PIC), após a publicação da Portaria Ministerial 971, de maio de 2006, que instituiu a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) e estabeleceu diretrizes para a incorporação e implementação da Homeopatia, Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Medicina Antroposófica, Fitoterapia e Termalismo (6). Em março de 2017 foi publicada a Portaria Ministerial 849, que inclui na PNPIC outras quatorze (14) práticas: Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga. No conjunto das dezenove (19) PIC no SUS, identificam-se sistemas médicos complexos ou Racionalidades Médicas e recursos terapêuticos, que envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser

humano com o meio ambiente e a sociedade, visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado (MONTGOMERY, 1993; CLAVARINO & YATES, 1995; COULTER, 2004; FULDER, 1998; MICOZZI, 2001; NORTHCOTT, 1994 citado por 7).

A fitoterapia e as plantas medicinais são parte das PNPIC e como outras práticas dessa política têm sido secundarizadas em relação ao seu potencial. Apesar da estimativa de que pelo menos 25% de todos os medicamentos modernos sejam derivados direta ou indiretamente de plantas medicinais e que, no caso de certas classes de produtos farmacêuticos, como medicamentos antitumorais e antimicrobianos, essa percentagem possa ser maior que 60% (8), o potencial de uso de plantas como fonte de novos medicamentos é ainda pouco explorado. Dentre as 500 mil espécies de plantas estimadas no mundo, apenas uma pequena porcentagem tem sido investigada fitoquimicamente, fato que ocorre também em relação às propriedades farmacológicas, nas quais, em muitos casos, existem apenas estudos preliminares. Em relação ao uso médico, estima-se que apenas cinco mil espécies foram estudadas no mundo (9) e no Brasil, um dos países mais ricos em biodiversidade, contando com cerca de 55 mil espécies de plantas, sabe-se da investigação de apenas 0,4% da flora nacional (10-11).

Somada à necessidade de mais estudos na área de plantas medicinais, há a necessidade de educação e valorização de sua utilização no âmbito sanitário como importante instrumento da assistência farmacêutica, sobretudo, ao observar que entre 70% e 90% da população, nos países em desenvolvimento, depende deste uso (8,12). No Brasil, por exemplo, as plantas medicinais são utilizadas por cerca de 82% da população (13), estando, inclusive, presentes no SUS, sendo que, em 2015 foram realizados 50.050 atendimentos de fitoterapia e entre janeiro e agosto de 2016, foram realizados 75.410 atendimentos em 616 municípios (14).

Os atendimentos com plantas medicinais e fitoterápicos se inserem, prioritariamente, na Atenção Primária em Saúde, e especialmente na Estratégia de Saúde da Família (ESF), devido aos fundamentos e princípios desse nível de atenção e pela característica da prática da fitoterapia, que envolve interação entre saberes, parcerias nos cuidados, ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. A expansão da ESF facilitou a implementação dos programas de fitoterapia, principalmente, pela inserção das equipes nas comunidades, por meio de práticas de aproximação da população, como visita domiciliar e atividades de educação em

saúde, facilitando a troca entre saberes. As ações da fitoterapia promovem o fortalecimento do vínculo dos usuários e da comunidade com as equipes, a participação popular, a autonomia dos usuários e o cuidado integral em saúde (15).

Algumas iniciativas foram realizadas nos últimos anos, em relação ao estudo, valorização e educação em plantas medicinais. Foram publicadas a PNPIC (6), com diretrizes e linhas de ação para “Plantas Medicinais e Fitoterapia no Sistema Único de Saúde” e a “Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos” (PNPMF) (16), com abrangência da cadeia produtiva de plantas medicinais e fitoterápicos. Essas políticas foram formuladas em consonância com as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS); princípios e diretrizes do SUS; potencial e oportunidades que o Brasil oferece para o desenvolvimento do setor; demanda da população brasileira pela oferta dos produtos e serviços na rede pública e pela necessidade de normatização das experiências existentes no SUS (17).

Além disto, foram incluídos medicamentos fitoterápicos na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) que, atualmente, são doze (12) (18), e foi criada a Relação Nacional de Plantas de Interesse ao SUS (RENISUS), que lista setenta e uma (71) plantas que precisam ser mais estudadas para poderem ser incluídas na RENAME (19). (Anexo 1)

Como incentivo para a ampliação do uso de plantas medicinais e fitoterápicos pelo SUS, o Ministério da Saúde realizou, em 2012, uma capacitação em fitoterapia para médicos, além de capacitação de farmacêuticos em fitoterapia nos cursos de pós-graduação de gestão da assistência farmacêutica. Também foram publicados documentos oficiais como: *Farmacopeia Brasileira 5ª edição* (20), que inclui monografias de cinquenta e sete plantas medicinais; a primeira edição do *Formulário de Fitoterápicos da Farmacopeia Brasileira* (21), que traz formulações farmacopeicas que dão suporte às práticas de manipulação e dispensação de fitoterápicos, incluindo quarenta e sete monografias de plantas medicinais para infusos e decoctos, dezessete de tinturas, uma de xarope, cinco de géis, cinco de pomadas, uma de sabonete, duas de cremes, quatro de bases farmacêuticas e uma de solução conservante. Também, a primeira edição do *Memento de Fitoterápicos da Farmacopeia Brasileira* (22), que traz informações de vinte e oito plantas medicinais, para auxiliar na prescrição.

Em relação ao financiamento, de acordo com Portaria GM/MS nº 1.555, de 30 de julho de 2013 (23), que aprova as normas de financiamento e execução do

Componente Básico da Assistência Farmacêutica no SUS, além dos doze medicamentos fitoterápicos da RENAME, é possível a aquisição, com recurso tripartite, dos seguintes insumos: plantas medicinais, drogas vegetais e derivados vegetais para manipulação das preparações dos fitoterápicos da RENAME em Farmácias Vivas e farmácias de manipulação do SUS.

Também foram publicados editais de financiamento como o *Edital/SCTIE nº 1, de 24 de maio de 2013* (24) para seleção pública de projetos de Arranjo Produtivo Local (APL) no âmbito do SUS, que disponibilizou recurso de R\$12.000.000,00 (12 milhões de reais), e o *Edital SCTIE/MS nº 2, de 24 de agosto de 2015* (25), processo seletivo de projetos para apoio à assistência farmacêutica em plantas medicinais, fitoterápicos e arranjo produtivo local de plantas medicinais e fitoterápicos, no âmbito do SUS, desenvolvimento e registro sanitário de fitoterápicos da RENAME, por meio de Laboratórios Farmacêuticos Públicos (Laboratórios Oficiais), que aprovou o repasse de R\$4.000.000,00 (4 milhões de reais), para onze Municípios e um Estado.

No ano de 2010 a área de plantas medicinais e fitoterápicos no SUS recebeu incremento significativo, com a publicação da Portaria GM nº 886, de 20 de abril de 2010 (26), que instituiu a Farmácia Viva no âmbito do SUS.

A Farmácia Viva foi idealizada pelo professor Francisco José de Abreu Matos da Universidade Federal do Ceará na década de 1980, a partir de inúmeras expedições no interior do Ceará e Nordeste do Brasil, sempre na companhia do professor Afrânio Fernandes, botânico, para obter informações sobre o conhecimento popular e tradicional de plantas medicinais. Após coletar informações, o professor Matos se dedicou a transformar este conhecimento em conhecimento científico, de forma que a Farmácia Viva foi criada para devolver a ciência das plantas medicinais para a comunidade, levando o ensinamento do uso racional. (17)

A Farmácia Viva deve 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 oficiais de plantas medicinais e fitoterápicos. A Portaria GM nº 886, de 20 de abril de 2010, que instituiu a Farmácia Viva no âmbito do SUS, traz ainda que não é permitida a comercialização de plantas medicinais e fitoterápicos produzidos na Farmácia Viva (26). Portanto, as Farmácias Vivas têm como objetivo oferecer, sem fins lucrativos, assistência farmacêutica fitoterápica às comunidades através da promoção do uso correto de plantas de

ocorrência local ou regional, dotadas de atividade terapêutica cientificamente comprovada.

Existem três modelos de Farmácia Viva definidos de acordo com seu nível de complexidade, a saber:

*Farmácia Viva I:* Destina-se à 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. A obtenção de matéria-prima vegetal, processada de acordo com as Boas Práticas de Cultivo (BPC), deve ser oriunda de hortas e/ou hortos oficiais ou credenciados. Este modelo 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 de remédios caseiros, realizada por profissionais capacitados. Os agentes comunitários de saúde, devidamente capacitados e integrados em uma unidade de Farmácia Viva, poderão participar do processo de orientação quanto ao uso correto das plantas medicinais. (27)

*Farmácia Viva II:* Destina-se à produção/dispensação de plantas medicinais secas (droga vegetal) destinadas ao provimento das unidades de saúde do SUS. A matéria prima vegetal, processada de acordo com as BPC, deve ser oriunda de hortas e/ou hortos oficiais ou credenciados. A matéria prima será submetida às operações primárias, em áreas específicas, de acordo com as Boas Práticas de Processamento (BPP). A Farmácia Viva II poderá, ainda, realizar as atividades previstas à Farmácia Viva I, atendidas as especificações técnicas desta.(27)

*Farmácia Viva III:* Destina-se à preparação de fitoterápicos para o provimento das unidades do SUS. A droga vegetal para a preparação desses fitoterápicos deve ser oriunda de hortas e/ou hortos oficiais ou credenciados, desde que processadas de acordo com as Boas Práticas de Processamento (BPP). Os fitoterápicos são preparados em áreas específicas para operações farmacêuticas, de acordo com as Boas Práticas de Preparação de Fitoterápicos (BPPF). O modelo III poderá ainda realizar as atividades previstas para as Farmácias Vivas I e II, atendidas as suas especificações técnicas (27).

Para seu bom funcionamento, a Farmácia Viva, instalada em uma comunidade, deve contar com o apoio técnico-científico dos profissionais sugeridos pelo professor Matos para dar suporte à Farmácia Viva: o *médico* fitoterapeuta, como

responsável pelo diagnóstico e orientação do tratamento com plantas medicinais; o *farmacêutico*, com treinamento em farmacognosia e farmacotécnica, como responsável pela identificação das plantas e orientação do trabalho, desde a etapa da coleta até a etapa final de preparação e controle de qualidade dos medicamentos fitoterápicos; e o *agrônomo*, com treinamento em horticultura e técnicas de multiplicação de plantas, para orientar o seu cultivo, controle de crescimento e preparação das mudas (28).

O cultivo das plantas medicinais que formam uma Farmácia Viva pode ser feito em terreno com solo cultivável e dotado de boa disponibilidade de água. As mudas devem ser adquiridas no horto-matriz, mantido pelo projeto ou em fontes que possam fornecer plantas cuja eficácia e segurança sejam garantidas. Seu plantio pode ser feito em canteiros, jarros ou covas, e sua manutenção requer cuidado agrônômico permanente e boa proteção contra predadores e contra acesso de pessoas não autorizadas (28).

A melhor forma para efetuar o controle de qualidade dos produtos da Farmácia Viva é assegurar uma correta sequência de operações desde o plantio, coleta, preparação preliminar, até o produto final que chega ao usuário. Todas as etapas devem ser realizadas por pessoas capacitadas através de formação e treinamento em cursos especiais, sob orientação do farmacêutico com a colaboração de um agrônomo na etapa de cultivo (28).

De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), existem 24 Farmácias Vivas no SUS, conforme Anexo 3 (29). Entretanto, sabe-se que o número no Brasil é bem maior do que este, já que só no Ceará existem 74 Farmácias Vivas (27), porém não registradas no CNES.

Apesar da existência de tantas iniciativas na área de plantas medicinais, ela ainda é desconsiderada por muitos profissionais, ocupando uma posição marginal nas instituições de saúde, pois a hegemonia da biomedicina se mantém. Esta hegemonia é revelada pelo poder que os fundamentos da biomedicina possuem na sociedade, não apenas para coagir os outros saberes de menor visibilidade, conforme seus próprios interesses, mas também para exercer um consenso ou autoridade social sobre os grupos de agentes subordinados (30).

Assim, a biomedicina é uma instituição social poderosa e coesa, com alto prestígio, que já atingiu influência política e vastos recursos à sua disposição, enquanto as Práticas Integrativas e Complementares consistem em um grupo

heterogêneo e marginal de praticantes, ao qual falta capital político e social (COBURN, 2001 citado por 7).

Para a compreensão da posição das plantas medicinais e fitoterapia no SUS adotamos o conceito de *fronteiras*, desenvolvido pelos Estudos da Ciência e Tecnologia (ECT) (31). Os ECT têm um interesse no método de produção do conhecimento científico (32) e como eles são moldados ou co-construídos através de fatores sociais. Da sociologia do conhecimento científico (BLOOR, 1976; BARNES, 1974 citado por 32), à tradição de etnografias (33), indo além de cenários científicos formais para explorar como a ciência é feita e desafiada na vida cotidiana (34), o conhecimento científico tem sido tratado como algo que é construído coletivamente através de processos e diferentes contextos sociais (35).

No campo dos ECT as PIC são consideradas como um espaço contestado, em que conhecimentos são negociados e significados são atribuídos. Controvérsias em relação às PIC e sistemas de valores e visões de mundo referentes à saúde e à doença tornam este debate bastante efervescente (32). Uma forma de relacionar as PIC com os ECT tem sido focar na sua tendência em resistir à tecnologização da medicina e desafiar os modos dominantes de produção do conhecimento médico e científico (36,37).

Os ECT oferecem alguns pontos úteis para exploração de diferentes mundos sociais ao redor das PIC (38) e podem ajudar a focar na multiplicidade de perspectivas sobre o tema (39). Porém, são necessários mais estudos para explorar o complexo debate entorno das PIC uma vez que, é preciso aprofundar o entendimento sobre como mundos sociais diferentes centram em diferentes expectativas sobre cuidado em saúde e, portanto, enfatizam diferentes objetivos para PIC. Por exemplo, é preciso desenvolver a compreensão sobre o direito do paciente de escolha entre diferentes tratamentos e sobre a relação da terapêutica holística entre pacientes e profissionais de saúde (32). Uma vez que, atores distintos entendem diferentemente o lugar e autoridade da ciência e tecnologias, a investigação sobre seus mundos sociais pode explicitar os processos de legitimação através dos quais, as fronteiras entre ciência e sistemas diferentes de conhecimento como PIC são estabelecidas e reforçadas. No campo das PIC existem muitos mundos sociais e suas intersecções e incompatibilidades também são pouco conhecidas, em relação as suas tradições de produção de conhecimento, valores e princípios do processo saúde, doença e cuidado.

Estabelecer *fronteiras* e categorias através da divisão de uma realidade complexa em pequenos pedaços que depois são reagrupados em nichos homogêneos é parte importante de como as pessoas entendem o mundo (40). As categorias modelam o mundo ao nosso redor. Tudo dentro de um escritório ou em uma floresta pode ser categorizado ou organizado de alguma forma. Por meio dessa lógica classificatória foram categorizadas as eras históricas, plantas, animais, pessoas, classes sociais, etnias, nações e outras formas de produzir identidade e diferença. A lógica da criação de fronteiras é encontrada em todos os lugares e em todos os momentos, como exercício de rotular, diferenciar, separar ordens e fornecer sistemas de classificação para indivíduos e grupos na construção da realidade social (DESROCHERS & SARGENT, 2004 citado por 7).

Houve nas últimas décadas, um crescente interesse no estudo das fronteiras e isso se explica pela: a) necessidade de estudo de unidades maiores de análise, através por exemplo de estudos ecológicos que incluem a análise de várias instituições e diferentes pontos de vistas de atores envolvidos para entender como fronteiras são encontradas e atravessadas; b) a emergente necessidade de compreender como os marcadores de diferença são criados, mantidos, ou contestados em muitos diferentes níveis de institucionalização e categorização; c) o crescimento da teoria social, influenciada pelo pós modernismo, pós-estruturalismo, pós-colonialismo e feminismo, que foca no marginal e descentralizado, como alternativas aos discursos de poder do centro (41).

As fronteiras são marcadores de diferença feitas para separação e exclusão, e podem também, ser definidas como diferenças socioculturais que geram descontinuidades de interação, ação, limites relacionais, cognitivos, temporais e/ou físicos que definem entidades como separadas de outra. Estas entidades existem dentro de domínios, que incluem grupos de elementos homogêneos que são percebidos como participando de uma categoria (40).

As fronteiras têm natureza ambígua, pois ao mesmo tempo que representam a diferença cultural e a dificuldade potencial de ação e interação entre dois mundos, também representam o valor potencial em estabelecer comunicação e colaboração entre eles. Portanto, a fronteira divide, assim como, conecta os mundos (41). E ao mesmo tempo que pertencem a dois mundos que se conectam, as fronteiras também refletem a terra de ninguém, pertencente a nenhum dos dois mundos (41). As fronteiras podem ainda, ao mesmo tempo, servir aos interesses daqueles que

estão nos campos em contraste ou causar problemas de comunicação e de transferência de conhecimento (42). Esta natureza ambígua cria uma necessidade de diálogo, na qual, os significados devem ser negociados e dos quais algo novo pode emergir.

Se por um lado as categorias parecem ser necessárias para entendermos o mundo ao nosso redor, pois parece que sem elas a diversidade do mundo seria incompreensível, por outro, são os instrumentos através dos quais a ordem é estabelecida e o poder exercido. Foucault (1971, 1977 citado por 43), sugere, por um lado, que nomeando o desconhecido coloca-o sob controle, e, por outro, que o poder vem da diferença obscura forçando o múltiplo em unidades administráveis com separações sólidas (fronteiras) entre eles. O ponto chave, para o autor, é que estas separações não apenas representam mimeticamente o mundo, mas ao invés disto, o criam e o limitam. Por isso, autores pós-estruturalistas e pós-modernos levantaram questões importantes sobre o processo de categorização, porque argumentaram tratar-se de um sistema construído socialmente que simplifica, organiza e limita a diversidade do mundo, havendo assim, uma destruição concomitante de conhecimentos alternativos e modos de vida (43).

Para eles as fronteiras servem para estruturar a alocação de autoridade cognitiva e recursos materiais, através de processos políticos que perpassam instituições e contextos sociais. Definindo sistemas de classificação, fronteiras separam indivíduos e grupos, conferindo então, diferentes status e legitimidade para eles, canalizando o acesso a recursos de todos os tipos. A iniquidade gerada por estes processos é estruturada por classe, etnia e sexo, assim como por outros critérios de identificação e diferença dos grupos sociais (44).

Outra questão importante é o fato das fronteiras serem entendidas como fechadas e fixas (43). Cognitivamente, segundo LAKOFF & JOHNSON (citado por 43), os atores sociais percebem as categorias como *containers* com interior definido, estável e um exterior. Entretanto, essas fronteiras são quase sempre fluídas e permeáveis e a necessidade de constante patrulhamento é uma evidência da sua incompletude.

Em qualquer tempo, algumas fronteiras são guardadas com zelo e vistas como impermeáveis e “nítidas” por alguns grupos sociais, mas outras estão sujeitas a alteração e modificação, tomando contorno de fronteiras “borradas”, ou seja, ambíguas e com falta de clareza (7, 44).

Fox (42), enfatiza a construção social das fronteiras e chama este processo de “*boundary work*”, significando as práticas de discurso e as formas através das quais os cientistas atribuem qualidades restritas que distinguem praticantes menos e mais autorizados, estabelecendo autoridade epistêmica. De acordo com o autor, *boundary work* é composto por ações estratégicas e intencionais tomadas por diferentes atores para proteger e demarcar a autoridade da ciência nas arenas públicas.

Fronteiras que são construídas entre práticas, de um lado, demarcam ciência de não ciência, ou seja, estabelecem: (1) monopolização do conhecimento, (2) expansão de fronteiras nos espaços de conhecimento de outros campos de conhecimento, (3) expulsão de não cientistas de espaços de conhecimento, (4) a proteção de conhecimento em relação à política das instituições. A demarcação serve para expandir autoridade em novos domínios, para monopolizar autoridade e finalmente, para proteger autonomia (45). Mas, por outro lado, podem fornecer formas nas quais, esses domínios diferentes podem interagir, permitindo um movimento “além das fronteiras, a criação de híbridos de ciência e não ciência” (45,46).

Foi criada então, a expressão “*biomedical boundary work*” para analisar as fronteiras entre as PIC e a biomedicina (7, 32, 47). Trata-se de um campo de estudos muito recente e com muito potencial para o entendimento dos diferentes contextos e atores envolvidos nos debates entorno das práticas convencionais e não convencionais no campo da saúde (48-51). Há potencial nesta abordagem para estender a compreensão sobre o que MELLOR (52), identificou como ‘*routine boundary work*’, nos encontros entre pacientes e profissionais de saúde praticantes de PIC, ativistas e pesquisadores comprometidos nas suas vidas cotidianas com o desenvolvimento de práticas não convencionais. Para BROSNAN *et al.* (32), trata-se da possibilidade de identificar novas perguntas de pesquisa sobre hierarquias sutis entre diferentes formas de conhecimento escondidas nas ações do dia a dia.

Portanto, cruzar as fronteiras que separam a biomedicina e as PIC é um processo que envolve uma transição de um mundo relativamente seguro e socialmente estruturado para um mundo de axiomas, teorias e práticas silenciadas. *Biomedical boundary work* é uma abordagem que permite explorar o conjunto de axiomas, pressupostos e práticas das PIC que diferem da biomedicina. Além disso, permitem construir caminhos bem demarcados para que profissionais de saúde possam reconciliar dilemas epistemológicos e conflitos potenciais que podem aparecer quando utilizam ambas, PIC e biomedicina, no curso dos seus encontros

clínicos regulares (7). As fronteiras entre biomedicina e PIC guardam núcleos duros, ostensivamente impermeáveis e núcleos mais negociáveis; produzem ansiedade ou culpa quando são atravessadas de forma inadvertida; podem envolver sanções severas e satisfações indiscerníveis; podem delimitar processos de cruzamento habitual e casual e podem ser distinguíveis em seus contornos epistemológicos, cognitivos, sociais, organizacionais, profissionais e de autoridade (53).

As fronteiras entre as plantas medicinais e a biomedicina, em seus diferentes formatos e conteúdos, são tratadas nesta tese. As fronteiras epistemológicas indicam os axiomas normativos e teorias, nas quais a prática é baseada, ou seja, é a fronteira do centro, corpo ou cerne epistemológico da biomedicina, especialmente fazendo referência aos seus limites e validade (7). As fronteiras cognitivas definem os tipos de prática e conhecimento que são vistos como legitimados, ou seja, as evidências científicas de efetividade e segurança que seguem os padrões científicos da biomedicina, considerados como “padrão ouro”, servem como a maior demarcadora de fronteira cognitiva (7, 47). As fronteiras sociais definem quais são os grupos possuidores destes saberes verdadeiros, os profissionais de dentro, legítimos, e quais são os profissionais de fora, ilegítimos, “praticantes de pseudociência”, “desviantes” ou “amadores” (7, 47, 53, 54). As fronteiras organizacionais são as regulações formais e informais que determinam quem está inserido e de que forma está inserido nas organizações, assim como, as obrigações dos membros e dos membros potenciais (7). As fronteiras profissionais estabelecem a diferença de poder pelas credenciais dos profissionais e as fronteiras de autoridade são expressas na hierarquia do poder que, por sua vez, condicionam influência e controle (53).

Todas essas nuances das fronteiras estão presentes no cotidiano de trabalho nas Farmácias Vivas no SUS, segundo os profissionais entrevistados. Porém, elas são socialmente produzidas e foram analisadas, nessa tese, tomando em consideração a pessoa (coordenadores de Farmácias Vivas), o tempo (período entre agosto de 2015 a junho de 2017), o espaço (municípios de diferentes regiões do Brasil) e o contexto (ameaças ao direito constitucional de cidadãos e cidadãs de terem acesso à saúde pública e de qualidade).

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo geral**

Analisar as fronteiras identificadas pelos gestores de Farmácias Vivas para a implantação e implementação das Farmácias Vivas no SUS.

### **Objetivos específicos**

Contribuir com a discussão sobre fronteiras nas Práticas Integrativas e Complementares no SUS.

Contribuir para a ampliação do acesso às plantas medicinais no SUS.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas (FCM), da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), sob o Parecer nº 694.742 (Anexo 2).

Foram incluídos no estudo coordenadores e coordenadoras de Farmácias Vivas de diferentes municípios do Brasil ocupando o cargo há pelo menos três meses. Os sujeitos foram incluídos apenas após o esclarecimento sobre a pesquisa, leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1). O TCLE foi assinado em duas vias, uma delas permaneceu com o sujeito de pesquisa e a outra com o pesquisador.

A pesquisa foi iniciada em 2014 com um levantamento das Farmácias Vivas no Brasil. A primeira fonte de busca foi o *Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde* - CNES (29), entretanto, verificou-se que este Cadastro não estava e ainda não está atualizado, pois na lista de Farmácias Vivas estão presentes farmácias de manipulação e drogarias e há apenas 24 estabelecimentos cadastrados, o que representa um número muito aquém do real (Anexo 3). As possíveis causas deste subcadastro são a falta de conhecimento do cadastro e a preocupação de fiscalização pela Vigilância Sanitária por parte da Farmácia Viva, caso o cadastro seja realizado. Portanto, esta não pôde ser a minha fonte de informação.

Em agosto de 2015, participei do IV Simpósio de Plantas Medicinais e Fitoterápicos no Sistema Público de Saúde em Fortaleza/ CE, onde conheci alguns coordenadores de Farmácias Vivas, especialmente do Estado do Ceará, inclusive a professora Dra. Mary Anne Medeiros Bandeira, que se tornou minha coorientadora. Estes coordenadores me passaram contatos de outros coordenadores em diferentes estados do Brasil. Pude assim, começar a montar a minha própria lista de Farmácias Vivas (Quadro 1). Depois, passei a integrar o grupo do *whastapp* de Farmácias Vivas e também participei de congressos de plantas medicinais em Brasília e Belo Horizonte, conhecendo outros profissionais envolvidos com as Farmácias Vivas no Brasil.

*Quadro 1- Lista de Farmácias Vivas montada pela pesquisadora para nortear a seleção de Farmácias Vivas para a pesquisa*

Estabelecimento/ cidade	UF*	Estabelecimento/ cidade	UF*	Estabelecimento/ cidade	UF
SMS Rio Branco	AC	SMS Catas Altas/MG	MG	Brejo da Madre de Deus	PE
SMS Arapicaca	AL	SMS Poté	MG	SMS Goiana/PE	PE
SMS Horizonte	CE**	SMS Ritápolis	MG	SMS Recife	PE
Janguruçu/ Fortaleza	CE	SMS Montes Claros	MG	SMS Bom Jesus	PI
SMS Fortaleza	CE	SMS São Gotardo	MG	SMS Lapa	PR
SMS Maracanaú	CE	SMS São Lourenço	MG	Niterói	RJ
São Luis	MA	Iguatemi	MS	Rio de Janeiro	RJ
Distrito Federal	DF	Poconé	MT	SMS Volta Redonda	RJ
Diorama	GO	SMS Nobres	MT	SES Rio Grande do Sul	RS
SES Goiás	GO	SMS Oriximiná	PA	São Lourenço do Sul	RS
Betim	MG	SMS Santarem	PA	SMS Brusque	SC
Ipatinga	MG	SMS São Sebastião do Umbuzeiro	PB	SMS Sorocaba	SP
Uberlândia	MG	Iguatemi	MS	Jardinópolis	SP

\*UF: unidade federativa

\*\*Só no Ceará existem 74 farmácias vivas que não foram incluídas neste quadro.

Fonte: Própria

Foram realizadas oito (8) entrevistas com coordenadores de Farmácias Vivas (Quadro 2). No processo de escolha das Farmácias Vivas, objetivou-se incluir projetos de diferentes locais do Brasil, para entrarmos em contato com diferentes realidades e também foram selecionados projetos bem estruturados, que já estão em desenvolvimento há algum tempo. Também foi realizada uma (1) entrevista com uma farmacêutica. Neste caso, não foi possível realizar a entrevista com a coordenadora da Farmácia Viva, pois o projeto foi encerrado em 2016 e a única pessoa que consegui contatar foi a farmacêutica, que foi indicada como a pessoa que poderia disponibilizar informações sobre o projeto. Decidimos incluir esta Farmácia Viva na pesquisa, apesar dela estar desativada, justamente para compreender os fatores que levaram à sua desativação.

O número de entrevistas realizadas foi determinado pelo ponto de saturação, ou seja, quando foi verificado uma repetição das informações, obtidas através destas entrevistas, referentes às fronteiras para implantação e implementação das Farmácias Vivas concluiu-se que as entrevistas poderiam ser encerradas (55). Todas as entrevistas foram presenciais, exceto a última, que foi realizada por *skype*, devido à falta de recursos para o transporte da pesquisadora. A duração média das entrevistas foi de 68,2 minutos.

**Quadro 2– Farmácias Vivas incluídas na pesquisa da tese**

<b>Estabelecimento</b>	<b>Data</b>	<b>Duração da entrevista</b>
Farmácia Viva da Prefeitura Municipal de Fortaleza/CE	11-ago-15	45'
Farmácia Viva Prof. José Francisco de Abreu Matos- FAC – Fundo de Apoio Comunitário- Janguruçu/Fortaleza/CE	12-ago-15	36'
Farmácia Viva de Horizonte/CE- Secretaria Municipal de Saúde de Horizonte- Laboratório de Fitoterápicos Professor Francisco José de Abreu Matos	13-ago-15	1h01'
Farmácia Viva da Prefeitura Municipal de Maracanaú/CE- Laboratório de Preparação de produtos fitoterápicos e oficinais	14-ago-15	1h11'
Farmácia Viva SUS Betim/MG	21-set-16	52'
Farmácia Viva de Sorocaba/SP- Fito Sorocaba	07-out-16	1h06'
Farmácia da Natureza- Jardinópolis/SP	02-mar-17	1h30'
Núcleo de Farmácia Viva- Secretaria de Saúde do Distrito Federal/Riacho Fundo-DF	13-mar-17	1h58'
Farmácia Viva de Toledo/PR	30-jun-17	1h15'

Fonte: Própria

Para a realização das entrevistas, foi utilizado um roteiro de entrevista (Apêndice 2), com objetivo de coletar os dados demográficos dos sujeitos; seu

histórico profissional; conhecimento e formação em plantas medicinais e fitoterápicos; motivações para uso das plantas medicinais e fitoterápicos; estrutura e organização da unidade de Farmácia Viva (equipe, plantas medicinais e fitoterápicos disponibilizados para a população, legislações vigentes, certificação e financiamento); critérios considerados para utilização das plantas medicinais e as dificuldades e facilidades para a implantação e implementação da Farmácia Viva, incluindo os aspectos políticos, econômicos, epistemológicos, simbólicos e legislativos.

Foi realizada análise sequencial dos dados, ou seja, a análise foi iniciada logo após o início das entrevistas, para que fosse possível identificar eventuais melhorias e modificações no roteiro. Identificou-se que o mesmo estava bastante fechado, de forma que não havia muito espaço para reflexão e construção dos sentidos atribuídos pelos coordenadores a cada facilidade e dificuldade e, assim, foram realizadas as mudanças necessárias. Também foram retiradas algumas perguntas sobre a estrutura e histórico das Farmácias Vivas, pois a entrevista estava demasiadamente longa e cansativa para o entrevistado e o entrevistador e estava se perdendo o foco do trabalho que era a identificação das fronteiras. A reflexão mais focada na análise sobre a validade da ciência e do conhecimento tradicional e popular também foi mais aprofundada nas últimas entrevistas, pois apareceu como um ponto importante e pouco explorado nas primeiras entrevistas. Para garantir a confidencialidade dos entrevistados, decidimos por não os identificar através de nomes, letras ou números.

As entrevistas foram gravadas e transcritas. A análise dos resultados foi realizada com base na análise de conteúdo temático. Leitura e releituras minuciosas dos textos foram realizadas para identificação dos temas: fronteiras epistemológicas, cognitivas, sociais, organizacionais, profissionais e de autoridade. Os dados foram agrupados por temas, garantindo que todas as manifestações de cada tema sejam incluídas e identificadas as relações entre eles.

A tese está estruturada em cinco capítulos e considerações finais. O primeiro capítulo traz conceitos iniciais sobre o projeto Farmácia Viva, apresenta as nove (9) Farmácias Vivas incluídas na pesquisa, definindo as atividades desempenhadas por estas, a equipe de trabalho, as plantas medicinais e fitoterápicos disponibilizados. Foi feita uma descrição de outras atividades realizadas durante o desenvolvimento deste projeto como o estágio realizado no Projeto Farmácia Viva do Ceará e a visita ao Mercado Central de Belo Horizonte/MG.

No segundo capítulo discutiu-se as plantas medicinais como objetos de fronteira, pois são ao mesmo tempo parte das terapêuticas populares tradicionais, biomédicas e conectam e aproximam culturas diferentes. Assim, possibilitam o diálogo entre elas, podendo gerar a emergência de novos saberes. Entretanto, não conseguem romper as hierarquias de conhecimento e a hegemonia da biomedicina, tornando ausentes certos saberes.

No terceiro capítulo se debate o papel dos coordenadores das Farmácias Vivas como trabalhadores e cruzadores de fronteiras e o seu processo de aprendizado e transformação nelas.

O quarto capítulo discute que as fronteiras epistemológicas, sociais e cognitivas mantêm a hegemonia da biomedicina e da ciência ao estabelecerem que o conhecimento científico de plantas medicinais é o único verdadeiro em detrimento dos conhecimentos populares e tradicionais e que os profissionais biomédicos são os únicos confiáveis e competentes, além de que a única forma de comprovar a eficácia de um tratamento é através da ciência e da medicina baseada em evidências.

O quinto capítulo discute as fronteiras organizacionais, profissionais e de autoridade. Apesar das fronteiras organizacionais terem sido relaxadas, permitindo a inclusão das plantas medicinais em algumas instituições de saúde, ainda há restrições em relação ao seu uso e também operam fronteiras profissionais que delimitam a sua prescrição ao médico, dificultando assim, uma real implantação das plantas medicinais. Somado a isto, as fronteiras de autoridade dificultam a implantação da Farmácia Viva, pois geram baixo apoio político e financeiro ao projeto, e dificuldade no seguimento das legislações.

As considerações finais apresentam uma síntese dos achados da pesquisa, construindo a relação entre todos os capítulos, e a contribuição da tese para a compreensão da marginalização das Farmácias Vivas no SUS, bem como, da construção social que mantêm a hegemonia da ciência e da biomedicina, que deve ser questionada considerando o respeito à diversidade e visando a construção de uma ecologia de saberes.

## **CAPÍTULO 1 – AS FARMÁCIAS VIVAS E A EXPERIÊNCIA DA ENTREVISTA**

### **1.1) Os entrevistados**

Dentre as farmácias identificadas no CNES e nos diferentes fóruns de debate sobre as Farmácias Vivas foram intencionalmente escolhidas nove para serem investigadas, sendo 3 (três) em Fortaleza/CE, uma em Maracanaú/CE, Betim/MG, Sorocaba/SP, Jardinópolis/SP, Riacho Fundo/DF e Toledo/PR.

Foram entrevistados oito gestores de Farmácias Vivas e a profissional que, apesar de não ser a gestora do projeto, foi indicada como a pessoa que poderia melhor trazer as informações sobre o projeto.

A idade média dos entrevistados é de  $50,4 \pm 7,7$  anos, a maioria do sexo feminino, brancas, católicas, farmacêuticas e com especialização. O tempo médio no cargo de coordenação da Farmácia Viva, na instituição e no SUS era respectivamente  $9,4 \pm 7,5$ ;  $11,7 \pm 7,4$  e  $11,7 \pm 6,0$  anos. (Quadro 3).

**Quadro 3- Características sócio demográficas dos representantes das Farmácias Vivas entrevistados**

<b>Sexo</b>	Feminino	Feminino	Masculino	Feminino	Feminino	Masculino	Masculino	Feminino	Feminino
<b>Idade</b>	51	51	46	45	64	58	47	54	38
<b>Estado civil</b>	Casada	Viúva	Solteiro	Casada	Solteira	Casado	Casado	Casada	Casada
<b>Cor da pele</b>	Branca	Branca	Branco	Branca	Branca	Branca	Pardo	Branca	Branca
<b>Religião</b>	Católica	Espírita	Espírita	Católica	Católica	Católico	Católico	Católica	Evangélica
<b>Escolaridade</b>	Mestranda	Superior Completo	Mestrado em Ciências da Saúde	Especialista Assistência farmacêutica	Magistério Pedagógico	Doutorado Zootecnia	Especialista Gestão em Saúde	Especialista Homeopatia	Especialista Gestão de Assistência Farmacêutica e Acupuntura
<b>Profissão</b>	Farmacêutica	Química	Farmacêutico	Farmacêutica	Normalista	Agrônomo	Farmacêutico	Farmacêutica	Farmacêutica
<b>Tempo coordenação Farmácia Viva</b>	Não era coordenadora	15 anos	24 anos	7 meses	7 anos	11 anos	10 anos	5 anos	3 anos
<b>Tempo na instituição</b>	Não participava da equipe da Farmácia Viva	20 anos	24 anos	7 meses	7 anos	11 anos	10 anos	13 anos	8 anos
<b>Tempo no SUS</b>	7 anos	20 anos)	24 anos	9 anos	7 anos	11 anos	10 anos	13 anos	8 anos

Fonte: Própria

## 1.2) Entrevistas e outras vivências

A primeira entrevista foi realizada no dia 11 de agosto de 2015, com a coordenadora da Farmácia Viva da Prefeitura Municipal de Fortaleza/CE. É uma Farmácia Viva Modelo III, localizada no *campus* da Universidade particular UNIFOR (Universidade de Fortaleza), resultado de uma parceria entre a universidade, que fornece a estrutura física e os equipamentos e a Prefeitura de Fortaleza que fornece a matéria prima, insumos e recursos humanos, sendo hoje, um importante campo de estágio para alunos da Farmácia da UNIFOR.

A equipe da Farmácia Viva é composta por uma farmacêutica, que é também a coordenadora, 2 (dois) auxiliares de laboratório e 1 (um) de serviços gerais.

Os medicamentos fitoterápicos manipulados são: elixir de cidreira (*Lippia alba*), tintura e sabonete líquido de alecrim pimenta (*Lippia sidoides*), tintura de mororó (*Bauhinia forficata*) e de malva santa (*Plectranthus barbatus*) e xarope de chambá (*Justicia pectoralis*). Estes medicamentos são transportados para a Central de Abastecimento do município e de lá são abastecidos 4 (quatro) postos de saúde de Fortaleza (CE). Após ficar 2 (dois) anos parada, por falta de recursos humanos, as atividades foram retomadas em janeiro de 2015.

Eu estava bem apreensiva sobre como conduzir a entrevista, se daria certo a gravação, e por estar ainda no meu segundo dia de observação, começando a entender a estrutura da Farmácia Viva. Mas, no geral, correu tudo bem. Fui muito bem recebida. Depois da entrevista visitamos a Farmácia Viva e fiquei bastante impressionada com a qualidade das instalações e os equipamentos, bem como, com todo o rigor em relação ao controle de qualidade (Figura 1). Visitei também um centro de saúde próximo onde ocorre a dispensação dos medicamentos fitoterápicos do Projeto (Figura 2).



Figura 1: Laboratório de produção de sólidos da Farmácia Viva da Prefeitura Municipal de Fortaleza/CE  
Fonte: Própria



Figura 2: Unidade básica de saúde que dispensa medicamentos da Farmácia Viva da Prefeitura Municipal de Fortaleza/CE  
Fonte: Própria

A segunda entrevista foi realizada no dia 12 de agosto de 2015, com a coordenadora da Farmácia Viva da FAC (Fundo de Apoio Comunitário), que está localizada no Janguruçu, uma área muito pobre de Fortaleza/CE. A FAC é uma organização não governamental (ONG) que conta com uma escola de atenção primária gratuita (Figura 3). Dentro desta ONG, uma conhecedora de plantas medicinais coordena a Farmácia Viva Modelo I, composta por uma horta de plantas medicinais (Figura 4). Ela faz atividades de educação ambiental com as crianças que vivenciam a Farmácia Viva, e também, realiza oficinas de preparações caseiras com as mães ensinando o preparo de chá, lambedor e sabonete.



Figura 3- Sala de aula do Fundo de Apoio Comunitário (FAC) - Fortaleza/CE  
Fonte: Própria



Figura 4- Horta de plantas medicinais do Fundo de Apoio Comunitário (FAC) - Fortaleza/CE  
Fonte: Própria

A equipe da Farmácia Viva é composta por ela e por um auxiliar de jardinagem, mas a UFC está sempre presente dando orientações e fazendo capacitações.

Dentre as plantas medicinais presentes na Farmácia Viva, podemos citar: courama (*Kalanchoe pinnata*), malva santa (*Plectranthus barbatus*), usado na forma de chá, colônia (*Alpinia speciosa*), babosa (*Aloe vera*), usada na forma de gel da planta como cicatrizante, a arnica (*Solidago chilensis*), cuja flor colocada no álcool por 10 dias é usada em massagens para dor e artrite, sabonete de aroeira (*Schinus terebinthifolius*), mastruz (*Chenopodium ambrosioides*) com leite para fraturas, abacate (*Persea gratissima*), cujo caroço deixado no óleo de girassol por 10 dias é usado para dor e reumatismo.

Fui recebida com carinho e respeito muito especiais pela conhecedora de plantas: “Renata, o melhor que a gente acha é quando alguém vem conhecer.

*Estamos sempre de portas abertas*”. Me emocionei muito, não só por isto, mas pela simplicidade e beleza com que é realizado o trabalho. Percebi que ela ficou um pouco apreensiva no início da entrevista, mas logo o nervosismo passou e a entrevista fluiu muito bem. Foi bastante interessante perceber a sua gratidão pelo professor Matos e pela equipe da Universidade Federal do Ceará (UFC), por terem possibilitado a implantação do projeto na ONG.

A terceira entrevista foi realizada no dia 13 de agosto de 2015, com o coordenador da Farmácia Viva Modelo III de Horizonte/CE. Esta entrevista não foi realizada na Farmácia Viva, pois não foi possível o meu transporte até Horizonte e por isto, a entrevista foi realizada no Núcleo de Fitoterápicos (NUFITO). O coordenador trabalha com plantas medicinais há muito tempo, inclusive, ajudou o professor Matos, idealizador da Farmácia Viva, a estruturar o projeto, e então forneceu informações e percepções muito interessantes.

A Farmácia Viva conta com uma área muito grande de quatro hectares de produção de plantas medicinais. A equipe é composta por um agrônomo, uma farmacêutica, uma técnica de laboratório, uma auxiliar da técnica de laboratório, um auxiliar de limpeza, dois vigias e dois trabalhadores do campo.

O município compra a matéria prima vegetal seca e a não vegetal. São manipulados na Farmácia Viva os seguintes medicamentos fitoterápicos: creme de aroeira (*Schinus terebinthifolius*), cápsulas de cidreira (*Lippia alba*), cápsulas de mentrasto (*Ageratum conyzoides*), cápsulas de açafraão (*Curcuma longa*), cápsulas de mororó (*Bauhinia forficata*), elixir de aroeira (*Schinus terebinthifolius*), pomada de confrei (*Symphytum officinalis*), xarope expectorante (hortelã japonesa-*Mentha arvensis*, malvarisco- *Plectranthus amboinicus* e chambá- *Justicia pectoralis*), sabonete de alecrim-pimenta (*Lippia sidoides*), tintura de alfavaca (*Ocimum gratissimum*), cápsulas de hortelã rasteira (*Mentha sp*), tintura de alecrim pimenta (*Lippia sidoides*), tintura de malva santa (*Plectranthus barbatus*), cápsulas de colônia (*Alpinia speciosa*) e antisséptico bucal de alecrim pimenta (*Lippia sidoides*). Estes medicamentos são levados para a Central de Assistência Farmacêutica do Município (CAF), de onde é feita a distribuição para os postos de saúde de Horizonte. Além disto, também conta com uma destilaria de óleos essenciais, sendo o único produtor de óleo de alecrim pimenta (*Lippia sidoides*) no mundo.

A quarta entrevista foi realizada no dia 14 de agosto de 2015, na Farmácia Viva Modelo III da Prefeitura Municipal de Maracanaú/CE.

A equipe da Farmácia Viva é composta por 2 (dois) farmacêuticos, 4 (quatro) trabalhadores do horto, sendo 1 (um) técnico agrícola, auxiliares de serviço e 2 (dois) auxiliares de farmácia.

Além de contar com manipulação de medicamentos fitoterápicos, também são realizadas nesta Farmácia Viva, oficinas de preparações caseiras de plantas medicinais com a população. Dentre as espécies de plantas medicinais incluídas no projeto, podemos citar: alecrim pimenta (*Lippia sidoides*- sabonete e antisséptico bucal); aroeira (*Schinus terebinthifolius* - gel vaginal); malva santa (*Plectranthus barbatus* - tintura); xarope de chambá (*Justicia pectoralis*), pomada de confrei (*Symphytum officinalis*), elixir de aroeira (*Schinus terebinthifolius*), mentrasto (*Ageratum conyzoides*) e tintura de mororó (*Bauhinia forficata*).

Foi uma entrevista muito interessante, pois foi possível aprofundar em questões políticas e econômicas, sobre as quais o entrevistado tem posicionamentos claros. A Farmácia Viva atende aproximadamente 5% dos 210.000 habitantes da cidade, produzindo cerca de 6.000 xaropes por mês. Durante esta visita, tive a oportunidade de conhecer o Laboratório (Figura 5), inaugurado em 1992, que no momento passava por uma reforma, onde são manipulados os medicamentos, e também conheci o Horto de plantas medicinais (Figura 6), que tem 18 espécies e uma área total de 10.000m<sup>2</sup>, fornecendo matéria prima vegetal para o Laboratório.



Figura 5: Laboratório de manipulação de medicamentos da Farmácia Viva da Prefeitura Municipal de Maracanaú/CE  
Fonte: Própria



Figura 6: Horto de plantas medicinais da Farmácia Viva da Prefeitura Municipal de Maracanaú/CE  
Fonte: Própria

A quinta entrevista foi realizada no dia 21 de setembro de 2016, na Farmácia Viva de Betim. Essa Farmácia Viva teve início em 2004, quando funcionava dentro do Hospital Regional de Betim em uma salinha de 40m<sup>2</sup>. Mas, desde 2011 está instalada em uma construção com 400m<sup>2</sup>, construída pelo município e equipada pelo Estado.

A equipe é composta por 2 (duas) farmacêuticas, 10 (dez) auxiliares de farmácia, pessoal administrativo, pessoal da limpeza e almoxarifado. A equipe trabalha com 25 plantas e 73 formulações, como por exemplo o óleo de girassol (*Helianthus annuus*), xarope de guaco (*Mikania glomerata*), creme de calêndula (*Calendula officinalis*), creme de barbatimão (*Stryphnodendron adstringens*).

A Farmácia Viva compra os insumos, tinturas, extratos, óleos e manipula os medicamentos para que sejam distribuídos para as Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Betim. Existe, ainda, um horto de 100m<sup>2</sup> que produz mudas para fornecer aos produtores que estão sendo capacitados para a produção e fornecimento de plantas medicinais para a Farmácia Viva.

Essa experiência foi bastante diferente da experiência que tive no Ceará (CE), primeiro porque permaneci na unidade por apenas uma hora e meia, tempo que realizei a entrevista e visitei algumas instalações da unidade. Em algumas salas, como de manipulação não foi autorizada a minha entrada. A coordenadora também estava bem atarefada, pois faria um treinamento com os prescritores da Farmácia Viva de Betim no dia seguinte, e por isto, a entrevista acabou sendo um pouco rápida. O trabalho de campo nessa unidade foi muito mais restrito, e, afetou a profundidade das percepções e análises. Além disto, não foi autorizada a realização de fotos no interior da unidade, apenas a foto da fachada (Figura 7). Entretanto, esta entrevista foi de suma importância, mostrando que a pesquisa ainda não tinha atingido o ponto de saturação, pois ao contrário do informado pelos outros quatro entrevistados, em Betim, de acordo com a coordenadora, não há dificuldades de financiamento e apoio político para a Farmácia Viva, por ser um serviço muito bem estabelecido.



Figura 7- Fachada da Farmácia Viva de Betim/MG  
Fonte: Própria

A viagem que fiz para Minas Gerais não foi apenas para fazer a entrevista. Participei no período de 21 a 24 de setembro de 2016 do *Congresso de Plantas Medicinais do Brasil*, realizado na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), em Belo Horizonte. Assisti a muitas palestras excepcionais sobre a química, a farmacologia das plantas medicinais, mas, a parte que mais me impressionou, foi uma mesa redonda da qual participaram uma indígena, uma benzedeira (que trabalha com plantas medicinais na Umbanda), um raizeiro de Belo Horizonte e um conhecedor de plantas medicinais de Bonito de Minas/MG. Antes de iniciar a mesa, a indígena fez uma oração pedindo permissão a Deus para fazer a palestra. Durante toda a mesa redonda os palestrantes resgataram conceitos silenciados pelo sistema biomédico, como o sagrado, a energia das plantas medicinais, o valor do conhecimento popular e tradicional. Chamou-me a atenção, entretanto, que durante a oração inicial, ela se referiu a Jesus, demonstrando assim, que mesmo dentro de seus rituais, o branco já introduziu a sua influência.

Durante o período que estive em Belo Horizonte, pude perceber o quanto a cultura de uso das plantas medicinais está realmente muito enraizada na população. Tive a oportunidade de passear pelo centro da cidade e tanto na rua, como no Mercado Central da cidade (Figura 8), havia muitas lojas de venda de plantas medicinais, com enorme variedade.



Figura 8- Loja de plantas medicinais no Mercado Central de Belo Horizonte/MG  
Fonte: Própria

A sexta entrevista foi realizada no dia 07 de outubro de 2016, na Farmácia Viva de Sorocaba. Esta Farmácia Viva Modelo I realiza as oficinas de preparações caseiras com a população e a doação de mudas nas Unidades Básicas de Saúde, embora exista o projeto de construção de uma oficina farmacêutica para preparo de medicamentos fitoterápicos.

A coordenadora foi muito atenciosa comigo, desmarcou todos os seus compromissos e ficou praticamente o dia todo mostrando o projeto. Ela reservou o transporte da prefeitura para realizarmos as visitas. Nos encontramos na Secretaria de Saúde da Prefeitura de Sorocaba, para visitarmos o Jardim Botânico de Sorocaba (Figura 9), que está funcionando há apenas dois anos. No Jardim Botânico, que possui 56 plantas medicinais, é realizado um trabalho de educação ambiental com a exposição de plantas ao público e a realização de oficinas de preparações caseiras de plantas medicinais com a população. Além disto, existe um Herbário, um salão para atividades como dança circulares, entre outros cursos e uma horta comunitária que está sendo instalada. Visitamos todos estes locais em companhia do biólogo responsável pelo projeto.

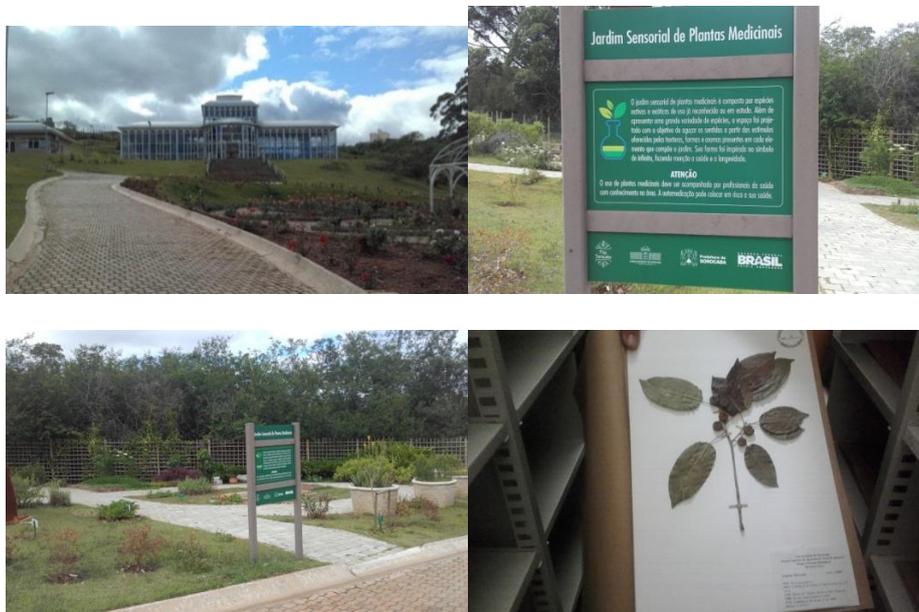


Figura 9- Jardim Botânico da Prefeitura de Sorocaba/SP  
Fonte: Própria

A coordenadora do projeto conta, para a condução do projeto, com o apoio de farmacêuticas da assistência farmacêutica, de biólogos do Jardim Botânico, de 1 (uma) professora de Farmácia da Universidade de Sorocaba e de 1 (um) médico especialista em fitoterapia que faz a parte de educação.

Foram selecionadas 6 (seis) plantas para inclusão no projeto: manjeriçã (*Ocimum basilicum*), melissa (*Melissa officinalis*), hortelã (*Mentha sp.*), guaco (*Mikania glomerata*), boldo (*Plectranthus barbatus*) e capim limão (*Cymbopogon citratus*).

Fomos também ao Parque Natural dos Esportes Chico Mendes (Figura 10), onde existe o viveiro de plantas medicinais e florestais. As mudas são doadas para o Jardim Botânico e para a população de Sorocaba.



Figura 10- Horto do Parque Natural dos Esportes Chico Mendes- Sorocaba/SP  
Fonte: Própria

Além disso, fomos ao Viveiro da Aparecidinha, localizado no Presídio Dr. Antônio de Souza Neto. O Viveiro foi iniciado em 2009, pela Secretaria do Meio Ambiente de Sorocaba como parte do projeto Recomeçar, que estimula o plantio de plantas, especialmente alimentícias, e a manutenção pelos presidiários. As mudas de plantas medicinais para a Farmácia Viva foram doadas pela Farmácia da Natureza de Jardinópolis (SP), e em 2015, foi iniciada a plantação no viveiro. As mudas plantadas vão direto para as UBS. Existe todo um controle e registro de distribuição das mudas. Não foi autorizada a realização de fotos neste local, por ser um presídio.

Fomos também para a Unidade Básica do Cajuru (Figura 11), que fica na região Leste de Sorocaba, e fui recebida pela coordenadora da UBS, uma enfermeira muito atenciosa. Essa é uma das oito UBS que tem Farmácia Viva em Sorocaba. A Farmácia Viva começou há poucos meses no fundo da UBS com uma pequena horta com boldo brasileiro (*Plectranthus barbatus*), hortelã (*Mentha villosa*), capim limão (*Cymbopogon citratus*) e manjerição (*Ocimum basilicum*). Há nove grupos terapêuticos e também roda de conversa das mulheres na UBS. Nesses espaços o tema de plantas medicinais já era abordado mesmo antes da implantação da Farmácia Viva. Há doação de mudas para a comunidade.



Figura 11- Unidade Básica de Saúde do Cajuru- Sorocaba/ SP  
Fonte: Própria

A sétima entrevista foi realizada no dia 02 de março de 2017, com a coordenadora da Farmácia da Natureza de Jardinópolis/SP. Nosso encontro foi no campus da Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP) (Figura 12), em que a coordenadora é docente e onde existe um grande jardim medicinal, utilizado para pesquisas e aulas da Universidade. A entrevista foi realizada na sala da professora.



Figura 12- Horta medicinal na Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP)  
Fonte: Própria

Depois da entrevista, visitei a Farmácia da Natureza que fica no Centro Espírita Terra de Ismael no município de Jardinópolis/SP, a 20 minutos de Ribeirão Preto/SP. Esta Farmácia Viva não pertence ao SUS, mas tem um convênio com a Prefeitura, para que o município tenha acesso aos fitoterápicos.

A Farmácia da Natureza, implantada há 15 anos, conta com mais de 300 espécies medicinais coletadas em diversos biomas do Brasil e de outros países. O objetivo do trabalho é estabelecer um padrão de qualidade de produção de

medicamentos fitoterápicos que possa ser reproduzido em todas as Farmácias Vivas. Conta com um banco da germoplasma, para garantir plantas de qualidade, com um horto de plantas medicinais (em que são doadas mudas para outras instituições que queiram implantar Farmácias Vivas), com a manipulação de medicamentos fitoterápicos e homeopáticos, controle de qualidade, secagem, prescrição feita por médicos do próprio centro espírita e a dispensação de medicamentos fitoterápicos que é realizada gratuitamente.

A equipe da Farmácia Viva é composta por 7 (sete) médicos, 3 (três) farmacêuticos, 1 (uma) pessoa que supervisiona o projeto, 2 (dois) biotecnólogos, 2 (dois) químicos, 5 (cinco) técnicos que contribuem no almoxarifado e na dispensação, 2 (dois) funcionários de limpeza, 3 (três) funcionários de campo e 1 (um) viverista. Alguns são funcionários, e estão presentes todos os dias, outros são voluntários, e estão presentes apenas quando há atividades.

São disponibilizadas mais de 100 plantas medicinais, entre elas, todas as plantas que estão no Formulário Fitoterápico Nacional (21), mais algumas formulações que são do European Medicines Agency (EMA) e do World Health Organization (WHO) e outras produzidas a partir do conhecimento tradicional. São dispensadas na forma de droga vegetal, chá, tintura, cápsula e extrato.

Visitei a plantação de plantas medicinais, a área de preparo de mudas, de moagem, de secagem (unidade de pós-colheita), de manipulação de tinturas e cápsulas, estoque de materiais insumo e tinturas, e área para dispensação das plantas medicinais e fitoterápicos. (Figuras 13 a 18)



Figura 13- Logomarca da Farmácia da Natureza  
Fonte: Própria



Figura 14- Farmácia da Natureza: Plantação de plantas medicinais e área de preparo de mudas. Fonte: Própria



Figura 15- Farmácia da Natureza: Estufa para secagem de plantas medicinais e moinho para moagem de plantas medicinais. Fonte: Própria



Figura 16- Farmácia da Natureza: sala para manipulação de tinturas e cápsulas. Fonte: Própria



Figura 17- Farmácia da Natureza: salas de estoque de insumos/ materias e sala de estoque de tinturas. Fonte: Própria



Figura 18- Farmácia da Natureza: dispensação das plantas medicinais e fitoterápicos. Fonte: Própria

A oitava entrevista foi realizada com o coordenador do Núcleo de Farmácia Viva da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, no dia 13 de março de 2017. Essa Farmácia Viva foi implantada em 1989, como fruto de uma inspiração da médica neurologista Dra. Maria Aparecida Costa e outros profissionais médicos, que queriam trazer para o SUS, a Fitoterapia e a Medicina Tradicional Chinesa e em 1998 começaram a produzir as primeiras manipulações fitoterápicas.

Atualmente, a Farmácia Viva conta com uma equipe formada por 3 (três) farmacêuticos e 10 (dez) técnicos. Trabalha com 7 plantas medicinais, escolhidas por estarem descritas nos documentos oficiais da ANVISA, como Formulário Nacional de

Fitoterápicos (21): alecrim pimenta (*Lippia sidoides*), guaco (*Mikania glomerata*), erva baleeira (*Cordia verbenacea*), babosa (*Aloe vera*), boldo nacional (*Plectranthus barbatus*), confrei (*Symphytum officinalis*) e funcho (*Foeniculum vulgare*). São preparados gel da babosa, confrei, erva baleeira e alecrim pimenta, além de xarope, chá medicinal e tintura do guaco e tintura de funcho. Esses medicamentos são distribuídos para 20 Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Distrito Federal (20 a 25% do total das UBS). Há uma parceria com a Penitenciária da Papuda, onde também são cultivadas plantas medicinais utilizadas no projeto. Além disto, realizam oficinas sobre uso e preparo das plantas medicinais e distribuem mudas para os participantes destas oficinas.

De manhã o coordenador me apresentou o projeto. Visitamos o horto de plantas medicinais. (Figuras 19 e 20)



Figura 19- Placa de identificação e fachada da Farmácia Viva. Fonte: Própria



Figura 20- Plantação de plantas medicinais na Farmácia Viva. Fonte: Própria

Depois da visita à área externa, visitamos também a área interna da Farmácia Viva que inclui o estoque de plantas medicinais e insumos, a área de secagem das plantas medicinais, o Laboratório de Controle de Qualidade e o estoque de medicamentos fitoterápicos. (Figuras 21 e 22)



Figura 21- Estoque e área de secagem. Fonte: Própria



Figura 22- Laboratório de Controle de Qualidade e estoque de medicamentos fitoterápicos. Fonte: Própria

A nona entrevista foi realizada no dia 30 de junho de 2017, via skype, devido à falta de recursos para meu deslocamento a Toledo/PR. A entrevista foi feita com uma farmacêutica, funcionária do SUS, que apesar de não ter sido a

coordenadora da Farmácia Viva, quando essa ainda estava ativa, foi a pessoa indicada como referência para falar sobre o projeto.

A Farmácia Viva de Toledo foi implantada em 1989, fruto de um trabalho exaustivo de enfermeiras da rede municipal e da parceria com a Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE). Havia um grande horto de plantas medicinais e equipamentos para secagem e embalagem, e as seguintes plantas eram distribuídas, apenas na forma de chá medicinal: capim limão (*Cymbopogon citratus*), camomila (*Matricaria camomila*), erva cidreira (*Lippia alba*), embaúba (*Cecropia pachystachya*), cavalinha (*Equisetum hyemale*), hortelã (*Mentha sp.*) e manjeriço (*Ocimum basilicum*). (Figura 23)

A Farmácia Viva foi desativada em 2016, principalmente pelas dificuldades em seguir as legislações exigidas pela Vigilância Sanitária local.



Figura 23- Chás medicinais disponibilizados pela Farmácia Viva de Toledo e o local da Farmácia Viva.

Antes de realizar as entrevistas, realizei um estágio no Projeto Farmácia Viva do Ceará em Agosto-2015, quando tive a oportunidade de conhecer o Horto Oficial (Figuras 24), o Laboratório de Produtos Naturais da Universidade Federal do Ceará (UFC) (Figura 25) e o Horto Matriz da UFC (Figura 26). Também conheci o Núcleo de Fitoterápicos do Ceará (NUFITO), que integrado ao Projeto Farmácias Vivas da UFC, tem como objetivo implantar/implementar unidades Farmácias Vivas em Organizações Governamentais e não governamentais, associações e comunidades organizadas (54) e, finalmente, visitei o Horto Oficial de plantas medicinais, que fornece as mudas com certificação botânica para todas as unidades da Farmácia Viva.

Durante todo o tempo fui extremamente bem recebida pelas farmacêuticas, pelos agrônomos e funcionários do NUFITO e da Universidade Federal do Ceará, especialmente pela professora Mary Anne que não mediu esforços para me receber com todo carinho e atenção. Tive longas conversas com os farmacêuticos e agrônomos neste período e então foi possível iniciar a compreensão de como funciona a Farmácia Viva. Uma das coisas que mais me marcou, durante este período, foi perceber a importância da religiosidade e da fé, muitos associavam o trabalho com as plantas à tarefa de missão de vida. Foi muito interessante ver, por exemplo, que dentro do Horto oficial existe a imagem de uma santa protetora (Figura 24). Com certeza esta vivência do estágio me ajudou muito durante as entrevistas, pois eu consegui ter uma visão, mesmo que pequena, do projeto.



Figura 24: Horto Oficial de Plantas medicinais de Fortaleza e a imagem da Santa protetora presente no Horto Oficial de Plantas medicinais de Fortaleza



Figura 25: Fachada e interior do Laboratório de produtos naturais da UFC



Figura 26-Horto Matriz de plantas medicinais da UFC

## CAPÍTULO 2. FITOTERAPIA: UM OBJETO DE FRONTEIRA

A fitoterapia é ao mesmo tempo parte das terapêuticas populares, tradicionais, biomédica e de outras racionalidades médicas, como a medicina tradicional chinesa e a homeopática. Por isso, pode ser considerada como um *objeto de fronteira*, pois conecta e aproxima culturas diferentes. Esta aproximação, por um lado, possibilita o diálogo entre as diferentes racionalidades de cuidado e tem o potencial de fazer emergir novos saberes, no entanto, por outro, não consegue romper as hierarquias de conhecimento e a hegemonia da biomedicina, tornando ausentes certos saberes.

Os objetos de fronteira têm sido identificados em uma vasta variedade de campos incluindo estudos da ciência e tecnologia (56), organizações (57) e medicina (58). Pesquisadores médicos usaram objetos de fronteira como uma forma de explorar a inovação tecnológica (42), cooperação entre equipes médicas (59), adoção de práticas não convencionais em hospitais e na atenção primária (53,60). De acordo com OWENS (31), o conceito de objetos de fronteiras foi subutilizado no estudo de fronteiras das PIC. Na revisão da literatura que realizamos para este trabalho, até onde conseguimos alcançar, inexistem estudos sobre *objetos de fronteira* e os diferentes tipos de fitoterapia.

A fitoterapia popular se refere à tradição de uso doméstico e comunitário de plantas medicinais, transmitida oralmente em cada realidade local, de geração para geração. Todo território ou unidade de saúde pode identificar com facilidade, na comunidade, aquelas pessoas que detêm conhecimentos familiares quanto aos tratamentos com plantas medicinais e alguns de seus derivados caseiros (61). É praticada por parteiras, benzedeiras (os), raizeiras (os) e outros (as). Seus saberes e práticas baseiam-se em uma abordagem vitalista e holística, com forte relação com o chamado “dom”. Estes curadores estabelecem forte vínculo com o usuário devido à aproximação com a comunidade, que muitas vezes recorrem a eles, também, por falta de acesso ao cuidado biomédico (11).

Já a fitoterapia tradicional, ao contrário da vertente popular, na maioria das vezes, conta com registro escrito de sua prática, que, a depender de sua origem, já existe há décadas, séculos ou mesmo milênios. Mas o que a delimita mesmo como matriz para a fitoterapia, é o fato de não ser praticada de forma isolada, como simples

recurso ou método terapêutico, porém sempre “acoplada” a um contexto, integrante de “sistemas médicos” originários de culturas peculiares (61). As práticas tradicionais visam frequentemente restaurar o equilíbrio usando plantas quimicamente complexas ou misturando diversas plantas, a fim de maximizar um efeito sinérgico ou melhorar a probabilidade de interação com um alvo molecular relevante (11).

A fitoterapia científica refere-se ao uso de plantas medicinais baseada em evidências científicas, apoiada na racionalidade biomédica. O uso de plantas pode ainda, ser desenvolvido por outras racionalidades médicas, como homeopatia e medicina tradicional chinesa (2, 5,62-64).

Na Homeopatia, as plantas medicinais são utilizadas como matéria prima para o preparo dos medicamentos. O medicamento homeopático não atua através da farmacologia dos princípios ativos, como na biomedicina, e sim equilibrando a energia vital do corpo e promovendo a cura. As matérias primas utilizadas são altamente diluídas, e atuam segundo a Lei dos semelhantes, que considera que qualquer substância capaz de provocar em um homem sadio, porém sensível, determinados sintomas, é capaz de curar, desde que em doses adequadas, um homem que apresente um quadro mórbido semelhante. A sua terapêutica é basicamente medicamentosa, cabendo ao prescritor homeopata identificar o medicamento mais adequado ao paciente, ou seja, o medicamento *simillimum*, considerando, para isso, não só os aspectos físicos, mas também os aspectos emocionais, mentais e características individuais (65).

Na Medicina tradicional chinesa as plantas medicinais também são utilizadas como matérias primas para medicamentos. A classificação das propriedades das ervas, que costumam ser usadas em combinações, leva em conta o sabor (ácido, doce, amargo, salgado e picante), a natureza (quente, morno, fresco, frio e neutro), as propriedades associadas à movimentação do yin/yang (ascensão, emergência, descida e imersão) e as oito regras terapêuticas. O objetivo do tratamento é equilibrar o *qi*, o sopro vital, que mantém a saúde e a vida, ao circular através dos canais de energia do corpo (64).

A fitoterapia é um *objeto de fronteira* porque habita diferentes culturas e satisfaz requisitos de cada uma delas (66), possibilitando uma comunicação, um diálogo, uma “linguagem compartilhada”, aproximando comunidades que estão normalmente separadas pelas suas culturas diferentes.

Pertencer a uma cultura, significa compartilhar praticamente os mesmos mapas conceituais, que tornam as coisas inteligíveis para seus membros, e permitem dar sentido ou interpretar o mundo de formas mais ou menos semelhantes (67). Esses mapas de significados não estão simplesmente na cabeça de cada pessoa e sim são objetivados nos padrões de organização social e de relações, através das quais, os indivíduos se tornam agentes sociais (30).

Desse ponto de vista, cada configuração da fitoterapia é uma cultura e desta forma, identifica-se a existência da cultura popular, cultura tradicional, cultura científica, cultura homeopática e outras culturas no campo da saúde. Cada uma delas tem um mapa conceitual particular, com diferentes significados, valores, sistemas de crenças próprios sobre a forma de uso e ação das plantas medicinais, dando sentido e interpretação para o seu uso de formas diversas.

Estas diferentes culturas coexistem e se comunicam, dialogam entre si, mas há uma hierarquia e assimetria na relação entre elas. A cultura científica, que representa os interesses de grupos com maior poder econômico e político na sociedade, coloca-se como a cultura dominante, representando a si mesma como “a cultura”. Ela subordina e domina as outras culturas que se tornam periféricas, e essas, por sua vez, buscam modificar, negociar e resistir ao poder da cultura científica, assumindo um lugar de contracultura (30, 68).

A comunicação nas fronteiras, entre diferentes culturas, é um processo de tradução (69) ou de um trabalho argumentativo de partilhar a cultura com quem não se identifica com os saberes e as suas experiências. A tradução permite, assim, criar inteligibilidade recíproca, coerência e articulação entre as experiências, pois tem como princípio que todas as culturas são incompletas e que, portanto, podem ser enriquecidas pelo contato com outras culturas, isso porque, se cada cultura é uma totalidade inesgotável, cabe nelas muitas totalidades, todas necessariamente parciais.

É importante observar que os objetos de fronteira são um meio de tradução (66) dentro de uma situação de relações interculturais. O trabalho ativo de tradução dos indivíduos participantes das diferentes culturas em contato é o que constrói e mantém um objeto de fronteira, pois nos objetos não há uma capacidade intrínseca efetiva de tradução (42,57), embora, veiculem redes de significados e representações.

Cada cultura do uso de plantas medicinais pode enriquecer-se muito no contato com outras, à medida em que estabelecem uma “linguagem compartilhada”, na qual indivíduos de diferentes comunidades podem representar seu conhecimento,

e fornecerem significados e sentidos que ampliem a totalidade parcial dos objetos. Esse enriquecimento mútuo é também propulsor do empoderamento dos membros de diferentes culturas, na medida em que pode transformar seu próprio conhecimento à luz da inovação observada no contato (57). Às vezes, os sentidos e usos das diferenças culturais possibilitam a comunicação e colaboração entre agentes, porém em outros momentos eles perdem sua aplicabilidade e senso ao atravessar as fronteiras (41,70).

Não há garantias de que todas as trocas serão incorporadas de maneira direta por todos os agentes das diferentes culturas em contato. Os *objetos de fronteira* são suficientemente plásticos para se adaptarem às necessidades locais e limites de várias culturas que os utilizam, no entanto, são robustos o suficiente para manter uma identidade nos distintos campos de saberes (41). Eles tendem a ser invisíveis pela sua indiferenciação, no entanto são os objetos híbridos da contemporaneidade e devem ser considerados com cuidado pelas oportunidades de aprendizado que oferecem. Por meio da tradução, podem insurgir novos saberes e uma *sociologia das emergências* (69), que convida à reflexão sobre as tendências do futuro de possibilidades plurais e concretas que vão sendo construídas no presente, através da ampliação simbólica dos saberes, práticas e agentes.

A emergência de conhecimentos da fitoterapia como objeto de fronteira, permite inferir que muitas outras pistas, sinais, tendências, saberes e práticas devem ser buscadas, com o objetivo de conhecer melhor as capacidades, as potencialidades e as possibilidades da fitoterapia. A relação de fronteira do uso científico e popular/tradicional da fitoterapia permite compreender o intenso e histórico movimento de trocas. Por um lado, os usos associados a conhecimentos populares e tradicionais informam sobre a potência das plantas para o cuidado de diferentes sintomas, por outro lado, o saber científico valida de maneira racional este uso popular.

Aparentemente, essa é uma troca justa em que nenhuma das partes é prejudicada, porém, concretamente, tem sido uma das formas da manutenção da hegemonia da ciência. A fitoterapia científica é hegemônica, com marcada assimetria entre os diversos saberes. Esta relação de desigualdade de poderes autoriza a ciência a assumir a validação final sobre a eficácia e segurança das plantas medicinais utilizadas de acordo com o uso popular, tradicional e outras racionalidades médicas. Desta forma, em muitas situações, as ações dos agentes da ciência, ao invés de

abrirem os horizontes no contato das fronteiras, fazem justamente o contrário, reforçam ainda mais seu controle e hegemonia.

O conceito de *hegemonia* refere-se ao movimento no qual, grupos com maior poder na sociedade, estão prontos, não apenas para coagir os outros grupos de menor poder, conforme seus próprios interesses, mas também exercer um consenso ou autoridade social sobre os grupos subordinados. Isso implica o exercício de um tipo especial de poder: o poder de formular alternativas e conter oportunidades, ganhar e moldar o consentimento, de tal maneira que a garantia de legitimidade da classe dominante, não aparece apenas de maneira espontânea, mas também natural e normalizada. Trata-se do poder de definir a agenda, moldar as preferências, prevenir imediatamente os conflitos surgidos ou conter um conflito já em marcha ao definir que tipos de resoluções são razoáveis e realistas. Uma ordem hegemônica prescreve, não o conteúdo específico das ideias, mas sim os limites dentro dos quais as ideias e conflitos se movem e são resolvidos. Portanto, a hegemonia proporciona as bases e as estruturas básicas da legitimação do poder para debilitar, destruir, ou incorporar instituições de defesa e resistência alternativas produzidas pelos grupos subordinados. O conteúdo da hegemonia será determinado, em parte, pelas frações que compõem o dito bloco hegemônico e, portanto, seus interesses devem incluir-se dentro deste. Porém, a hegemonia não é um simples regime de classe e requer consentimento dos grupos subordinados, que por sua vez têm que ser conquistados e controlados, portanto, a construção e a manutenção da autoridade social contam com certa ascendência não apenas em relação ao Estado, mas também em relação à sociedade civil, na cultura e na ideologia (30).

As ações de contra hegemonia da fitoterapia nas fronteiras, apesar de ampliar o contato e propiciar a comunicação e diálogo entre as diferentes culturas, contudo não tem conseguido realizar a transformação da hegemonia. Embora, haja muitas evidências, por exemplo das Farmácias Vivas, que a fitoterapia, como objeto de fronteira, tem produzido rupturas localizadas das hierarquias de conhecimento reproduzidas no campo da saúde. Com isso, problematiza a monocultura racional exclusiva que apenas considera confiável o saber científico das plantas medicinais, em detrimento dos saberes tradicionais, populares e apoiados em outras racionalidades. Além disso, denuncia as ausências, violências, destruições e silenciamento e produz a necessidade de desenvolver uma *sociologia das ausências*

(69), para compreender como experiências sociais dos conhecimentos não científicos são ativamente estereotipados e silenciados pelo saber científico.

Identificamos cinco mecanismos de construção social da ausência e invisibilidade do conhecimento da fitoterapia popular, tradicional e de outras racionalidades médicas de plantas medicinais. O primeiro deles é a construção da relação do uso das plantas medicinais com a *ignorância*, associada a conhecedores populares de plantas medicinais, como raizeiros, benzedeiros e outros, que são, desta forma, desqualificados e invisibilizados.

Os agentes da ciência não compreendem e não aceitam a ação energética das plantas, que está presente não só na medicina popular e tradicional, como também no uso de plantas medicinais baseados em outras racionalidades médicas, que consideram que as plantas medicinais atuam na energia vital, no *qi*, e não através, apenas, de seus princípios ativos. A ciência invalida esse tipo de mecanismo de ação, uma vez que considera como válidos, exclusivamente, os mecanismos de ação que sejam materiais, visíveis, quantificáveis referindo-se às substâncias em dose ponderáveis com atividade farmacológica no corpo físico.

Assim, a dimensão mágica da medicina não é percebida pela sociedade, tanto da parte dos que são curados, quanto da parte dos que curam, os quais afirmam que são apenas praticantes de uma prática neutra e objetiva e nada mais. No entanto, mais do que não ser percebida, esta dimensão mágica é também rejeitada e subjugada (71).

A ciência exerce a sua hegemonia exigindo que estas plantas sejam estudadas conforme os padrões científicos, desconsiderando os princípios que regem cada uma das diferentes perspectivas. Nesta *monocultura do saber* (69), apenas os cientistas e o conhecimento científico detêm o verdadeiro conhecimento de plantas medicinais. É uma forma de redução para não ver e muito menos valorizar as experiências que nos cercam, apenas porque estão fora dos cânones da razão científica. No exercício da monocultura do saber não interessa descobrir outros tipos de racionalidade no contato com o conhecimento popular e tradicional das plantas medicinais, pois busca colocar a ciência e seus agentes como superiores e únicos capazes de comprovar a eficácia e segurança das plantas medicinais. A fitoterapia, como objeto de fronteira, expõe os limites da monocultura do saber e convida à construção de uma ecologia de saberes (69), na medida em que as plantas medicinais são cada vez mais utilizadas por diferentes culturas e reconhecidas em seus múltiplos

usos. Dessa forma, iniciam nas fronteiras confrontos e diálogos entre os saberes e as hierarquias dos conhecimentos, além de, constituírem movimentos de trocas de experiências, baseadas na compreensão da incompletude de toda forma de saber.

O segundo mecanismo da construção ativa da ausência da fitoterapia é a sua associação com o comportamento *atrasado, primitivo ou residual*, associado ao “chazinho da vovó”, trazendo a conotação de algo ultrapassado em um mundo de tecnologias avançadas. Essa relação entre atrasado e avançado é a expressão de uma linearidade temporal ou a *monocultura do tempo linear* (69). Trata-se do mesmo ideário das teorias desenvolvimentistas, que situaram etapas de crescimento a um sentido único e conhecido, com base na trajetória dos países mais ricos do sistema econômico mundial. Obviamente, essa noção de tempo reproduz a lógica colonial, pois identifica como primitivas as culturas que operam com conhecimentos, instituições e formas de sociabilidade diferentes das predominantes nos países economicamente ricos. Porém, a fitoterapia, como objeto de fronteira, promove uma *ecologia das temporalidades* (69), na medida em que mantém seu uso associado a vários tempos do processo de saúde-doença-cuidado. Com o seu uso associado aos ciclos da natureza deixa de ser uma manifestação de primitivismo religioso ou de magia, para vir a ser uma forma de viver a contemporaneidade. No resgate dos usos baseados em conhecimentos antigos está a dinâmica de rompimento com o rótulo de prática residual, pois novas representações têm sido forjadas para a produção de saúde com o uso de remédios naturais e com a dúvida sobre os usos seguros, eficazes e racionais de medicamentos produzidos pelos laboratórios da chamada “big pharma” (62, 69).

O terceiro mecanismo da construção da ausência da fitoterapia é a inferiorização dos saberes dos agentes situados fora do hemisfério norte. Este mecanismo, não apenas diminui saberes de grande parte da população do hemisfério sul americano e africano, mas, também, reforça as práticas colonialistas dos agentes locais associados ao poder hegemônico. A *naturalização das diferenças* (69) é uma das formas de produzir a inferiorização, pois a ela segue a hierarquização e dominação. A fitoterapia na fronteira dos diferentes saberes tem produzido um tensionamento no mecanismo de inferiorização, sobretudo, quando, por exemplo, os agentes dos saberes não hegemônicos e demonstram que 40% de toda a medicação produzida pela biomedicina é extraída das plantas. Nessa medida uma *ecologia de diferenças* (69) está sendo construída com os reconhecimentos recíprocos, a

desconstrução de hierarquias e a associação de conhecimentos pela diferença e não pela igualdade.

O quarto mecanismo da construção da ausência das práticas fitoterápicas é a sua relação com práticas *locais e particulares*, como se fossem realizadas apenas em experiências pessoais em pequenas comunidades, que por não serem rotuladas como universais não são válidas. O universalismo é a escala das entidades ou realidades que vigoram independente de contextos específicos (69), como se todas as realidades não dependessem de contextos particulares ou locais.

O quinto mecanismo da construção da ausência é a associação dos conhecimentos não científicos com a ideia de *improdutivo*, por exemplo, com a condenação do uso das plantas medicinais, na forma de preparações caseiras, pois essa não atende ao princípio do lucro; ou ainda, pode diminuir o consumo de medicamentos e até a procura por serviços médicos, contrariando os interesses de um dos maiores mercados do mundo. A fitoterapia pode ser considerada improdutivo, ainda, por se vincular com a agricultura familiar, incentivando pequenos produtores e não o agronegócio. A noção de fitoterapia como improdutivo serve para direcionar a inserção da fitoterapia científica médico-centrada, cuja expansão pode ser vista como o avanço da indústria farmacêutica para áreas de grandes interesses comerciais (62,69). Coloca-se a serviço, também, da desvalorização dos sistemas alternativos de produção que o capitalismo descredibiliza para manter a sua superioridade, como: organizações populares, cooperativas operárias e economia solidária.

No entanto, a fitoterapia tem um papel muito amplo, envolvendo o resgate de valores culturais, ao mesmo tempo em que estimula ações intersetoriais, vínculo equipe-comunidade, aproximação entre profissionais e usuários, cuidado autônomo, desenvolvimento local, a participação comunitária e outras formas de sociabilidade solidária. Desenvolver este potencial produtivo da fitoterapia, no entanto, demanda abordagens que valorizem a criação de espaços que estimulem a convivência de saberes, a prudência e a análise crítica, pelos profissionais e usuários, sobre o uso das plantas medicinais (69,72).

Identificar a fitoterapia como um objeto de fronteira significa reconhecer que ela se associa, ao mesmo tempo, à condição de ignorante, residual, inferior, local, improdutivo, científica, avançada, superior, global e produtiva. Nessa perspectiva a fitoterapia, como um objeto de fronteira, forma uma ecologia, com multiplicidades e relações não destrutivas. Tudo isso explicita as muitas limitações da hegemonia do

uso científico das plantas medicinais, que segue ocupando esse lugar porque a sua razão não se insere no mundo pela via da argumentação, dos encontros nas fronteiras, e sim impõe-se com projetos econômicos, como da indústria farmacêutica, que geram muito dinheiro e lucro. A imposição, também, se dá pela coerção legítima, através das legislações, portarias e decretos, a partir do momento em que a lei exige o registro dos medicamentos fitoterápicos, notificação das drogas vegetais, a fiscalização dos órgãos sanitários e de órgãos de classe profissional. Não há espaço, muitas vezes, para outras formas de existir que não sejam aquelas legitimadas pela ciência e pelo poder hegemônico, perseguindo e bloqueando a atuação de conhecedores da fitoterapia popular, tradicional e mesmo a de outras racionalidades médicas. Esta coerção não é questionada pela sociedade, pois, de forma geral, a atuação legal não é vista como mais uma manifestação da afirmação da hegemonia científica, mas sim, como uma forma de garantia da segurança do uso de plantas medicinais para a população, que poderia estar em risco se estivesse em contato com outros agentes conhecedores da fitoterapia.

A ciência é tida como um campo de ausência de risco apesar dos medicamentos serem grandes causadores de reações adversas, mesmo quando utilizados em doses e de forma adequada, causando inclusive, hospitalizações e morte. Esta “epidemia silenciosa” tem sido pouco questionada, justamente porque questioná-la seria duvidar da ciência e da hegemonia da biomedicina.

Como se pode valorizar a diversidade do conhecimento e de diferentes perspectivas, mantendo a qualidade e segurança da prática? Ou ainda, “como posso manter vivo em mim, o melhor da cultura ocidental moderna, e ao mesmo tempo, reconhecer o valor da diversidade do mundo que ela designou autoritariamente como não civilizado, ignorante, residual, inferior ou improdutivo?”. Respostas a estas questões podem ser construídas com a identificação da fitoterapia como objeto de fronteira, pois assim, se auxilia o alargamento dos contornos entre as diferentes racionalidades de cuidado (53); reinventam-se experiências, tornando presentes saberes ativamente ausentados (69); constroem-se pontes para proporcionar encontros entre agentes com pequena dinâmica de trocas (73); reconhecem-se a co-dependência dos diferentes setores envolvidos na construção de novos conhecimentos e práticas (42); além de ajudarem a teorizar, não só a incorporação das plantas medicinais nos serviços de saúde convencionais, mas também, a integração abrangente de outras práticas não convencionais nos sistemas de saúde,

facilitando a compreensão sobre porque algumas práticas são mais facilmente integradas aos sistemas de saúde que outras (31).

### **CAPÍTULO 3. COORDENADORES DAS FARMÁCIAS VIVAS: TRABALHO, APRENDIZAGEM E TRANSFORMAÇÃO NAS FRONTEIRAS**

Os coordenadores de Farmácias Vivas podem ser considerados trabalhadores de fronteiras, pois habitam mundos diferentes, negociando os significados entre o conhecimento biomédico, popular e tradicional das plantas medicinais.

Além disso, são “cruzadores de fronteira”, pois agem como ponte entre os mundos, sendo o meio de conexão que facilita o trabalho de junção através da coleta, síntese e tradução de informações (74). Por isso, são, também negociadores e facilitadores qualificados (SULLIVAN e SKELCHER, 2002 citado por 74), psicologicamente flexíveis (BARTEL, 2001 citado por 74), e no nível mais pessoal, confiáveis, diplomáticos, cuidadores e comprometidos (75).

De acordo com AKKERMAN & BAKKER (41) existem quatro processos de aprendizado no trabalho de fronteira: *identificação, coordenação, reflexão e transformação*.

Pelo processo de *identificação* é possível delinear as fronteiras entre práticas que se tornaram incertas ou instáveis, devido às ameaças ou aumento das similaridades entre elas. Algumas vezes, a reconstrução das fronteiras é necessária para introduzir novas práticas ou estabelecer relações de identidades e diferenças.

O processo de aprendizado de *coordenação* no trabalho na fronteira exige desafio maior, pois diversas práticas cooperam eficientemente e na ausência de consenso (76), requer do coordenador dos trabalhos uma conexão comunicativa entre diversas práticas e perspectivas (77), bem como esforços de tradução entre diferentes mundos e aumento da permeabilidade da fronteira (78). A rotina é muito importante para que a coordenação vá se tornando parte da prática operacional e seu potencial reside não em reconstruir, mas em ultrapassar a fronteira, no sentido de que a continuidade seja estabelecida, facilitando movimentos futuros e sem esforços extraordinários entre as diferentes partes.

A aprendizagem pela *reflexão* no trabalho de fronteira desenvolve a capacidade de tornar perceptíveis explicações para as diferenças entre as práticas, criando a possibilidade de olhar para si mesmo através de outros olhos e formular novas perspectivas (79). A reflexão resulta em uma expansão do conjunto de habilidades e uma nova construção da identidade que informa futuras práticas. No

processo de gestão de serviços de saúde os processos de *identificação, coordenação e reflexão* não se distinguem em etapas sucessivas separadas e juntam-se de maneira complexa ao processo de aprendizagem pela *transformação* do trabalho na fronteira. A emergência de novas práticas é sempre um processo negociado e se for bem-sucedido produzirá impacto sustentável.

Não surpreendentemente, na literatura revisada, a *transformação* é o processo de aprendizado mais analisado, sobretudo pelo seu potencial da criação de novas práticas “*in-between*”, ou seja, no *encontro* entre redes separadas ou ligadas indiretamente, criando relações distintas e atribuição compartilhada de significados de cada lado. No encontro é bastante provável que se desenvolva o estranhamento e um possível *confronto* que obrigue os mundos intersectados a reconsiderar seriamente suas práticas, fluxos de trabalho e a possível construção de uma terceira perspectiva ou *espaço de problema compartilhado*, que exige resolução colaborativa e atravessamento das fronteiras (80,81).

O diálogo entre as partes conflitantes torna-se o foco central de interesse de cada lado da fronteira e por meio da *conversação* pode ser desenvolvido um processo criativo de *hibridização*, no qual algo híbrido emerge como uma nova forma cultural com ingredientes de diferentes contextos combinados em algo novo e não familiar. Isto pode tomar a forma de novas ferramentas ou sinais, assim como a formação de um novo conceito (82) ou de um novo modelo analítico (83). É necessário um balanço entre o conhecimento estabelecido ou hegemônico e o novo conhecimento, não sendo necessário o abandono de um ou de outro (84). Ocorre uma ambivalência, pois a transformação em novas práticas não acontece sem algum nível de reforço das práticas estabelecidas, isso porque é precisamente a diferença que apoia a relevância e o valor de práticas intersectoras uma à outra.

Por outro lado, também integra o processo de transformação, conforme AKKERMAN & BAKKER (41), algumas dificuldades, como: *imposição, cristalização, naturalização, fetichização e continuação*. A *imposição* está relacionada a mudanças de autoridades, que desenham políticas que, frequentemente, produzem alterações de fronteira devido às novas relações implantadas (CAPLAN & TORPEY 2001; SCOTT 1998; SCOTT, TEHRANIAN & MATHIAS 2002; TILLY 1999 citados por 85). Aqueles que impõe estas fronteiras podem, claro, rescindi-las, mas o mecanismo parece ser assimétrico, pois mesmo que a nova fronteira imposta seja extinta, ela

deixa traços de sua existência nas relações sociais e representações depois de perderem sua autoridade (85).

A *cristalização* das fronteiras estabelecidas produz reificações e congelamento das experiências (86). Um evento associado à cristalização, muito comum no campo da saúde, é o processo de *naturalização*, no qual o que está cristalizado é considerado como algo natural, dado, e não como algo construído socialmente. A naturalização faz parecer que não é necessário e possível um questionamento sobre a situação, pois reafirma a presença de “essências constitutivas”, cuja manutenção interessa, em geral, a grupos com maior poder e interesse em manter o *status quo*. Schaffer *et al.* (87), associam a naturalização a um processo de *fetichização*, que faz com que as fronteiras se transformem em objetos quase sagrados e venerados como verdades absolutas, designados a manter a *continuação* das tradições e apresentar empecilhos para mudanças.

Os coordenadores de Farmácias Vivas entrevistados nessa pesquisa têm consciência da importância de seu lugar na fronteira. Eles narraram o *encontro* entre os conhecimentos biomédicos e os populares e tradicionais de plantas medicinais e como passaram a desenvolver o papel de trabalhadores e cruzadores de fronteiras de conhecimentos e experiências dos mundos que “co-habitam”. Todos os entrevistados têm vasta experiência de trabalho com práticas convencionais no SUS e também conhecimento sobre plantas medicinais, adquirido, durante o curso de graduação (“*na faculdade tive as disciplinas de Farmacobotânica, Gnosia e Fitoterapia*”), através do contato com o conhecimento popular de plantas medicinais (“*Meus pais, avós, tios sempre gostaram muito de plantas medicinais, então sempre me aproximei deste tema desde criança*”), através da experiência profissional, leituras, participação em congressos, (“*Vou em todos os eventos e passei um tempo no Núcleo de Fitoterápicos*”), ou ainda, aprendizagem autodidata (“*Eu sou autodidata. Tudo que aprendi, aprendi comigo mesmo. Nunca fiz nenhum curso*”).

Alguns explicitaram os *confrontos* decorrentes deste encontro de saberes e práticas em relação à manutenção do projeto (“*sempre que muda o gestor, tenho que fazer o convencimento para que o projeto seja continuado*”) e o confronto entre os profissionais (“*Tem muito preconceito*”), tendo inclusive, profissionais que associam as plantas medicinais com práticas de populações economicamente empobrecidas (“*Quando começamos a falar das plantas medicinais, nós fomos motivo de chacota porque os próprios colegas de departamento diziam: Rapaz, isto é coisa de quintal,*

*isto não tem uma importância econômica*) e especialmente orientadas para essas populações (*“Acham que somos o profissional dos pobres. Acham que como nossos medicamentos são mais baratos, eles são para pobre”*).

O contínuo confronto cria a necessidade constante de *conversação*, de negociação, de convencimento e de atravessamento das fronteiras, faz com que os coordenadores das Farmácias Vivas estejam frequentemente estressados, como afirmou um coordenador: *“quem vai falar sobre isto, tem que passar confiabilidade, tem que ser um profissional que realmente faça aquilo por paixão, amor, pois o desafio é grande, um leão atrás do outro, que temos que matar”*.

O atravessamento de certas fronteiras torna possível o processo de *hibridização* entre os saberes científicos, populares e tradicionais de plantas medicinais, com a construção de saberes novos. Um exemplo são os estudos de etnofarmacologia, nos quais conhecimentos tradicionais são trazidos para dentro da universidade para que sejam estudados de forma científica. Foi justamente a construção deste conhecimento híbrido que motivou o professor Francisco José de Abreu Matos, idealizador do projeto de Farmácia Viva. Depois de viajar por muitos anos pelo Norte e Nordeste do Brasil, resgatando o conhecimento popular e tradicional de plantas medicinais, ele trouxe este conhecimento para estudá-lo com o aparato científico e depois disponibilizou-o de volta para a população.

Outro exemplo de hibridização são as oficinas de preparação caseira, realizadas nas Farmácias Vivas, nas quais o conhecimento científico de plantas medicinais é passado para a população, que ao mesmo tempo enriquece a oficina com seus conhecimentos populares (*“Nas oficinas juntamos o conhecimento científico e popular”*).

Entretanto, apesar de híbrido, observamos que em relação às plantas medicinais é evidente a *manutenção da singularidade das práticas científicas*, por exemplo, quando se ensina na oficina de preparação caseira apenas o xarope de guaco, que tem embasamento científico e princípio ativo. Então, apesar do xarope caseiro de guaco ser um híbrido, sua produção nas oficinas mantém-no subjugado ao caráter científico. Ocorre, assim, uma perda de conhecimento, empobrecimento da experiência e potencialidade terapêutica, bem como, a *imposição* do saber científico em relação aos outros saberes de plantas medicinais.

Esta é uma contradição importante observada no discurso de alguns entrevistados que defendem a implementação do uso de plantas medicinais e

fitoterápicos, ao mesmo tempo em que afirmam que “*o uso tradicional e popular deve ser validado pelo científico*”. Reproduzindo essa incongruência, reforçam a hegemonia científica, enfraquecem os movimentos de contra hegemonia associados às práticas não biomédicas no campo da saúde e participam do processo de invisibilização de saberes que não cabem no modelo convencional da ciência.

A superioridade do saber biomédico sobre o popular está *crystalizada e naturalizada* em seus discursos, pois apesar da hegemonia científica ter sido socialmente construída, ela é narrada como algo inquestionável e imutável tornando-se praticamente um *fetich*e (“*Sem estudo científico não podemos saber se tem eficácia ou segurança*”).

Por outro lado, os coordenadores das Farmácias Vivas declaram-se motivados para prosseguir seu trabalho pela defesa: do menor custo dos tratamentos; acesso, eficácia e segurança das plantas medicinais; desmedicalização da população; resgate cultural; conscientização ambiental e da possibilidade de através das plantas medicinais ajudar às pessoas.

Eles colocam-se na linha de frente pela disseminação das plantas medicinais no SUS, dando destaque especial à sua eficácia (“*Resolveria 60% dos problemas de saúde*”) e sua baixa toxicidade (“*Evita justamente o aparecimento de eventos adversos, pois se usa uma quantidade pequena da substância, que em sinergia com outras substâncias presentes vão ter efeito, sem trazer prejuízo à saúde*”). A menor toxicidade das plantas medicinais em relação ao medicamento sintético foi bastante enfatizada e muitos entrevistados trouxeram experiências pessoais de cura com menos efeitos adversos através do uso da fitoterapia. A menor toxicidade se deve a presença dos fitocomplexos nas plantas medicinais, que são conjuntos dos metabólitos primários e secundários com ação terapêutica. Como são conjuntos de substâncias que agem em sinergia, não há necessidade de uma grande concentração de nenhuma destas substâncias e, portanto, como sabemos que a toxicidade tem uma estrita ligação com a dose, no geral, as plantas medicinais têm um perfil de toxicidade melhor que os medicamentos sintéticos.

Estas evidências põem em dúvida as afirmativas sobre a limitada eficácia das plantas medicinais e, também trazem para a discussão, a grande toxicidade dos medicamentos sintéticos, indicando novos caminhos para tratamentos mais suaves. Muitos entrevistados, por exemplo, citaram a substituição de medicamentos calmantes de tarja preta por preparações fitoterápicas, como elixir de cidreira (*Lippia*

*alba*), ou ainda a substituição do omeprazol pela espinheira santa (*Maytenus illicifolia*), justificadas, respectivamente, pela eficácia destas plantas medicinais e menor toxicidade. Os coordenadores consideram que a substituição do medicamento sintético pelas plantas medicinais é um benefício a todos, pelo fato delas serem naturais e não sintéticas e, conseqüentemente, menos danosas à saúde (“Nós podemos utilizar algo que não é sintético, é natural / O mais importante é que por ser natural, é mais saudável”).

O natural tem como diferencial a presença da energia vital, que também promove a cura (“Apesar da fitoterapia ser também alopática, de uma certa forma ela tem mais vida, [porque] vem dos vegetais que tem a energia vital deles. Isto faz uma grande diferença”). O conceito de natural utilizado pelos entrevistados remete a um regaste do contato com a natureza, como uma alternativa à realidade extremamente urbanizada e industrial em que vivemos. Entretanto, também é enfatizado o engano da relação: “natural não faz mal”, pois nas entrevistas foram feitas alertas sobre o fato de que existem plantas extremamente tóxicas, o que enfatiza a importância da promoção do uso correto e racional das plantas medicinais.

A motivação para a utilização de plantas medicinais e fitoterápicos pelos entrevistados se deve, também, à redução de custos de tratamento (“o preço é bem mais baixo que um medicamento de laboratório”). Este baixo custo beneficia o sistema de saúde, pois a manutenção de uma horta medicinal não tem um preço elevado e é possível tratar muitas doenças com as plantas *in natura*. Os fitoterápicos manipulados nas oficinas farmacêuticas (locais de manipulação das Farmácias Vivas), por sua vez, têm um custo menor que os produzidos em farmácias de manipulação e indústria farmacêutica, o que se pode observar na Tabela 1, que apresenta proporções que se mantêm no momento atual, embora os valores estejam defasados.

*Tabela 1- Comparação entre o preço (R\$) dos medicamentos fitoterápicos industrializados, preparados na farmácia magistral e na oficina farmacêutica.*

<b>Nome científico</b>	<b>Industrializado</b>	<b>Farmácia magistral</b>	<b>Oficina farmacêutica</b>
<i>Cynara scolymus</i>	R\$30,00	R\$8,00	R\$4,00
<i>Schinus terebentifolius gel ginecológico</i>	R\$55,00	R\$38,00	R\$17,25
<i>Rhamnus pursiana</i>	R\$58,00	R\$10,50	R\$4,30
<i>Harpagophytum procubens</i>	Não possui	R\$14,00	R\$5,00
<i>Glicine max</i>	R\$47,80	R\$13,50	R\$7,00
<i>Uncaria tomentosa</i>	Não possui	R\$13,00	R\$2,40
<i>Mikania glomerata</i>	R\$16,50	R\$10,20	R\$3,25
<i>Maytenus illicifolia</i>	R\$22,69	R\$14,00	R\$3,50

Fonte: CAMARGO, 2010 (88)

A substituição de medicamentos sintéticos por plantas medicinais resultaria, então, em uma diminuição dos custos em saúde. Um entrevistado afirmou que esta economia poderia, ainda, evitar a falta de medicamentos na rede, representando uma contribuição importante para o acesso da população ao tratamento (*“Ao invés do gestor gastar um mundo de dinheiro com um medicamento sintético, por que não usar um fitoterápico? Pois tendo condição de comprar o fitoterápico a população será abastecida e não haverá problema de falta”*). Os usuários seriam beneficiados porque poderiam obter as plantas nos serviços de saúde e plantá-las em sua casa (*“É fácil de ser cultivado. Até na sua casa você pode cultivar”*), modificando uma possível relação de dependência dos usuários com os serviços de saúde e contribuindo para reduzir a sobrecarga da atenção primária. Além disso, promoveria o autocuidado com plantas medicinais, possibilitando maior autonomia da população sobre o processo de saúde-doença-cuidado (*“Tenho a imagem das plantas medicinais como princípio de autocuidado”*) e certa desmedicalização da população, reduzindo o consumo de medicamentos sintéticos e seus efeitos adversos (*“Acho que a população é muito medicalizada sem necessidade”*). Neste processo, também haveria o resgate de conhecimentos populares e tradicionais que estão sendo perdidos ou invisibilizados por diferentes motivos.

Outra contribuição da adoção das plantas medicinais no SUS, segundo os entrevistados, seria a geração de empregos através da Farmácia Viva, já que a participação de agricultores familiares na cadeia produtiva de plantas medicinais é bastante viável. Este movimento poderia fixar ou retornar ao campo as populações expulsas pelo agronegócio, possibilitando uma vida melhor (*“Fixa o agricultor no campo. E hoje o pequeno agricultor está nas cidades, nas favelas, nos ambientes degradantes da cidade, perdendo seu contato com a terra”*).

Para alguns entrevistados a reaproximação dos agricultores e suas famílias com o campo poderia contribuir para a construção de um mundo melhor, uma vez que, as plantas medicinais trazem um potencial de transformação da consciência ecológica (*“É uma possibilidade de salvar a planeta”/ “Penso que as plantas medicinais permitem vários elos na cadeia que promovem socialmente a comunidade: na área da saúde, educação, da agricultura, bem-estar social”*), além de *“Incentivar as pessoas a cuidar do meio ambiente.”* porque *“Para produzir planta medicinal, você tem que ter qualidade de solo, qualidade de ar, não podemos usar pesticidas.”*

Os coordenadores de Farmácias Vivas se sentem bem em trabalhar com as plantas medicinais, em orientar a população e realizar, assim, a sua missão de vida (*“Gosto muito de ensinar sobre as plantas medicinais e de ouvir as pessoas que utilizam as plantas medicinais, de lidar com a população, usuários de plantas medicinais. (...). Ajudar as pessoas*). Possivelmente, essa satisfação com o trabalho é o que os fortalece para seguirem trabalhando nas fronteiras, co-habitando mundos diferentes e negociando significados entre o conhecimento biomédico, popular e tradicional das plantas medicinais.

Conclusivamente, os coordenadores de Farmácias Vivas são trabalhadores de fronteiras, que habitam mundos diferentes, negociam significados entre conhecimentos distintos, cruzam fronteiras e agem como pontes entre saberes e experiências. Eles defendem a ampliação das Farmácias Vivas no SUS, no entanto operam garantindo maior significância e reconhecimento às práticas científicas sobre as populares e tradicionais das plantas medicinais. Explicitar as bases dessa contradição apresentada pelos coordenadores entrevistados é uma das contribuições dessa tese para a aprendizagem e transformação nas fronteiras dos profissionais que fazem a gestão de serviços com práticas integrativas e complementares no SUS.

## CAPÍTULO 4. FRONTEIRAS EPISTEMOLÓGICAS, SOCIAIS E COGNITIVAS DA IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DAS FARMÁCIAS VIVAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A suposição epistemológica da biomedicina se baseia na ideia de que todas as doenças são geradas materialmente por agentes etiológicos específicos como bactéria, vírus, parasitas, má-formações genéticas, ou desequilíbrios químicos internos (89). Para construir, suportar e reproduzir esta suposição, os agentes da biomedicina desenvolveram uma racionalidade baseada nos discursos e práticas da objetividade, determinismo, universalismo, lógica, controle, medida e dedução (89, 90; ROSENBERG, 1992, FOUCAULT, 1994 citados por 53).

As bases dessa racionalidade expressam um reducionismo que resulta na divisão corpo-mente, na visão do corpo em partes e na especialização de profissionais em cada pequena parte específica. Esse território é formado por uma lista de métodos científicos aceitos para estabelecer relações causais, os quais também mantêm as relações de poder no campo das pesquisas acadêmicas (91). Mais recentemente, foi desenvolvida, no interior da racionalidade biomédica, a retórica da Medicina Baseada em Evidência que considera que a evidência é a maneira de comprovação de efetividade e segurança, desde que, equivalha à esfera dos sinais e sintomas biológicos explorados por trabalhos científicos, que em geral, focam nos “problemas” investigados e não nas pessoas (47, 92).

Muitos destes princípios da biomedicina não são compatíveis com as bases epistemológicas dos conhecimentos populares<sup>1</sup> e tradicionais<sup>2</sup> das plantas medicinais, as quais enfatizam uma perspectiva holística que reconhece as pessoas como uma totalidade inseparável formada pelas dimensões sociais, psíquicas e biológicas (93). Além disto, faz parte dos princípios desses saberes: individualidade, subjetividade,

---

<sup>1</sup>O uso popular é, segundo Junior e Sacramento (61), “a tradição de uso doméstico e comunitário de plantas medicinais, transmitida oralmente em cada realidade local, de geração para geração. Todo território ou unidade de saúde pode identificar com facilidade, na comunidade, aquelas pessoas que detêm conhecimentos familiares quanto aos tratamentos com plantas medicinais e alguns de seus derivados caseiros”.

<sup>2</sup> Segundo Junior e Sacramento (61), “Ao contrário da vertente popular, a fitoterapia tradicional na maioria das vezes conta com registro escrito de sua prática, que, a depender de sua origem, já existe há décadas, séculos ou mesmo milênios. Mas o que a delimita mesmo como matriz para a fitoterapia, é o fato de não ser praticada de forma isolada, como simples recurso ou método terapêutico, porém sempre “acoplada” a um contexto, integrante de “sistemas médicos” originários de culturas peculiares, ou, como chamamos hoje no Brasil, de diferentes racionalidades médicas”

autocuidado, equilíbrio e prevenção (7, 89, MICOZZI, 2001; NORTHCOTT, 1994 citado por 53).

Ao considerar estes paradigmas diferentes identifica-se que não há maneira de hierarquizá-los para determinar qual é o mais adequado ou útil. Como seus vocabulários e métodos são baseados em diferentes conceitos, cada um reflete uma perspectiva diferente do mundo. Entretanto, na contemporaneidade, existe uma assimetria, hierarquia de poder e *fronteiras epistemológicas* entre esses paradigmas. Estas fronteiras demarcam os axiomas normativos e teorias nas quais as práticas são baseadas, estabelecendo a validade, limite das práticas, os “conhecimentos verdadeiros” e os “conhecimentos falsos” (7).

Alguns autores previram que um gradual processo de modernização e a forte demarcação das fronteiras epistemológicas no campo da saúde provocaria, eventualmente, o abandono de práticas médicas tradicionais e não científicas (94, 95). FARGE (96) descreveu o uso do recurso do sistema tradicional de saúde pelos mexicanos como um indicador de baixa aculturação na moderna e hegemônica sociedade americana; enquanto MILLER (97) discutiu o enfraquecimento das crenças tradicionais sobre saúde na medicina não ocidental como uma demonstração de aculturação bem-sucedida à sociedade.

No contexto das Farmácias Vivas, apesar dos coordenadores terem enfatizado a importância do resgate do conhecimento popular (“*é importante não deixar perder este conhecimento popular, especialmente nos centros urbanos*”), do conhecimento tradicional de plantas medicinais (“*Índios e quilombolas para mim representam as plantas medicinais*”) e da dimensão místico-energética<sup>3</sup> (“*Se você está com uma dor física, você quer tirar aquela dor, mas temos também as dores da alma, como a população diz*”), observamos que em seus discursos também estão presentes as *fronteiras epistemológicas*.

Para alguns deles, apenas o conhecimento científico de plantas medicinais é “verdadeiro” e os conhecimentos populares e tradicionais são “falsos”, de forma que, os conhecedores populares como os raizeiros devem ser subordinados aos profissionais biomédicos (“*Achar que a fitoterapia é só aquilo lá, popular e energética, isto faz com que a fitoterapia possa ser desacreditada*”/“*As pessoas já utilizam as*

---

<sup>3</sup>A dimensão místico-energética das plantas medicinais se refere a concepção de que a planta atua não através das substâncias químicas, mas sim, através da sua energia, sendo assim utilizadas dentro das Racionalidades Médicas da Medicina Homeopática e Medicina Tradicional Chinesa e em rituais religiosos.

*plantas, mesmo sem saber a dose certa. Cabe a nós darmos a segurança”/ “O uso popular muitas vezes pode ser um modismo temporário. Então temos plantas que estão surgindo aí na mídia, nas redes sociais”/“Muitas vezes tem falas do conhecimento popular que não são corretas, que vão muito do mercado mesmo, de colocar aquelas plantas que curam tudo, que é um perigo”/ “Quando se coloca nesta balança de validação científica, aí sim você separa as informações erradas”/ “Eu acho que é muito prudente nós fazermos os ensaios clínicos, porque as vezes teremos respostas que não são confiáveis, que vieram do uso tradicional”).*

O uso popular está associado também a erros de identificação e de utilização das plantas medicinais (*“Já aconteceu de ir em uma feira, onde vendia espinheira santa e vi que aquela folha não era maytenus nunca”*), mostrando que isto gera uma desconfiança em relação ao conhecimento popular de plantas medicinais,

*“Cheguei em uma banca de uma senhora que conheço que vende plantas in natura, aí peguei um ramo de uma planta que não era algodoeiro, senti o cheiro, e aí fiz a pergunta: A senhora tem folha de algodoeiro aí? Ela disse: Tem sim meu filho, mas não é está aí que você está pegando não. É está aqui e aí apontou para a planta certa. Ocorreu uma coisa positiva, mas e quando não acontece?”*

O discurso utilizado para subordinar e controlar os conhecimentos não científicos é o *discurso do risco*, de que a população estará em perigo caso esses conhecimentos sejam utilizados (*“Como trabalhamos com pessoas e com vida, tem que tomar cuidado para que o popular não se sobressaia em relação ao científico, você pode acabar acarretando efeitos maléficos”/ “Se só passar mal, beleza, mas e se a pessoa for a óbito? Você vai ter que responder por isto, é complicado”*), e o discurso da necessidade de garantir a segurança pública (*“A gente não está mais falando da pessoa, estamos falando de município, saúde pública, então tem que tomar este cuidado”*). Dentro dessa lógica de risco, os pacientes são considerados como vítimas potenciais que não podem julgar por si mesmos (*“Ela sempre vai querer ouvir informação sobre o uso de uma planta, se ela ver que aquilo é natural, ela vai querer usar, não está nem aí para os riscos”*) e podem ser enganados por praticantes não biomédicos, e portanto, precisam de proteção, reiterando o documento da Associação Médica de Israel (IMA) que afirma que aqueles que trabalham com plantas medicinais

e não são profissionais biomédicos “iludem” o público com suas promessas de cuidado e cura, causando danos pela demora do paciente em receber o tratamento biomédico apropriado (98).

Interessante perceber que, se de um lado, temos a desconfiança em relação ao conhecimento popular, de outro, temos a certeza e total confiança no conhecimento científico (“*Tem que ter estudo científico, para comprovar a eficácia*”), confirmando assim, o processo de fetiche em relação ao conhecimento científico descrito no Capítulo 3 desta tese. Um dos entrevistados sintetizou, de maneira clara, esse discurso regular entre os participantes, afirmando que vê “*muitos problemas com uso tradicional de plantas, considerando forma de preparo, dose, tempo de uso, perfil do usuário da planta*”. O sentido dessa afirmação também está associado à noção de “conhecimento verdadeiro”, que é reafirmado com superdimensionamento dos danos causados pelo uso popular de plantas medicinais. Parece que se trata de uma estratégia, possivelmente reproduzida de maneira inconsciente, para manter o conhecimento popular subordinado ao científico, pois eles sabem da grande toxicidade dos medicamentos sintéticos e não aprofundam esse debate, o que realmente sugere que se trata de um mecanismo utilizado para a manutenção da hegemonia do conhecimento científico e biomédico.

Creemos na possibilidade de se tratar de uma reprodução, fruto da formação acadêmica realizada nos moldes da racionalidade hegemônica e da naturalização e cristalização destes princípios, conforme descrito no Capítulo 3. Isto porque todos os coordenadores debateram sobre a importância do resgate do uso popular e tradicional para o empoderamento da população. Para os entrevistados esse resgate traz autonomia para a realização de autocuidado com plantas medicinais (“*Precisa “empoderar” a população para ela não perder este conhecimento popular*”) e traz confiança para desencadear uma reflexão sobre o conceito vigente de que apenas o médico tem o conhecimento em saúde e que a população é ignorante e, por isso, deve ser orientada por ele. Este empoderamento geraria também, uma diminuição da demanda no sistema de saúde (“*Antigamente se tratava febre de criança em casa com chá e banho morno, não tinha que sair correndo para o hospital*”), gerando um “desafogamento” do sistema, fazendo com que se torne mais efetivo e também com que tenha menores gastos. Além disto, este resgate está vinculado a um desejo de valorizar conhecimentos antigos (“*Desde o tempo dos romanos, das guerras, dos vikings, e dos índios, não tinham medicamentos, os medicamentos eram as plantas*

*medicinais*”), realizando assim um contato com a história e, também, com a ideia de que antigamente as plantas medicinais eram o único tratamento disponível e por isso devem funcionar. Além disso, o resgate foi associado à necessidade do reconhecimento dos saberes indígenas (*“É uma coisa que vem de gerações e gerações muito antigas e aí o próprio uso já separou o joio do trigo, já separou o que é bom e o que não é”/ “Me emociona tanto isso, o respeito que os índios têm pela natureza. É o que nós não temos. Estou querendo caminhar para isto”*).

Mesmo o uso místico-energético das plantas medicinais foi valorizado pelos entrevistados, pois reconhecem que foi assim que as doenças eram tratadas antigamente (*“É válido, pois tudo começou daí”*) e que também é importante considerar que a atuação das plantas medicinais não se dá apenas pelo princípio ativo (*“As plantas não são só química”*), mas também, através de sua energia, pois,

*“A planta tem o estado material que é palpável, mensurável, quantificável, a química, mas tem aquilo que nós não conseguimos perceber, devido à nossa ignorância. Mas o fato de não percebermos não significa que não exista, só que não temos acesso por enquanto. Os nossos instrumentos são acanhados, mas um dia vamos superar isto e ter olhos para ver o que não vemos hoje”*.

No entanto, o conhecimento místico-energético de plantas medicinais é ainda mais desvalorizado pelos coordenadores que o conhecimento popular e tradicional. Associam um menor valor para ele, inclusive fazendo relações com o campo das práticas religiosas (*“Não sei se a indicação das plantas medicinais pelos espíritas está certa ou não. Mas, ele era um estudioso, uma das vertentes era o espiritismo, mas buscava livro, literatura, títulos, tudo assim muito correto”*), e associando-o a algo “atrasado e ultrapassado” (*“Acho que já passou esta época, já melhorou bastante. São as mais idosas que falavam que tinha curandeira e sei lá mais o que, mas a população que usa no geral não fala mais”*). Para diferentes coordenadores, a importância do conhecimento místico-energético das plantas está no fato apenas dele fornecer matéria prima para a realização de estudos científicos (*“A ciência poderia utilizar mais deste conhecimento para fazer pesquisa, tanto de forma observacional, como pesquisas em animais e seres humanos”/ “A parte mística tem um fundamento, até onde age no sistema nervoso central aquilo que eles estão*

*usando de forma mística?"/ "Por que estão usando isto num ritual místico? Isto tudo deve ser pesquisado e ter um fundamento".)*

Quando questionados sobre a inclusão da atuação energética das plantas medicinais no dia a dia de trabalho, os entrevistados relataram que não incluem (*"Não, a gente nem fala sobre esta questão de energia das plantas. Isto é uma postura minha, pessoal"*), porque não é possível ainda trabalhar com esta abordagem (*"Não dá para trabalhar com esta abordagem espiritual dentro de um serviço como o nosso. É bem complicado"*), já que esta visão não está muito disseminada na sociedade materialista que não considera as questões energéticas (*"A sociedade não estimula este olhar, não tem olhos"/ "Hoje o conceito é que a planta age apenas no corpo físico porque esta sociedade consumista e capitalista foi perdendo a espiritualidade/ "Ninguém nunca tocou nisto na sala de aula ou na minha família"*). Também, porque isto poderia confundir o paciente (*"Mas ainda acho que se for falar sobre isto no sistema público, vai causar confusão na cabeça do povo, pois as pessoas não conseguem diferenciar etnobotânica, etnofarmacologia, religiosidade"*). Entretanto, alguns se referem que já encontraram usos de plantas medicinais diferentes do científico (*"Ele usava tintura de boldo para paciente com depressão, e eu perguntei por que, e ele me disse, pela questão energética"*).

É importante destacar que houve um avanço em relação à validação do conhecimento tradicional, com a introdução do conceito de produtos tradicionais fitoterápicos. Em 2014, foi publicada a Resolução 26/ 2014 que estabelece que os produtos tradicionais fitoterápicos são aqueles

*"Obtidos com emprego exclusivo de matérias-primas ativas vegetais, cuja segurança e efetividade sejam baseadas em dados de uso seguro e efetivo por no mínimo 30 anos, publicados na literatura técnico-científica, e que sejam concebidos para serem utilizados sem a vigilância de um médico para fins de diagnóstico, de prescrição ou de monitorização".*

(99)

Desta forma, estes produtos não precisam mais passar pelas pesquisas pré-clínicas e clínicas preconizadas pela ciência para que possam ter a sua eficácia e segurança comprovadas, bastando a comprovação de uso, sendo inclusive uma prática adotada pelos coordenadores entrevistados, como mostra o trecho que segue:

*“No nosso formulário nós incluímos inúmeras preparações que são de uso etno-farmacológico, uso tradicional da nossa comunidade, que a comunidade já utiliza há muito tempo e que há relatos suficientes que comprovem a eficácia e segurança da preparação. Independente de ter estudo científico”.*

*“Há plantas que em função de seu histórico químico, não oferecem riscos efetivos a saúde, ou apenas de forma minimizada, plantas utilizadas na alimentação por exemplo, milenarmente, secularmente, então isto me parece desnecessário um estudo clínico”.*

Mas esta legislação gera certas dúvidas pois fala em literatura técnico-científica. Então, o que seria a literatura técnico-científica? Será que os conhecedores populares e tradicionais registram seus usos de plantas medicinais na literatura técnico-científica? Uma entrevistada que se apoia na legislação presta esclarecimentos dizendo que esta literatura não precisa ser científica:

*“Não precisa ser na literatura formal, se você pegar um caderno de um médico que prescreveu por 30 anos a tiririca e ele tem ali todos os retornos, anamnese do paciente, que houve efeito terapêutico, que não houve efeito colateral, ou que foi detectado efeito colateral e ele colocou qual foi, este material pode ser utilizado para comprovar a tradicionalidade”.*

Portanto, parecem operar nos discursos e práticas de coordenadores de Farmácias Vivas, *fronteiras epistemológicas* que perpetuam a hegemonia do conhecimento científico, ao considerá-lo como único “saber verdadeiro”, em detrimento dos “falsos” conhecimentos populares, tradicionais e místico-energéticos das plantas medicinais, confirmando o processo de imposição do saber científico em relação aos outros saberes, referido no Capítulo 3.

Para que esta hegemonia se mantenha é necessário também, controlar, monitorar, diferenciar e restringir atores portadores dos conhecimentos não científicos, pois “o controle do conhecimento depende do controle do sujeito que sabe” (LARSON, 1990. p. 32 citado por 44). É bastante criticado o fato de conhecedores populares

venderem as plantas medicinais e ganharem dinheiro com isso, colocando-os na posição de “proveitadores”. Entretanto, o lucro da indústria farmacêutica é muito maior e ela raramente é associada ao estereótipo de “proveitadora”. Mas, por que ocorre essa associação? Será que os conhecimentos científicos são mesmo inquestionáveis e que os cientistas estão certos? A própria ciência mostra que não, pois a cada dia “verdades” científicas são derrubadas por outras “verdades” temporárias. Todavia, a ciência continua sendo o árbitro da verdade e, portanto, é necessária uma reflexão sobre a construção destes estereótipos que não traduzem a realidade e operam como mais um mecanismo para a manutenção da inferioridade do conhecimento popular e tradicional.

O que colabora com a manutenção do lugar privilegiado da ciência é parte do debate entorno das *fronteiras sociais* que definem quais são os grupos possuidores destes saberes verdadeiros, os profissionais de dentro, legítimos, e quais são os profissionais de fora, ilegítimos, “praticantes de pseudociência”, “desviantes” ou “amadores” (7, 47, 53, 54). Os herdeiros da supremacia epistemológica da medicina científica, profissionais de diferentes carreiras biomédicas, têm acesso aos valores “verdadeiros” da ciência e podem estabelecer os padrões para a verdade médica. (“*E quando a pessoa vem aqui com algum problema, eu digo: Não, vá ao médico primeiro. Não pode uma pessoa chegar e a gente dizer a Farmácia Viva aqui vai resolver*”).

Os profissionais das práticas populares e tradicionais são apresentados como inferiores, menos importantes que os praticantes da biomedicina. Isto faz com que haja acesso e distribuição desiguais de oportunidades sociais (materiais e não materiais) para estes grupos (47, 100). Dessa forma, os profissionais do saber popular, como os raizeiros e benzedeiros estão fora das Farmácias Vivas, apesar de serem grandes conhecedores das plantas medicinais (“*Não, não tem parceria com raizeiros e conhecedores populares*”), porque seu conhecimento é considerado não verdadeiro, não válido (“*Às vezes quem está vendendo é um raizeiro ou comerciante de ervas, e não tem noção que está comprando de alguém e passando errado*”).

Entretanto, em uma Farmácia Viva foi relatada esta parceria:

*“Nós conhecemos vários raizeiros que colaboram conosco, trazem as suas plantas, levam nossas plantas para eles, trazem informação, conhecimento, levam conhecimento e contribuem com o Formulário de plantas medicinais. Existe até um encontro chamado Encontro de Mateiros”.*

Nas outras Farmácias não se desenvolve essa relação e a perspectiva dos coordenadores é a de que a solução proposta para gerenciar a ação dos raizeiros é a educação (*“A educação em saúde aí é algo que precisamos pensar no Brasil urgente”*), em um formato que mais parece uma catequização ou doutrinação científica. Trata-se mais da tentativa de ensinar ao raizeiro o uso “correto” de plantas medicinais, do que propriamente uma educação libertadora e conscientizadora. Por isso, essa ação educativa deve estar associada à fiscalização (*“Quem fiscaliza isto? Mas, os problemas da fitoterapia da feira, não sabemos resolver este problema?”*) *“Se a Pastoral quer fazer uma reunião, ou ensinar a fazer um xarope em casa ou qualquer coisa, eles fazem escondido”*) e associada à validação deste saber pelo conhecimento científico (*“Eu acho que isto está sendo levado adiante, esta validação do uso popular. Isto é bom”*).

É como se perigos e riscos não ocorressem dentro da biomedicina (44). Além disso, esta preocupação de risco é apenas de superfície, que foca no nível de treinamento e tipo de qualificações obtido pelos profissionais informais para garantir o discurso de competência do conhecimento biomédico. Mais abaixo da superfície esse discurso trabalha para afirmar, proteger e defender a legitimidade do especialista biomédico (101). Assim, através da chamada de atenção aos riscos e perigos no uso da medicina não científica, o discurso biomédico posiciona práticas e praticantes populares e tradicionais fora da zona biomédica legítima (47).

Esta marginalização é justificada pela ausência de provas científicas da efetividade e segurança, estabelecendo assim, o controle por meio de *fronteiras cognitivas*, as quais definem os tipos de construção de conhecimentos e práticas legítimos. Atribuem, dessa maneira, às evidências de efetividade e segurança, obtidas por pesquisas científicas, de preferência controladas e randomizadas, como o único árbitro da eficácia e segurança de uma terapia (7,47).

A pergunta *“Isto é Ciência?”* é fundamental pois, possibilita ao discurso biomédico e científico subordinar formas alternativas não biomédicas ou se diferenciar delas. Assim, qualquer explicação que não atenda o que a biomedicina define como evidência não pode ser válida e é apenas pseudociência (102, 103). Por isso, as plantas medicinais devem abordar este tipo de produção de saber para reivindicar sua própria legitimidade (*“temos que fazer mais pesquisas científicas, ter maior investimento para realizá-las na área de plantas medicinais”*)/*“Acho que sim, tem que*

*ter estudos científicos. É necessário estudo clínico”/ “Quando você prova algo cientificamente, como funciona, é mais fácil também da população aceitar”)* e para não serem posicionadas como medicina inadequada, não científica, pseudociência, moralmente contaminada, pois “não há provas aceitáveis da efetividade das plantas medicinais que não sejam as evidências científicas” (31, 47, 104).

Entretanto, sabe-se que muitas intervenções médicas não foram submetidas às pesquisas clínicas randomizadas, como algumas terapias cognitivas do campo da psiquiatria (105-107). Nestes casos, a eficácia e segurança são avaliadas pela evidência clínica e experiência, demonstrando, portanto, que há diferentes abordagens para a validação (54). Porém, não é considerada a comprovação pela experiência de adoecimento e tratamento do paciente, pois estes são eventos secundários na biomedicina, porque a satisfação com o tratamento médico não atesta o valor profissional do método (*“É diferente a minha avó falar que o chá é bom para dor de barriga, e uma pessoa que pesquisou dizer que tantas pessoas tomaram e foi eficaz”*).

A colocação das plantas medicinais sob o controle da biomedicina pode ser compreendida como uma *domesticação*, que é um processo através do qual o estranho é feito familiar e palatável para o gosto local. As novas formas híbridas que são construídas no processo, resumem a essência da cultura anfitriã, representando o que ela deseja, junto com o que ela não pode desistir (7, 31, 108).

A domesticação é realizada através de *mecanismos isomórficos* (109), que possibilitam o uso de conceitos de um paradigma para o outro, ou seja, permitem a utilização de conceitos científicos e biomédicos para os conhecimentos populares, tradicionais e místico-energéticos de plantas medicinais. Dentre os mecanismos isomórficos podemos citar: I) a exigência de especialização por parte de profissionais não biomédicos em campos específicos da prática biomédica; II) necessidade de realização de testes padrão e a análise de resultados de exames de acordo com o conceito biomédico; III) a biotecnologização, exemplificada pelo fato das plantas medicinais serem prioritariamente disponibilizadas na forma de medicamentos fitoterápicos, envolvendo uma grande tecnologia, inclusive de nanopartículas (*“Aqui a população não vê um chá como uma coisa bacana, pois precisa de tempo para preparar. Preferem uma cápsula, ampola, xarope, tintura, pois é mais fácil de usar, pode colocar na bolsa”*); IV) a linguagem científica utilizada para a referência às plantas medicinais pelos conhecedores populares evidenciando, assim, que foram

incorporados conceitos do saber científico por eles, inclusive presente na fala de um dos entrevistados desta pesquisa; V) a necessidade da validação do conhecimento popular, tradicional e místico-energético pelo conhecimento científico (“*acho prudente validar o conhecimento tradicional*” / “*Para separar o joio do trigo*”), o que faz com que em centros de pesquisa ao redor do mundo, as plantas medicinais sejam objeto de pesquisa básica e clínica, com toda a infraestrutura, equipe e recursos que necessita (KNORR CETINA, 2005 citado por 29). A tentativa é encaixá-las na medicina baseada em evidência, fazendo-as mais aceitáveis culturalmente, assim como, menos exóticas e desafiadoras culturalmente para a biomedicina (7, 108)

Tudo isso faz com que ocorra uma grande perda e empobrecimento de experiência, juntamente com a diminuição da potencialidade terapêutica das plantas medicinais. Cria-se assim, uma forma híbrida de conhecimento, que mantém a hegemonia científica e adapta os outros paradigmas ao seu paradigma. Assim, a domesticação não implica em legitimação do pluralismo, não se trata de uma integração de saberes, como se poderia pensar. Não implica em uma legitimação dos conhecimentos populares, tradicionais, místicos-energéticos de plantas medicinais, mas, pelo contrário, a extinção das diferenças originais e a criação de um falso contexto de cultura comum (110).

Diferentes autores escreveram sobre os problemas de tentar estudar o que é tipicamente holístico, relacional, multifacetado e individualizado, através de pesquisas randomizadas controladas ou estudos laboratoriais de foco reducionista (111-116). Foi proposto que ao invés de uma hierarquia de evidência, em que há apenas um jeito que é o científico, possa-se ter um mosaico que incorporaria evidências para responder diferentes questões de pesquisa, usando metodologias apropriadas (117), valorizando, assim, a diversidade do conhecimento e de diferentes perspectivas, mantendo a qualidade e a segurança da prática (118; 119).

FASSIN e FASSIN (120) assumem que ao invés de existir apenas a legitimidade racional-legal-científica, existem também a legitimidade carismática e tradicional. No Senegal, a legitimidade carismática tem sido atribuída a profetas do começo do século XX e se refere em menor escala a alguns *marabouts*, especialmente *kahfes chenfes* e *muqqadams*. A legitimidade tradicional é atribuída à maioria dos curadores (herbalistas, feiticeiros, a maioria *marabouts*), que garante que eles sejam respeitados e consultados por pessoas de todas as condições sociais.

Já o reconhecimento racional-legal-científico é atribuído aos praticantes oficiais (médicos, enfermeiras, farmacêuticas).

As medicinas tradicionais entraram em um processo de legitimação oficial para eliminar os charlatões. Mas esta ideia em si, já carrega a negação paradoxal da legitimidade tradicional, pois ao mesmo tempo que se busca uma legitimidade tradicional, continua-se considerando como válido e correto apenas o reconhecimento oficial, entendendo que a habilitação da medicina tradicional implica na sua institucionalização (120). Fica bem claro, nesse processo, a hegemonia do paradigma científico em relação a outros paradigmas, porque, apesar de haver confronto entre os paradigmas nas fronteiras, o paradigma científico ao invés de se ajustar, de alterar e se abrir a novos modelos, permanece rígido, pois as organizações que têm os benefícios da legitimidade epistemológica, assim como poder social e político, têm grande interesse em manter o controle (121, 122).

Os grupos com maior poder social e interesse em manter seus benefícios operam fronteiras epistemológicas, sociais e cognitivas na área de plantas medicinais. As fronteiras epistemológicas estabelecem que o conhecimento científico e biomédico de plantas medicinais é o único verdadeiro, em detrimento dos conhecimentos populares, tradicionais e energéticos de plantas medicinais. Esta hierarquia e assimetria são mantidas pela presença das fronteiras sociais que estabelecem que os profissionais da biomedicina são os únicos portadores da “verdade”, excluindo assim, conhecedores tradicionais e populares ao defini-los como inferiores e menos importantes. A justificativa para esta classificação baseia-se no discurso do risco, ao qual a população está sujeita quando tem acesso aos conhecimentos populares e tradicionais, porque não existem provas científicas que comprovem a eficácia e a segurança destes saberes. Assim, através das fronteiras cognitivas apenas a ciência pode fornecer evidências confiáveis, porque é a única que desenvolve pesquisas clínicas randomizadas e, portanto, para que as plantas medicinais sejam aceitas como medicina verdadeira, devem se submeter à ciência e seu processo de domesticação. Entretanto, estudar o que é holístico, cultural e multifacetado, através de pesquisas científicas positivistas, gera empobrecimento de experiência e da potencialidade terapêutica das plantas medicinais.

## **CAPÍTULO 5. FRONTEIRAS ORGANIZACIONAIS, PROFISSIONAIS E DE AUTORIDADE NA IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DAS FARMÁCIAS VIVAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

As *fronteiras organizacionais* que estabelecem os papéis e a forma de organização nas instituições de saúde e determinam quem está dentro e quem está fora destas instituições (7,123) foram relaxadas nas últimas décadas em relação às PIC, possibilitando a *inclusão* de plantas medicinais em territórios que eram vistos como de domínio exclusivo da biomedicina. Entretanto, ainda se observa um processo de *marginalização* porque as *fronteiras* continuam condicionando a utilização das plantas medicinais à falta do medicamento sintético e considerando uma limitada abrangência terapêutica. Além disso, as fronteiras organizacionais, ao determinarem os papéis de cada profissional dentro da instituição, atribuem a responsabilidade pela prescrição de plantas medicinais aos médicos, que são profissionais com pouco interesse e quase nenhuma formação sobre o assunto, dificultando sua implantação e implementação no sistema de saúde. Esta atribuição “exclusiva” ao médico delimita um tipo de jurisdição que forma *fronteiras profissionais*, relacionadas ao registro jurídico-legal da posse do título acadêmico, e *fronteiras de autoridade*, associadas à legitimidade socialmente construída e mantida do médico como prescritor.

O processo de inclusão das plantas medicinais no SUS, ocorrido devido ao relaxamento das fronteiras organizacionais, foi facilitado, de acordo com os entrevistados, por alguns fatores. O primeiro deles está associado ao fato dos coordenadores das Farmácias Vivas serem profissionais que já estavam trabalhando dentro do sistema de saúde. Não foi necessária, na maioria das Farmácias Vivas investigadas, a contratação de um novo profissional, mas a alocação destes profissionais para o projeto (“*Eu cheguei no SUS porque fui convidada devido à necessidade de farmacêutico no setor de farmacotécnica do hospital. Na verdade, para trabalhar com medicamento sintético, alopáticos tradicionais, mas aí como eu já tinha histórico de fitoterapia, fui colocada aqui*”).

Um segundo fator foi o interesse, por parte das universidades, em relação aos projetos com plantas medicinais, pois a Farmácia Viva é um campo de pesquisas e estágio para os alunos (“*A universidade tinha esta necessidade dos alunos poderem fazer estágio em indústria e nem todas as indústrias recebiam. Então fez esta parceria*”).

*e deu certo, porque aqui o estagiário vai ter uma infraestrutura parecida com a indústria e todos as etapas de boas práticas”).*

O terceiro fator que facilitou o processo de inclusão de plantas medicinais foi o crescente interesse dos pacientes (*“Ontem ligou uma pessoa querendo saber que planta medicinal se usa para afta. Ela não queria nenhum outro tipo de tratamento”/ “Porque a efetividade terapêutica faz com que a pessoa se encante”/ “95% de resolatividade”/ “O senhor não tem um natural, da Farmácia Viva não?”/ “Este interesse tem a ver com os resultados fantásticos dos colegas que trabalham com os fitoterápicos”/ “Em uma pesquisa feita em 2004 foi verificado que muitas pessoas usavam plantas medicinais/ “Aqui na nossa região os pacientes utilizam as plantas medicinais”).*

O interesse crescente dos pacientes foi associado às questões culturais e ao fato das plantas medicinais e fitoterápicos serem naturais e eficazes. Foi ressaltado que, no Brasil, já existe tradição cultural de uso de plantas medicinais (*“O povo brasileiro tem uma certa tradição do uso de plantas medicinais”/ “E nós viemos dos índios, que utilizam as plantas”/ “Não é algo totalmente estranho”*) e que os pacientes se sentem muito felizes ao conseguir acessar esta tradicionalidade (*“É uma coisa de raiz. Quando a pessoa usa, ela fica feliz de usar aquele medicamento”/ “Eu quero levar a planta porque já estou acostumada”).* As plantas medicinais possibilitam uma aproximação da pessoa com a sua própria história, com a história de sua família, e de sua ancestralidade, relembrando assim formas de cuidado, saberes e pessoas (*“A vó falava do barbatimão e ele está sendo dispensado lá no posto de saúde”),* sentindo desta forma, uma diminuição da distância entre os seus saberes familiares com os saberes das instituições de saúde.

Há uma associação a que se referem pacientes e profissionais entre saúde e natureza, que leva às pessoas a utilizar cada vez mais produtos naturais, inclusive, como forma de resgatar um estilo de vida mais natural e saudável (*“Resgatar a estória de que as pessoas antigamente não adoeciam tanto como agora, pois levavam uma vida mais natural”).* Esta associação também é bastante estimulada por parte da mídia (*“É mídia mesmo, né? O que é legal hoje é você ser natural”),* que valoriza mais os tratamentos do passado em relação aos medicamentosos do presente. Esta visão, muitas vezes é romanceada, uma vez que, antes do advento do medicamento sintético e da indústria farmacêutica, existiam certas doenças como hanseníase e tuberculose cuja cura era improvável.

Registra-se, também, o aumento do interesse das plantas medicinais por profissionais de saúde, principalmente enfermeiros e farmacêuticos. A evidência da ampliação do interesse, para os entrevistados, está na busca dos profissionais pelas capacitações realizadas na Farmácia Viva (*“O curso agora para prescritores teve até briga por vaga. Eram 100 vagas e teve muita disputa”/ “Quando fazemos curso de capacitação em plantas medicinais, grande número de profissionais se interessam”*).

Os enfermeiros e farmacêuticos são as categorias profissionais mais sensíveis às plantas medicinais e os maiores responsáveis por estender esta forma de cuidado à população (*“Os enfermeiros são os que mais apoiam o programa, porque eles têm disciplinas muito ligadas ao ser humano. A enfermagem é muito ligada ao povo, tem uma maior sensibilidade”/ “Farmacêuticos das unidades são nossos interlocutores, grandes divulgadores dos produtos, conversam com os profissionais, pedem informações para nós, trazem questionamentos, é o grande profissional para nós”*).

Em relação aos médicos, foi relatado que são poucos os que preferem as plantas medicinais e fitoterápicos ao medicamento sintético. O interesse destes médicos é associado, geralmente, ao histórico de uso de plantas medicinais pela família, à sua eficácia e à grande utilização delas pela população (*“tem médicos que só querem o xarope fitoterápico” e “alguns preferem a garra do diabo que anti-inflamatório padronizado que é o ibuprofeno”*).

Foi destacada a questão dos médicos de Cuba e sua cultura de uso de plantas medicinais (*“Os cubanos que tem um treinamento muito maior. Eles têm uma vivência muito maior nesta área. Eles adoram isto aí”*). Estes médicos integram o Programa Mais Médicos, do Governo Federal, que tem como objetivo a melhoria do atendimento aos usuários do SUS e estão presentes nas unidades básicas de saúde, pois foram contratados como médicos intercambistas (124). Assim, ao trazerem toda a sua vivência e interesse em plantas medicinais, contribuem para o seu fortalecimento e da Farmácia Viva.

A orientação profissional sobre o uso de plantas medicinais se torna muito importante porque, segundo os entrevistados, há preocupação por parte dos prescritores com o fato da população utilizá-las sem validação científica e substituir medicamentos sintéticos por chás (*“ A população estava usando muito o chá e as vezes estavam substituindo os anti-hipertensivos por chás e não tinha ainda uma validação*). Ao mesmo tempo, estes profissionais são favoráveis a certas substituições

de medicamentos sintéticos por medicamentos fitoterápicos, mas sempre de forma racional e científica, especialmente para evitar dependência medicamentosa (*“O elixir de cidreira é para depressão leve, ansiedade leve, aí ao invés de usar benzodiazepínico, usa ele, causa menos dependência”/ “Para você ter uma ideia, 50% do diazepam do município foi substituído por cápsula de cidreira”/ “Pessoas muito dependentes de medicamentos psicotrópicos, hoje temos a opção da tintura de maracujá e Melissa officinalis, então consegue tirar aquele vício”*).

Entretanto, apesar deste interesse por parte dos pacientes e profissionais de saúde que facilitou o relaxamento das *fronteiras organizacionais* e a *inclusão* de plantas medicinais e fitoterápicos no sistema de saúde, é importante ressaltar que outra parcela de pacientes e profissionais de saúde apresentam resistência ao seu uso. Desta forma, concomitantemente ao processo de inclusão, observamos um processo de *marginalização* das plantas medicinais.

Diferentes agentes participam dessa marginalização. Os pacientes reforçam-na à medida em que não gostam de sair de uma unidade de saúde com a prescrição médica de um chá (*“Se forem para uma unidade básica e saírem com a receita de um chá, as pessoas ficam bravas”*). Eles não associam o médico ao chá e sim apenas ao medicamento sintético (*“Quando vai ao médico tem que prescrever medicamento”*), isto porque a planta medicinal e o chá são coisas consideradas antigas (*“quem tomava chá era minha vó, eu não”*). O médico está associado aos tratamentos “desenvolvidos” da biomedicina, enquanto as plantas medicinais estão associadas aos conhecedores populares e tradicionais. Segundo os entrevistados, esta representação negativa do chá e positiva do medicamento sintético está relacionada à potente propaganda da indústria farmacêutica (*“A indústria farmacêutica, o lobby, a propaganda induz as pessoas, a pessoa fala: ah eu vou tomar o medicamento porque é bom, eu ouvi falar”*).

A indústria farmacêutica foi mencionada muitas vezes como dificultadora do desenvolvimento da Farmácia Viva e das plantas medicinais no SUS (*“A indústria farmacêutica não quer que a Farmácia Viva se prolifere no Brasil”/ “Eu acho que a indústria farmacêutica emperra o desenvolvimento da fitoterapia no Brasil”*). Segundo os entrevistados, a indústria tem um lucro muito grande com os medicamentos sintéticos (*“O lucro que tem no alopático é enorme”*) e o resgate da utilização de plantas medicinais e fitoterápicos poderia representar diminuição da venda de medicamentos sintéticos (*“Imagina se o Brasil de repente falar eu vou investir 50% do*

*que estou investindo no sintético no fitoterápico, as empresas quebram, então existe uma interferência sem sombra de dúvida”/ “Se deixassem as pessoas conhecerem os fitoterápicos, se não precisasse usar mais o medicamento, eles não recuperariam o valor alto em dinheiro investido nas pesquisas”/ “Eles querem que as pessoas fiquem dependentes deles, para eles darem os remédios”). Além disto, os interesses econômicos da indústria farmacêutica “fez com que as disciplinas de plantas medicinais deixassem de ser prioridade nas graduações da área da saúde” e vendeu bem a ideia de que o medicamento sintético é a melhor opção terapêutica (“Se comprou a ideia de que os medicamentos sintéticos poderiam resolver tudo”) e assim as plantas medicinais foram deixadas de lado (“Nós deixamos o que julgamos naquela época de pouco resolutivo e entramos nesta ideia”).*

Outros já defendem que a indústria farmacêutica, poderia ter um papel importante no crescimento da fitoterapia no país (“Uma parceria com a indústria seria legal”), pois contribuiria com a realização de pesquisas (“A indústria tem dinheiro para fazer estudos, mostra por A mais B que isso e aquilo”) e também para poder produzir os fitoterápicos em larga escala, já que a Farmácia Viva consegue atender a um nicho restrito de pessoas (“Para atender a população precisa plantar em larga escala. Queremos chegar na drogaria. A Farmácia Viva não conseguiria atingir tudo isto”/ “A Farmácia Viva não é a solução, a solução é o medicamento industrializado, pois com a Farmácia Viva você não vai atender quem está lá na Avenida Paulista trabalhando, é um nicho pequeno. A indústria atende a todos, a indústria é fundamental no processo”). Entretanto, neste caso, podemos verificar que a Farmácia Viva está sendo vista apenas como uma fornecedora de plantas medicinais e fitoterápicos de pequena escala, sendo desconsiderada a sua relevância social e ambiental.

Para que esta conotação negativa, associada às plantas medicinais, seja alterada, é preciso ampliar o seu uso, pois através da experiência e eficácia, a população se convencerá que a planta medicinal e fitoterápico podem também ser boas ferramentas terapêuticas (“Eu acho que vai mudando, você vai trabalhando com a cultura da população”). A educação em plantas medicinais pode ajudar a mudar esta concepção, ao informar a população sobre a eficácia das plantas medicinais e fitoterápicos (“Acho inadmissível que jovens de 20 a 22 anos com as quais dialogo sobre plantas muito simples e penso esta ele vai conhecer, mas eles não conhecem. Nunca tiveram acesso, nunca viram a planta”). A educação pode contribuir também para denunciar os preconceitos, através da percepção de que certos saberes foram

invisibilizados e tornados ausentes pela biomedicina, e que, portanto, é importante que sejam resgatados (*“Assim teremos pessoas que no futuro vão acreditar e lutar pela fitoterapia, sua importância, manutenção e valorização”*). A recorrente desvalorização dos conhecimentos indígenas e africanos, por exemplo, ocasiona também a desvalorização do uso das plantas medicinais. Um exemplo concreto foi apresentado pelo médico cubano Javier Isbell Lopez, que esteve na aldeia Kumenê, no Oiapoque, e verificou que os indígenas consumiam antibióticos de forma inadequada e excessiva. Isto porque quando foram evangelizados pelos missionários foram convencidos de que a utilização de plantas medicinais era um tipo de ‘feitiçaria’ que devia ser banida (125).

Os profissionais de saúde participam diretamente da manutenção e fortalecimento do processo de marginalização das plantas medicinais, principalmente os médicos, que são os mais resistentes (*“Temos apenas três que prescrevem em uma rede de 57 médicos”*). A grande maioria deles *“entre o alopático e o fitoterápico, prefere o alopático”*, definindo que os medicamentos fitoterápicos devem ser utilizados apenas na ausência do medicamento sintético (*“Um dos critérios para uso da planta medicinal e fitoterápico é a falta do medicamento sintético. O que falta normalmente é o expectorante. Aí se usa o xarope de chambá”*), quando há poucas opções de medicamentos sintéticos (*“Que colutório tinha no SUS? Nenhum. Agora tem o fitoterápico”/ “Antes a gente tinha dois medicamentos sintéticos para tratar feridas, mas não tinha outras opções. Agora com os fitoterápicos temos aí 20 opções para tratar, sendo que cada um é indicado para uma fase da ferida”*) e apenas para tratamento de problemas menores, restringindo assim a sua aplicação e abrangência (*“Um paciente que chega com um infarto do miocárdio, ou estado terminal de câncer, nós não vamos utilizar planta medicinal ou fitoterápico. As doenças agudas, crise de asma aguda, não dá para usar um fitoterápico. As doenças crônicas são doenças que podem perfeitamente serem tratadas com fitoterápicos, respondem muito bem”*).

Este conceito de utilização das plantas medicinais apenas para problemas menores está bastante enraizado, pois tratamentos à base de plantas medicinais utilizados para problemas como câncer são considerados negligência. Considera-se que o paciente esteja sendo “enganado” pelo prescritor, que faz com que o mesmo não procure um tratamento adequado e correto, que seria o sintético. As razões relatadas pelos entrevistados, associadas à resistência dos médicos em relação às plantas medicinais e fitoterápicos, são a carência de estudos científicos na área (*“Não*

*tem trabalho científico!* “*Isto aí é placebo, isto aí é da cabeça do paciente*”), demonstrando assim a ideia de que a ciência é a única geradora de evidência que seja aceitável, em detrimento das evidências geradas pelo conhecimento tradicional (“*Tem que ter comprovação científica, não leva nada em consideração, uso tradicional*”). Além disto, foi relatado que muitos médicos são antigos, tem conceitos arraigados e, portanto, têm dificuldades de abertura ao novo (“*Alguns são velhos, retrógrados, e não aceitam*”) “*Eu sempre fiz assim, não tem porque colocar mais alguma coisa*”). Interessante esta imagem da planta como sendo algo novo, quando na verdade é mais antiga que qualquer medicamento. Mas o novo refere-se ao movimento crescente e atual de inclusão das práticas integrativas e complementares nas instituições de saúde e currículos de graduação, incluindo as plantas medicinais, as quais os médicos mais antigos não tiveram acesso.

Também foram associados à resistência dos médicos pela planta medicinal e fitoterápicos, a influência da indústria farmacêutica, exercida através de propaganda e das diferentes formas de financiamento aos médicos. A propaganda da indústria foi relatada como uma forma de manipulação dos médicos (“*Há várias formas da indústria manipular isto, inclusive a propaganda*”), e muitas vezes, os propagandistas se tornam os principais responsáveis por explicar a forma de atuação dos medicamentos sintéticos aos médicos (“*Quem faz propaganda para o médico é o propagandista da indústria farmacêutica, ele vai lá e mostra, então a grande maioria se baseia no que alguém mostrou para ele*”) e, finalmente, através da realização de eventos com os médicos (“*Esta influência da indústria é feita nas conferências que eles fazem com as equipes médicas com lavagem cerebral, e o médico é muito cético, vão muito atrás destas conferências*”).

Mas, de acordo com os entrevistados, é principalmente a falta de formação em plantas medicinais que gera a resistência dos médicos (“*Eles ainda não têm informação suficiente para emitirem uma opinião; falta fitoterapia na grade curricular destes profissionais*”). Identificamos apenas na Universidade Federal do Mato Grosso a fitoterapia na grade curricular obrigatória do curso de medicina. Como um dos países com a maior biodiversidade do mundo, com um elevado uso de plantas medicinais pela população e com políticas que regulamentam as plantas medicinais, como a Política Nacional de Plantas medicinais e fitoterápicos (PNPMF) não inclui a fitoterapia no currículo médico?

A falta de formação foi associada, pelos entrevistados, ao descrédito da fitoterapia (*“Não temos a disciplina eu acho que é por causa do descrédito”*), à falta de estudos científicos (*“Tem poucos estudos e o médico não pode prescrever nada que não tenha comprovação científica”/ “Não tem trabalho científico”*) e à ausência de professores médicos capacitados para ministrarem disciplinas de plantas medicinais (*“Não há profissionais capacitados para ministrar estas disciplinas”*). Os que estão capacitados são outros profissionais, como os farmacêuticos, mas, normalmente, nos cursos de medicina há pequena contratação de professores *“de outras áreas e é difícil você fazer um concurso de farmacêutico bioquímico ou químico para entrar em uma cadeira de medicina para dar um curso de fitoterapia”*.

Para os entrevistados falta mobilização política para a realização de capacitações, pois *“a PNPMF não abraça a questão da capacitação”*. Enquanto a formação em plantas medicinais continua ausente, a Farmácia Viva exerce uma função primordial na capacitação dos médicos e outros profissionais da saúde, tentando suprir esta deficiência, e assim, levar não só o conhecimento (*“creio que praticamente tudo que aprenderam foi por estar aqui conosco estes anos todos”/ “os médicos das unidades têm só o treinamento feito por nós”*), mas também, estimular o interesse dos profissionais pelas plantas medicinais, fazendo com que se tornem prescritores.

No entanto, sem explicitar qualquer tensionamento, um dos entrevistados sintetiza o processo de subordinação, que é comum no discurso de alguns outros coordenadores, que acreditam que *“quando a pessoa vem aqui com algum problema, eu digo, ‘não, vá ao médico primeiro’. Ele vai te dar orientação. Não pode uma pessoa chegar e a gente dizer a Farmácia Viva aqui vai resolver”*. Eles acabam, dessa maneira, reproduzindo o discurso hegemônico de que apenas o médico tem treinamento apropriado para o diagnóstico, que isto é para benefício da saúde e bem-estar do paciente, e que ele sabe a terapia mais indicada (54).

Nessa medida, os médicos continuam a ser os *gatekeepers* (*facilitadores de acesso*) para a implantação das plantas medicinais no SUS, pois são os responsáveis pela triagem, diagnóstico inicial do paciente e pela decisão de utilizar ou não a planta medicinal. Por reter a ação de diagnosticar, a profissão médica controla o trabalho dos outros profissionais. Para trabalharem com mais equidade teriam que desistir de sua posição de monopolizadores profissionais (51). Para ABBOTT (126),

seria necessário que as outras profissões a desafiassem ameaçando seu poder com batalhas recorrentes que criem novas fronteiras jurisdicionais ou extingam as antigas.

O sucesso de uma profissão em ocupar uma jurisdição reflete as disputas com seus competidores, tanto quanto o esforço da própria profissão. Uma profissão não pode ocupar uma jurisdição sem ter lutado por ela (51), de forma que, para que existam mais prescritores de plantas medicinais (*“Já tem alguns farmacêuticos prescrevendo os fitoterápicos”/ “No caso de atendimentos ambulatoriais os enfermeiros prescrevem os produtos semissólidos nos curativos”*), é preciso uma maior atuação dos profissionais interessados no desenvolvimento delas no SUS, para que a autoridade médica não seja mantida intacta. Manter a autoridade do médico significa manter a autoridade da biomedicina, já que este profissional, desde sua formação, já está designado como o grande porta voz e defensor da biomedicina e da ciência (7,121).

O enfrentamento deve ocorrer em relação ao que a *fronteira profissional* regula e a *fronteira de autoridade* legítima. A primeira está estruturada e mantida com as leis e a segunda com a força política e a força econômica. Essas fronteiras são expressas na hierarquia do poder, determinando escassez de recursos financeiros, interferência política e legal no desenvolvimento da Farmácia Viva.

Em relação à escassez de recursos financeiros foi relatado que *“não existe financiamento”* e que *“o grande problema da Farmácia Viva não é cultural, não é a dificuldade do povo aceitar, não é a dificuldade dos médicos receberem, é o dinheiro”*. A carência de recursos compromete a manutenção do espaço (*“É muito difícil manter a estrutura predial com o recurso da secretaria”*), a compra de insumos (*“Não conseguimos ampliar o número de UBS atendidas pelo projeto justamente por causa dos insumos”/ “Falta matéria prima para manipular os medicamentos”*) e contratação da equipe (*“A equipe está pequena, deveria ter mais farmacêuticos e ficamos meses sem serviços gerais”*).

Para alguns coordenadores, o problema de financiamento da Farmácia Viva é pior do que de outros setores da saúde pública, pois não é dada a importância necessária ao projeto pelo governo (*“Aqui a gente ainda sofre esta falta de entendimento da importância do projeto na hora da compra dos insumos. A gente tinha que ser prioridade, mas não é”*). Para outros entrevistados estas dificuldades financeiras são inerentes à saúde pública (*“A máquina pública é muito pesada”/ “O serviço público tem as suas limitações, por conta da parte burocrática de aquisição”*),

não sendo pior o problema de financiamento da Farmácia Viva quando comparado a outros setores. Entretanto, os coordenadores das Farmácias Vivas que não pertencem ao SUS (Farmácia Viva de Jardinópolis e de Janguruçu) também relataram dificuldades financeiras, visto que vivem de doações e muitas vezes é a própria equipe da Farmácia Viva que compra os materiais e insumos necessários (*“Existe dificuldade, e aí quando a dificuldade vem a gente rateia”/“O patrocínio sou eu mesmo aqui ó.”*).

Uma das estratégias utilizadas pelos coordenadores para ultrapassar as dificuldades financeiras é a realização de parcerias com universidades (*“Temos parceria com a universidade”/ “Sem a parceria a gente não teria nem a metade do que temos aqui. Eu gostaria que todas as Farmácias Vivas pudessem fazer esta parceria, pois estaria com 89% do caminho andado”/ “Nós conseguimos crescer, pois estamos associados à universidade, mas se não tivéssemos a universidade por trás, jamais conseguiríamos”/ “Quando falta insumo, eu recorro à própria universidade”/ “A universidade entra com a estrutura física e equipamentos e a prefeitura com matéria-prima, insumos e recursos humanos”*). As parcerias também são realizadas entre as Farmácias Vivas que se apoiam realizando troca de matéria prima e mudas (*“Nós nos apoiamos. A Farmácia Viva XX me cedeu um pouco de aroeira, a XXX vai me ceder um pouco de cidreira e assim vai e é assim que eu vou conseguindo superar as dificuldades”/ “Temos parceria com a outras Farmácias Vivas, fornecemos mudas para elas”*).

As dificuldades de financiamento foram associadas à escassez de editais, inexatidão dos já existentes, dificuldade de utilização dos recursos concedidos por eles, e ainda, a interesses governamentais e questões legais. Apesar de terem sido publicados recentemente dois editais: 1) Edital/SCTIE nº 1, de 24 de maio de 2013, para seleção pública de projetos de Arranjo Produtivo Local no âmbito do SUS (24), e 2) Edital SCTIE/MS nº 2, de 24 de agosto de 2015 (25), para seleção de projetos para apoio à assistência farmacêutica em plantas medicinais, fitoterápicos e arranjo produtivo local de plantas medicinais e fitoterápicos, no âmbito do SUS, de acordo com os entrevistados, estes editais foram insuficientes (*“Acho que está faltando mais amplidão de oferta destes editais”*) e restritos (*“Precisamos de editais específicos para estruturação, manutenção das Farmácias Vivas existentes e para construção de estruturas prediais de Farmácias Vivas. É urgente”*).

Para os entrevistados os editais existentes também são confusos (*“Houve um grande percalço aí pois os editais eram muito confusos, e isto emperra e dificulta*

*o trabalho*”), já que *“só nós que trabalhamos na ponta é que sabemos e não vieram nos perguntar; eles têm que se informar mais para fazer um negócio destes”*. Ademais, argumentou o entrevistado, *“não viram as questões ligadas a parte prática, como vou comprar estrume de uma vacaria que não tem CNPJ? Como que eu vou vender uma planta se não tenho CNPJ? Tudo isto o edital deveria trazer para que isto funcione”*.

Não obstante, existe a dificuldade da utilização do recurso concedido pelo edital (*“não conseguimos avançar na compra dos insumos, não conseguimos utilizar o recurso”*)/*“Então, usamos muito pouco o recurso do Edital. Usamos para fazer as cartilhas, os banners, a capacitação, mas os substratos, o resto das coisas, não”*), fazendo com que o recurso fique parado na conta da prefeitura (*“O recurso vai para a prefeitura, a prefeitura por um motivo ou outro prende o recurso e você não consegue em tempo hábil para a realização do projeto, o projeto acaba, o dinheiro não foi gasto, o trabalho não foi realizado”*). O problema de utilização do recurso foi associado, pelos entrevistados, à dificuldade encontrada para a realização de licitações (*“Quando encontrei outros responsáveis pela Farmácia Viva, todos concordavam que licitar era a coisa mais difícil”*). A realização de licitações se torna, muitas vezes, inviável devido, por exemplo, à falta de empresas na área de plantas medicinais. (*“Você não encontra empresas que participem das licitações, que mandem orçamentos que sejam legais para você conseguir”*), ou ainda, pelo tempo insuficiente para a realização dela (*“Não daria tempo da gente começar a produção se a gente fosse esperar uma licitação”*).

A falta de financiamento foi associada, também, ao pequeno interesse governamental na Farmácia Viva, uma vez que associam-na a *“coisa de pobre”* (*“Mas o prefeito não quer, diz que é coisa para pobre”*), por desconhecer seus benefícios para a população (*“A dificuldade é mostrar para os gestores que não tem conhecimento, que é algo importante, que faz bem para a população”*), incluindo os benefícios econômicos (*“O gestor não tem informação sobre a viabilidade econômica que a Farmácia Viva pode trazer para ele”*). Outras justificativas para o desinteresse dos gestores é porque este projeto não traz benefício pessoal político (*“A grande maioria dos governantes tem interesse naquilo que rende para eles, em termos de dinheiro, prestígio. Eles não vão ganhar nada com aquilo? Então, eles não têm interesse”*) e também porque alguns políticos estão vinculados às indústrias farmacêuticas (*“Se você for ver, quem é que está lá na indústria farmacêutica, ele é amigo de quem. Se fizer este rastreamento, vai dar no Planalto. Então, a gente fica neste embate”*). Por fim, ainda afirmaram que o pequeno interesse pelas Farmácias

Vivas está associado ao fato de que a maioria dos gestores é médico e não tem formação e interesse por plantas medicinais (*“A maioria dos gestores é médico, e médico, normalmente, tem uma figura mais centrada no tecnológico”/ “Eu penso que precisaríamos de governantes intelectualmente melhor formados, espiritualmente mais idealistas, para que a gente tivesse uma assertividade em relação às políticas nacionais”*).

Ainda em relação ao financiamento, observamos um ciclo vicioso de desvalorização, pois *“não tem recursos dos órgãos de fomento, para fazer pesquisa básica e aplicada, não temos chamadas nos órgãos de fomento para estudos clínicos”*, justamente porque não tem evidências que apoiem a abertura de linhas de pesquisa. Assim, os grupos dominantes, ao mesmo tempo que solicitam evidências, impedem financiamento governamental para pesquisas com as plantas medicinais, que poderiam fornecer a evidência necessária. Estes grupos dominantes exercem influência no governo para negar financiamento público e as profissões de saúde estabelecidas se esforçam para convencer o governo a restringir o financiamento sobre o tema (51). A contradição entre demandas por mais evidências e restrição de financiamento cria um ciclo vicioso, no qual as plantas medicinais ficam prisioneiras e marginalizadas no processo de implantação e implementação de novas práticas de cuidado no SUS.

Os gestores enfatizaram que quando ocorre mudança de governo é necessário convencer o novo gestor a dar a continuidade ao projeto (*“Tenho que estar de olho no gestor. Sempre que muda me apresento logo como o gestor da Farmácia Viva e vou explicar para ele o que é Farmácia Viva e seu contexto social”*), porque este é um momento delicado (*“A gente estava com um prefeito que apoiava totalmente o nosso trabalho. Depois a outra prefeita não apoiou tanto”/ “Muda o prefeito, muda o interesse, não querem dar continuidade*). Isto porque, normalmente, os gestores querem ter seus próprios projetos e não dar continuidade ao projeto de outro prefeito (*“Funcionavam muito bem, mas assumiu determinado prefeito e aí disse: isso era coisa do prefeito anterior”*). Um dos entrevistados inclusive esclareceu que decidiram montar a Farmácia Viva fora do âmbito do SUS, justamente para evitar estas dificuldades de descontinuidade política (*“Nós tínhamos a convicção que se fizéssemos a Farmácia Viva em uma área municipal, poderíamos perder o acesso com as mudanças de governo. Se no futuro alguém desistir de tocar isto, tem que ser*

*doada para outra instituição que tenha os mesmos princípios relacionados a servir a comunidade”).*

Entretanto, para alguns entrevistados a mudança do prefeito não interfere no financiamento e continuidade do projeto (*“Nunca sofremos descontinuidade. Cada gestor que entra continua o projeto”*), já que a Farmácia Viva está enraizada na cultura local, porque o governo reconhece a seriedade e a qualidade do trabalho, além de existirem leis que atuam como respaldo para a manutenção do projeto (*“Eu acho que esta continuidade tem relação com a historicidade do projeto, pois nasceu muito antes das regulamentações do governo”/ “A mudança de governo não altera, porque é algo tão enraizado e estabelecido. Quem mexer nisto vai ter problemas com a população. Inclusive na Relação Municipal de Medicamentos constam os fitoterápicos, é oficial o uso de fitoterápicos”/ “Aqui nunca foi uma luta. O Governo sempre deu apoio, talvez porque viu que nosso trabalho era sério. Nós somos exigentes com qualidade”*).

Foi destacada a importância da existência de leis municipais e estaduais que respaldam a manutenção do projeto (*“O fato de ter uma política distrital de plantas medicinais reforça sim o compromisso com o gestor de continuidade”/ “A lei estadual de plantas medicinais que temos traz um respaldo para o Estado”/ “A lei municipal que instituiu a Semana de Práticas Integrativas e Complementares nos ajuda, a gente aproveita esta semana para fazer tudo que pode, e querendo ou não, temos que fazer a semana, é uma forma de cobrar o gestor”*). Todavia, foi relatado que seria ainda mais interessante e efetivo ter uma política nacional (*“Eu acredito que o ideal seria o governo ter uma lei federal, fazendo Farmácias Vivas em municípios polos. Enquanto não for feito isto, vai se ficar na mesmice”*), pois a política atual não tem sido suficiente para respaldar a fitoterapia no país (*“Existe a política nacional, mas ela não tem poder de fogo para implantar a fitoterapia no Brasil”*), possivelmente porque não há recursos do governo para a execução da política (*“Não tem recursos do governo para a política. Ela anda um milímetro por ano quando anda, e as vezes no ano seguinte volta três centímetros para trás”*).

A questão legal pode auxiliar na manutenção e continuidade da Farmácia Viva, mas também pode engessar e prejudicar o processo. A resolução RDC 18/2013 que instituiu as Boas Práticas de Manipulação para a Farmácia Viva (127), também dificulta o seu desenvolvimento. Isto se dá devido a prazos curtos, falta de recursos para adequação à legislação, dificuldades operacionais e técnicas e caráter altamente técnico da resolução em detrimento do aspecto social.

Apesar de algumas Farmácias Vivas terem conseguido se adequar a esta resolução (*“A nossa farmácia segue todos os itens da RDC 18/2013. Não houve dificuldade para implementar a RDC”/ “Hoje a gente executa 80-90% da RDC aqui no dia a dia”*), a grande maioria ainda não conseguiu realizar as mudanças exigidas pela resolução. Isto porque, segundo os gestores, o tempo disponibilizado para a adequação à norma foi muito pequeno (*“acho que o tempo que tivemos para a adequação não foi suficiente”/ “Conseguimos nos adequar em partes, outras partes ainda estamos em processo”*) e principalmente porque não há recurso disponível para a realização da compra de insumos, de equipamentos e para a realização de análises de controle de qualidade necessários para a adequação à norma (*“Mas a grande dificuldade de se cumprir é a falta de recurso financeiro e humano”/ “Estamos em manejo de setor para poder adequar, já que precisamos de recursos para a compra de alguns equipamentos, melhoria na área física”/ “Só é possível adequar se houver dinheiro”*). Inclusive, alguns entrevistados sugeriram que seria necessário a criação de editais de financiamento para que as exigências da legislação pudessem ser cumpridas (*“Defendo que temos que criar editais específicos para o controle de qualidade da Farmácia Viva, para poder atender esta RDC”/“Eles não podem determinar uma lei, se eles não dão recurso para nós cumprirmos”*.)

As questões operacionais e técnicas deveriam ser melhor explicadas na resolução (*“A RDC 18 não destrincha muito”*), como por exemplo a questão do horto de plantas medicinais (*“Como criar uma horta ou horto oficial? Como deve ser o manejo do solo, o cuidado”*), a questão da análise do controle de qualidade (*“Como analisar um produto se eu não tenho um parâmetro farmacopeico das plantas?”*), e, ainda, falta na norma, informações sobre as Farmácias Vivas I e II (*“Eu sou contra colocar esta lei só para Farmácia Viva tipo III. E as outras Farmácias Vivas?”*), isto porque é importante ter uma resolução que garanta que sejam dispensados plantas medicinais e chás de qualidade (*“Temos que ter pelo menos uma mínima segurança que as pessoas possam tomar um bom chá, cultivar uma boa planta em casa e a Farmácia Viva tipo I ensina isto”*).

Estas adequações na resolução seriam importantes para que ela possa ser realmente um guia para as inspeções da Vigilância Sanitária. Isto é primordial porque a vigilância tem pouca informação sobre a Farmácia Viva (*“A Vigilância precisava penetrar mais no dia a dia de uma Farmácia Viva para fiscalizar”*), e acaba realizando as suas inspeções considerando as exigências de uma farmácia de manipulação (*“A*

*Vigilância chega com as outras legislações mais específicas, tipo da Farmácia de manipulação e tenta encaixar porque está faltando na 18 explicar o passo a passo”*) ou considera ainda, exigências da indústria farmacêutica (*“Como temos a indústria, a nossa vigilância é muito voltada para a indústria, então se compara muito com a Farmácia Viva”*). Isto é um problema para a Farmácia Viva, pois ela é um projeto diferente da Farmácia de manipulação e da indústria e deve ser inspecionada como Farmácia Viva.

Além disto, outro problema associado à resolução é seu caráter técnico que invisibiliza o aspecto social do projeto Farmácia Viva (*“O ponto de vista social, que a ANVISA e que o pessoal do Ministério da Saúde não sabe. A importância da Farmácia Viva na questão social. Não estamos pensando em fazer medicamento não, e sim prevenção da saúde”/ “Não levam muito em conta toda esta parte do conhecimento popular e tradicional”*). Assim, fica clara a dificuldade de um projeto social, de cunho cultural e educativo se encaixar dentro dos requisitos técnicos legais e científicos, e como, através da legislação, este conhecimento é totalmente banido (*“Começou a vigilância a verificar qual a qualidade do produto, quem que garante que não está contaminado com ovos, Eschericia coli, quem garante que o passarinho não fez cocô. Apesar que na nossa casa, você colhe, dá uma lavada no produto e coloca em água fervente. Você sabe que a água fervente elimina no mínimo 60 a 70% dos contaminantes do chá. Isto também a VISA (Vigilância Sanitária) não levava em conta”/ “A pessoa que coordena a VISA do município, desacredita 100% na fitoterapia. Ela emperrou o processo”*).

Estas dificuldades com a legislação fazem com que a maioria das Farmácias Vivas não seja certificada (*“Nunca conseguimos a certificação”/ “E aí isto inviabiliza ter um alvará”*). Poucas tem as certificações do Conselho Regional de Farmácia (CRF) e ANVISA, que são exigidas para o Modelo III. Inclusive alguns dos entrevistados nem sabiam dessa exigência (*“A Farmácia Viva não é fiscalizada pelo CRF e ANVISA”*). Desta forma, as Farmácias Vivas continuam marginais, não oficiais dentro do SUS.

Podemos concluir que as *fronteiras organizacionais*, que estabelecem a forma de organização nas instituições de saúde, foram relaxadas, permitindo a *inclusão* das plantas medicinais em territórios que eram vistos, até bem recentemente, como de domínio exclusivo da biomedicina. Entretanto, ao mesmo tempo que foi permitida esta entrada das plantas medicinais, ainda se observa um processo de

*marginalização*. Isto porque as *fronteiras organizacionais* continuam estabelecendo a utilização das plantas medicinais de maneira restrita, quando há falta do medicamento sintético e para um limitado número de patologias e diagnósticos.

Além disso, as *fronteiras organizacionais*, ao determinarem os papéis de cada profissional dentro do SUS, atribuem a responsabilidade principal pela prescrição de plantas medicinais aos médicos, que são profissionais com pouca formação e interesse na área. Assim, dificultam o processo de real entrada das plantas medicinais no sistema de saúde. Esta atribuição legal do médico delinea as *fronteiras profissionais*, que estabelecem privilégios e status diferenciados e forjam *fronteiras de autoridade*, que operam juntas e dificultam o processo de implantação e implementação das plantas medicinais, através de leis, da política, da economia, da hierarquia de poder e da marginalização.

Desta forma, a *inclusão* das plantas medicinais no SUS pode ser vista não como um reconhecimento do potencial terapêutico e do valor das plantas medicinais, pois apesar de terem sido incluídas em algumas instituições, elas continuam invisibilizadas e submetidas à biomedicina. Esta inclusão, pelo contrário, pode ser entendida como uma estratégia do discurso biomédico para manter sua hegemonia epistemológica e controle institucional. Isto porque, através desta inclusão, a biomedicina absorve seus competidores dentro de sua jurisdição profissional sem batalhas, contém a pressão da demanda pública por plantas medicinais e ganha o apoio e a satisfação dos pacientes ao passar a imagem pública de aparente aceitação das limitações da biomedicina (47, 54, 128).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo dessa tese foi cumprido, na medida em que identificamos e analisamos as fronteiras que dificultam a implantação e implementação das Farmácias Vivas no Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com os sentidos atribuídos pelos gestores de Farmácias Vivas.

Foi apresentado o projeto Farmácia Viva, idealizado pelo professor Francisco José de Abreu Matos da Universidade Federal do Ceará e instituído no SUS pela Portaria GM nº 886, de 20 de abril de 2010. Também foram identificadas as nove Farmácias Vivas incluídas nesta pesquisa, trazendo uma breve descrição sobre cada uma delas, sendo, três Farmácias Vivas localizadas em Fortaleza/CE e as demais nos municípios de Maracanaú/CE, Betim/MG, Sorocaba/SP, Jardinópolis/SP, Toledo/PR, e Riacho Fundo/ DF.

Observou-se uma grande diversidade em relação aos modelos de Farmácias Vivas, plantas, medicamentos fitoterápicos disponibilizados e a equipe de cada Farmácia Viva. Neste capítulo foi abordado também a questão da falta de um cadastro nacional atualizado das Farmácias Vivas, já que o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde está incompleto.

Também se desenvolveu a discussão de que as plantas medicinais são objetos de fronteira, pois co-habitam diferentes mundos, fazendo com que comuniquem diferentes matrizes de conhecimento sobre as plantas medicinais. Por ser um objeto de fronteira, a fitoterapia tem o potencial de gerar novos saberes híbridos, enriquecendo os saberes em contato. No entanto, este objeto de fronteira não conseguiu problematizar a hegemonia da biomedicina e da ciência para fazer emergir os novos saberes híbridos, pois, boa parte do conhecimento popular tradicional e místico-energético das plantas medicinais está ausente nas Farmácias Vivas especificamente, e no SUS em geral. Mas é importante ressaltar que as plantas medicinais como objetos de fronteira não têm o poder intrínseco de realizar estes compartilhamentos, trocas e gerar esta tensão na fronteira, porque quem realiza este enfrentamento são os profissionais que trabalham com as plantas medicinais.

Investigou-se como os coordenadores das Farmácias Vivas compreendem e preparam-se para esse enfrentamento dentro do SUS. A partir de seus discursos foi possível identificá-los como trabalhadores e cruzadores de fronteiras. Identificamos que eles têm como missão promover as trocas nas fronteiras, podendo gerar assim,

transformações ou simplesmente reproduzir os modelos vigentes. Assim, apesar da fitoterapia ser um objeto de fronteira que possibilita o compartilhamento de saberes, e deles atuarem como trabalhadores de fronteira, suas ações não conseguiram promover uma ampla implantação da Farmácia Viva no SUS. Além disso, em relação ao aspecto relativo aos distintos saberes associados às plantas medicinais, os coordenadores explicitaram pontos de vista que operam reforçando a hegemonia científica e biomédica.

Os discursos dos entrevistados foram analisados tematicamente e identificados como fronteiras epistemológicas, cognitivas, sociais, organizacionais, profissionais e de autoridade. Para os coordenadores estes são aspectos que, de diferentes maneiras, dificultam a implantação e implementação da Farmácia Viva e mantêm e reforçam a hegemonia biomédica e científica.

Evidenciamos que os sentidos atribuídos pelos gestores às dificuldades para implantação e implementação da Farmácia Viva tem relação com as condições políticas, financeiras, legais e legítimas das plantas medicinais. Pudemos perceber que as fronteiras organizacionais da biomedicina foram redesenhadas, possibilitando a inclusão das plantas medicinais em instituições médicas. Entretanto, esta abertura tem sido realizada através de processos de domesticação, que geram um empobrecimento do potencial terapêutico das plantas medicinais, reduzindo-as à ação química e quantificável. Portanto, longe de ser uma integração pela valorização das plantas medicinais a sua presença no campo biomédico pode ser vista como uma retórica à pressão da sociedade pelas plantas medicinais, logo, sem a força de uma prática transformadora que coloque as plantas medicinais no centro do modelo de cuidado.

Como se trata mais de um discurso de mudança com práticas de pequenas reformas apenas, ao mesmo tempo em que se alargou as fronteiras organizacionais, mantiveram-se praticamente intactas as fronteiras epistemológicas, cognitivas, sociais, profissionais e de autoridade, que suportam a hegemonia da biomedicina. Foi observado que algumas vezes até mesmo os coordenadores das Farmácias Vivas, que honestamente defendem uma maior presença das plantas medicinais no sistema de saúde, reforçam a supremacia científica por meio da reprodução de naturalizações não problematizadas. Por exemplo, quando reafirmam as fronteiras epistemológicas com a crença de que apenas o conhecimento científico, quantificável e realizado em laboratório é verdadeiro, em detrimento dos conhecimentos populares, tradicionais e

místico-energético das plantas medicinais, ou ainda, com a crença de que estes conhecimentos devem ser validados pela ciência, de forma que não reconhecem o seu valor próprio, mas apenas a sua dimensão de matéria prima.

Foi identificado ainda o controle dos sujeitos que trabalham com conhecimentos populares, tradicionais e místico-energético das plantas medicinais. Uma expressão desse controle é a associação dos profissionais não biomédicos com as identidades de charlatães, ignorantes e até mesmo perigosos. Os entrevistados reproduziram, inadvertidamente, prerrogativas de autoridade aos médicos, confirmando a sua exclusividade para prescrição das plantas medicinais e fitoterápicos, mesmo sabendo que os médicos são os profissionais com pior formação no campo das plantas medicinais e grandes porta vozes da biomedicina e indústria farmacêutica. Por outro lado, os coordenadores das Farmácias Vivas são bastante cientes da estrutura política, econômica e legal, que mantém esta autoridade da biomedicina e atribui baixo apoio político e financeiro para o desenvolvimento da Farmácia Viva.

Assim, com a ação coordenada de todas as fronteiras, o Projeto Farmácia Viva permanece invisibilizado no SUS, apesar de todo seu potencial de contribuição social, terapêutica e ambiental. Este trabalho procurou contribuir para o reconhecimento da validade dos diferentes saberes não hegemônicos das plantas medicinais. Também, intencionou problematizar as ausências e marginalizações infligidas às Farmácias Vivas, além de buscar produzir evidências de que as diferentes fronteiras que dificultam a implantação e implementação das Farmácias Vivas no SUS são construções sociais, portanto não naturais, que objetivam manter a hegemonia da ciência e da biomedicina. Por fim, esta tese reafirmou a importância de interrogar os saberes ausentes e emergentes para apoiar o desenvolvimento do modelo de cuidado integrativo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Barros NF. Medicina complementar: uma reflexão sobre o outro lado da prática médica. São Paulo: Annablume/ FAPESP, 2000.
- 2) Barros NF. A construção da medicina integrativa: um desafio para o campo da saúde. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.
- 3) Otani MAPO, Barros NF. A Medicina Integrativa e a construção de um novo modelo na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011,16(3):1801-11.
- 4) Teixeira MZ, Lin CA, Martins MA. O ensino das práticas não-convencionais em saúde nas faculdades de medicina: panorama mundial e perspectivas brasileiras. *Rev Bras Educ Med*. 2004; 28(1):51-60.
- 5) Barros NF. A construção de novos paradigmas na medicina: a medicina alternativa e a medicina complementar. In: Canesqui AM, organizadora. *Ciências sociais e saúde para o ensino médico*. São Paulo: Hucitec; 2000: 201-13.
- 6) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília : Ministério da Saúde, 2006.
- 7) Shuval JT, Gross R, Ashkenazi Y, Schachter L. Integrating CAM and Biomedicine in Primary Care Settings: Physicians' Perspectives on Boundaries and Boundary Work. *Qualitative Health Research*. 2012, 22(10): 1317–29.
- 8) World Health Organization (WHO). The world medicines situation 2011: traditional medicines: global situation, issues and challenges. Geneva: WHO, 2011. 12p.
- 9) Rates SMK. Plants as source of drugs. *Toxicon*. 2001, 39: 603-13.
- 10) Mittermeier RA, Fonseca GAB, Rylands AB, Brandon K. A Brief History of biodiversity conservation in Brazil. *Conservation Biology*. 2005, 19 (3): 601-7.
- 11) Gurib- Fakim A. Medicinal plants: traditions of yesterday and drugs of tomorrow. *Molecular Aspects of Medicine*. 2006, 27:1-93.
- 12) World Health Organization (WHO). Regional office for the Western Pacific. Research guidelines for evaluating the safety and efficacy of herbal medicines. Manila: WHO, 1993. 86p.

- 13) Rodrigues AG, De Simoni C. Plantas medicinais no contexto de políticas públicas. Informe Agropecuário. 2010, 31 (255): 7-12.
- 14) Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Coordenação Geral de Áreas Técnicas /Departamento de Atenção básica- Núcleo de Práticas Integrativas e Complementares. Informe sobre as Práticas Integrativas. 2016.
- 15) Rodrigues AG, Santos MG, De Simoni C. Fitoterapia na Saúde da Família. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMILIA E COMUNIDADE (Org.). Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade (PROMEF). Porto Alegre: Artmed/Panamericana, 2011.131-65.
- 16) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. Política Nacional de Plantas medicinais e Fitoterápicos / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- 17) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.156 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica ; n. 31)
- 18) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais : RENAME 2014 / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – 9. ed. rev. e atual. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. 230 p.
- 19) Brasil. Ministério da Saúde. Relação Nacional de Plantas medicinais de interesse ao SUS (RENISUS). 2009.
- 20) Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Farmacopeia Brasileira / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2010.546p. volume 1 e 2.
- 21) Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Formulário de Fitoterápicos da Farmacopéia Brasileira / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2011.126p.

- 22) Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Memento fitoterápico da Farmacopeia Brasileira/ Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: ANVISA. 2016. 115p.
- 23) Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.555, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2013.
- 24) Brasil. Ministério da Saúde. Edital/SCTIE nº 1, de 24 de maio de 2013, para seleção pública de projetos de Arranjo Produtivo Local no âmbito do SUS. 2013.
- 25) Brasil. Ministério da Saúde. Edital SCTIE/MS nº 2, de 24 de agosto de 2015, para apoio a projetos de plantas medicinais e fitoterápicos. 2015.
- 26) Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 886, de 20 de abril de 2010. Institui a Farmácia Viva no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2010.
- 27) Comitê Estadual de Fitoterapia. A fitoterapia no ciclo de assistência farmacêutica: Inserção das Farmácias Vivas. Fortaleza: HBM Shopping de Cópias, 2015.
- 28) Matos FJA. Farmácias Vivas: Sistema de utilização de plantas medicinais projetado para pequenas comunidades. 4ed. Fortaleza: Editora UFC, 2002.
- 29) CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES). Disponível em: [http://cnes.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Especialidades\\_Listar.asp?VTipo=125&VListar=1&VEstado=00&VMun=00&VTerc=00&VServiço=125&VClassificacao=007&VAmbu=&VAmbuSUS=&VHosp=&VHospSus](http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades_Listar.asp?VTipo=125&VListar=1&VEstado=00&VMun=00&VTerc=00&VServiço=125&VClassificacao=007&VAmbu=&VAmbuSUS=&VHosp=&VHospSus). Acesso em 01-out-2013.
- 30) Hall S, Jefferson T. Rituales de Resistencia- Subculturas juveniles en la Gran Bretanha de postguerra. Madrid: Traficante de sueños; 2014.
- 31) Owens K. Boundary objects in complementary and alternative medicine: Acupuncture vs. Christian Science. Soc Sci Med. 2015; 128: 18-24.
- 32) Brosnan C, Vuolanto P, Danell J. (a ser publicado) 'Beyond medical dominance: reconceptualising CAM as knowledge production and social transformation'. In: Brosnan C, Vuolant P, Danell J. (eds). Complementary and Alternative Medicine: Knowledge Production and Social Transformation. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2018.

- 33) Latour B, Woolgar S. *Laboratory Life: The social construction of scientific fields*. London: Sage, 1979.
- 34) Callon M. The role of lay people in the production and dissemination of scientific knowledge. *Science Technology & Society*. 1999. 4 (1): 81-94.
- 35) Sismondo S. Science and technology studies and an engaged program. In: Hackett E, Amsterdamska O, Lynch M, Wajcman J (eds). *The handbook of science and technology studies*. 3ed. Cambridge, MA: The MIT Press, 2017. 13-31.
- 36) Goldner M. The dynamic interplay between Western medicine and the complementary and alternative medicine movement: How activists perceive a range of responses from physicians and hospitals. *Sociol. Health Illn*. 2004. 26 (6): 710-36.
- 37) Hess D. Medical modernisation, scientific research fields and the epistemic politics of health social movements. *Sociol. Health Illn*. 2004. 26 (6): 695-709.
- 38) Clarke A, Star SL. The social worlds framework: A theory/methods package. In: Hackett EJ, Amsterdamska O, Lynch M, Wajcman J (eds). *The handbook of science and technology studies*. Cambridge, MA: MIT Press, 2017. 113-37.
- 39) Clarke A, Montini T. The many faces of RU486: Tales of situated knowledges and technological contestations. *Science, Technology & Human Values*. 1993, 18 (1): 42-78.
- 40) Rodrigues R, Guest D, Budjanovcanin A. Bounded or boundaryless? An empirical investigation of career boundaries and boundary crossing Work, employment and society. 2016; 30(4): 669–86.
- 41) Akkerman SF, Bakker A. Boundary Crossing and Boundary Objects. *Review of Educational Research*. 2011, 81 (2): 132–69.
- 42) Fox NJ. Boundary Objects, Social Meanings and the Success of New Technologies. *Sociology*. 2011; 45(1): 70–85.
- 43) Jones R. Categories, borders and boundaries. *Progress in Human Geography*. 2009; 33(2): 174–89.
- 44) Shuval JT, Mizrachi N. Changing Boundaries: Modes of Coexistence of Alternative and Biomedicine. *Qualitative health research*. 2004, 5: 675-90.
- 45) Halpern MK. Across the great divide: Boundaries and boundary objects in art and Science. *Public Understanding of Science*. 2012; 21(8): 922–37.

- 46) Egmond SV, Bal R. Boundary Configurations in Science Policy: Modeling Practices in Health Care. 2001. *Science, Technology, & Human Values*; 36(1):108-30.
- 47) Mizrachi N, Shuval JT. Between formal and enacted policy: Changing the contours of boundaries. 2005. *Social Science & Medicine*; 60: 1649-60.
- 48) Adams J, Tovey P. Complementary and alternative medicine in nursing and midwifery: Towards a critical social science. London and New York: Routledge, 2008.
- 49) Vuolanto P. 'Boundary work and power in the controversy over therapeutic touch in Finnish nursing science'. 2015, *Minerva*, 53 (4): 359-80.
- 50) Brosnan C. "Quackery" in the academy? Professional knowledge, autonomy and the debate over complementary medicine degrees'. *Sociology*. 2015. 49 (6): 1047-64
- 51) Forstorp P. 'The construction of pseudo-science: Science patrolling and knowledge policing by academic prefects and weeders', *VEST*. 2005, 18 (3-4): 17-71.
- 52) Mellor F. Between fact and fiction: Demarcating science from non-science in popular physics books. *Social Studies of Science*. 2003, 33 (4): 509-38.
- 53) Shuval J. Nurses in alternative health care: Integrating medical paradigms. *Soc Sci Med*. 2006; 63: 1784-95.
- 54) Kelner M, Wellman B, Boon H, Welsh S. Responses of established healthcare to the professionalization of complementary and alternative medicine in Ontario. *Soc Sci Med*. 2004; 59:915–30.
- 55) Oliveira ESF, Barros NF, Souza DCDBN. Metodologias qualitativas em diferentes cenários: saúde e educação. 1ed. Goiânia: Gráfica UFG, 2017. 336p.
- 56) Henderson K. Flexible sketches and inflexible data bases: visual communication, conscription devices, and boundary objects in design engineering. *Sci. Technol. Hum. Values*. 1991, 16: 448.
- 57) Carlile PR. A pragmatic view of knowledge and boundaries: Boundary objects in new product development. *Org Sci*. 2002, 13(4): 442–55.
- 58) Cooper R. In praise of the prescription: the symbolic and boundary object value of the traditional prescription in the electronic age. *Heal Soc*. 20 (4), 2011:462-74.

- 59) Huzzard T, Ahlberg BM, Ekman M. Constructing interorganizational collaboration: the action researcher as boundary subject. *Action Res.* 2010, 8: 293.
- 60) Keshet Y, Ben-Arye E, Schif E. The use of boundary objects to enhance interprofessional collaboration: integrating complementary medicine in a hospital setting. *Sociol. Health Illn.* 2013, 35: 666.
- 61) Junior HS, Sacramento HT. A prescrição fitoterápica na atenção à Saúde da Família. In: 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, 2012.
- 62) Antonio GD, Tesser CD, Moretti-Pires RO. Contribuições das plantas medicinais para cuidado e promoção da saúde na atenção primária. *Interface.* 2013, 17 (46).
- 63) Menendez E. Modelos, saberes e formas de atenção ao padecimento: exclusões ideológicas e articulações práticas. In: Menendez E. *Sujeitos, saberes e estruturas: uma introdução ao enfoque relacional no estudo da Saúde Coletiva.* São Paulo: Hucitec, 2009. 17-70.
- 64) Luz MT, Barros NF. Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2012.
- 65) Fontes OL. *Farmácia Homeopática: teoria e prática.* 2ed. Barueri, SP: Manole, 2005.
- 66) Star SL, Griesemer JR. Institutional ecology, “translations” and boundary objects: amateurs and professionals. In: *Berkeley’s Museum of Vertebrate Zoology, 1907-39’, Social Studies of Science.* 1989, 19: 387-420.
- 67) Hall S. *Cultura e representação.* Rio de Janeiro: Ed. PUC-Rio: Apicuri, 2016. 260p.
- 68) Hall S. *Da Diáspora: Identidades e Mediações culturais.* Belo Horizonte: Editora UFMG, Brasília: Representação da UNESCO Brasil, 2003.
- 69) Santos BS. Para uma sociologia das ausências e uma sociologia das emergências. *Revista Crítica de Ciências Sociais.* 2002, 63: 237-80.
- 70) Barrett M, Oborn E. Boundary object use in cross-cultural software development teams. *Human Relations.* 2010, 63: 1199–221.

- 71) La Plantine F. *Antropologia da doença*. 4ed. São Paulo: Editora WMF Martins Postes, 2010.
- 72) Carvalho SC. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde. *Cad. Saude Publica*. 2004, 20 (4):1088-95.
- 73) Derkatch C. Method as argument: boundary work in evidence-based medicine. *Soc. Epistemol.* 2008, 22:371 e 388.
- 74) Patru D, Lauche K, Kranenburg HV, Ziggers GW. Multilateral Boundary Spanners: Creating Virtuous Cycles in the Development of Health Care Networks. *Medical Care Research and Review*. 2015; 72(6): 665– 86.
- 75) Williams P. The competent boundary spanner. *Public Administration*. 2002, 80: 103-24.
- 76) Star SL. This is not a boundary object: Reflections on the origin of a concept’, *Science, Technology & Human Values*. 2010, 35 (5): 601-617.
- 77) Landa MSH. *Crossing the divide: A phenomenological study of early childhood literacy teachers who choose to work with children in high-poverty schools* (Unpublished doctoral dissertation). University of Maryland, College Park, 2008.
- 78) Bimber B, Flanagan AJ, Stohl C. Reconceptualizing collective action in the contemporary media environment. 2015. *Communication Theory*, 15: 365–88.
- 79) Boland RJ, Tenkasi RV. Perspective making and perspective taking in communities of knowing. 1995. *Organization Science*, 6: 350–72.
- 80) Kerosuo H. Boundary encounters as place for learning and development at work. *Outlines: Critical Social Studies*. 2001, 3(1), 53–65.
- 81) Kerosuo H. Examining boundaries in health care—Outline of a method for studying organizational boundaries in interaction. *Outlines: Critical Social Studies*. 2004, ,6(1), 35–60.
- 82) Engestrom Y, Engestrom R, Karkkainen M. Polycontextuality and boundary crossing in expert cognition: Learning and problem solving in complex work activities. *Learning and Instruction*. 1995, 5: 319–36.
- 83) Postlethwaite K. Boundary crossings in research: Towards a cultural understanding of the research project “transforming learning cultures in further education. *Educational Review*. 2007, 59: 483–99.
- 84) Palmer CL. Structures and strategies of interdisciplinary science. *Journal of the American Society for Information Science*. 1999, 50, 242–53.

- 85) Tilly C. Social Boundary Mechanisms. *Philosophy of the Social Sciences*. 2004, 34 (2): 211-36.
- 86) Wenger E. *Communities of Practice: Learning, Meaning, and Identity*. Cambridge University Press, 1998.
- 87) Schaffter M, Fall JJ, Debarbieux B. Unbounded boundary studies and collapsed categories: rethinking spatial objects. *Progress in Human Geography*. 2010; 34(2):254–62.
- 88) Camargo EES. Diagnóstico dos programas de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos visando subsidiar a distribuição no Sistema Único de Saúde (Tese). Araraquara: Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho”, Faculdade de Ciências Farmacêuticas; 2010.
- 89) Berliner HS. Scientific medicine since Flexner. In Salmon JS (Ed.). *Alternative medicine: Popular and policy perspectives*. London: Tavistock, 1984. 30-56.
- 90) Mizrachi N. When the hospital becomes home. *Journal of Contemporary Ethnography*. 2001.30, 209-239.
- 91) Merton R. *The Sociology of Science: Theoretical and Empirical Investigations*. Chicago: University of Chicago Press, 1973.
- 92) Uchoa SAC, Junior KRC. Os protocolos e a decisão médica: medicina baseada em vivências e ou evidências?. *Ciência e Saude Coletiva*. 2010, 15(15).
- 93) Moerman, D. (2002). *Meaning, medicine and The “Placebo” effect*. Cambridge: Cambridge University Press.
- 94) Finkler, K. ‘A Comparative Study of Health Seekers: Or Why do Some People go to Doctors Rather than to Spiritualist Healers?’. *Medical Anthropology*. 1981, 5(4): 383–424.
- 95) Haram L. ‘Tswana Medicine in Interaction with Bio-medicine’, *Social Science and Medicine*. 1991, 33(2): 167–75.
- 96) Farge L. A Review of the Findings of Three Generations of Chicano Health Care Behavior. *Soc Sci Quart*. 1977, 58(3): 407–11.
- 97) Miller J. Use of Traditional Health Care by Korean Immigrants to the U.S.. *Society and Social Research*. 1990, 75(1): 38–45.
- 98) Israel Medical Association (2003). Disponível em: <http://www.ima.org.il>. Acesso em 01-dez-2017
- 99) Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC N°26 de 13 de maio de 2014. Dispõe sobre o registro de

- medicamentos fitoterápicos e o registro e notificação de produtos tradicionais fitoterápicos. DOU de 14/05/2014 (nº90, seção 1, página 52)
- 100) Lamont M, Molnar V. The study of boundaries in the social sciences. *Annual Review of Sociology*. 2002, 28(1),167–95.
  - 101) Cross J, MacGregor HN. Knowledge, legitimacy and economic practice in informal markets for medicine: A critical review of research. *Soc Sci Med* 2010; 71: 1593-600.
  - 102) Barrett S, Jarvis WT. *The health robbers: A close look at quackery in America*. Buffalo: Prometheus Books, 1993.
  - 103) Beyerstein B. Alternative medicine: Where's the evidence?. *Can J Public Health*. 1997.88(3),149–150.
  - 104) Gieryn TF. *Cultural boundaries of science: credibility in the line*. Chicago: University of Chicago Press, 1999.
  - 105) Leape LL. Error in medicine. *Journal of the American Medical Association*. 1994, 272(23), 1851–7.
  - 106) Pelletier KGE. Conventional and integrative medicine—evidence based? Sorting fact from fiction. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 2003, 8(1), 3–6.
  - 107) Sanders L. Medicine's progress, one setback at a time. *The New York Times Magazine*. 2003. 29–43.
  - 108) Fadlon J. *Negotiating the holistic turn: The domestication of alternative medicine*. Albany: State University of New York Press, 2005.
  - 109) Dimaggio PJ, Powell WW. The iron cage revisited: Institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields. In: Powell WW, DiMaggio PJ (Eds.). *The new institutionalism in organizational analysis*. Chicago: University of Chicago Press, 1991. 84-5.
  - 110) Fadlon J. Meridians, Chakras and Psycho-Neuro-Immunology: The Dematerializing Body and the Domestication of Alternative Medicine. *Body & Society*. 2004; 10(4): 69–86.
  - 111) Barry CA. The role of evidence in alternative medicine: Contrasting biomedical and anthropological approaches. *Soc Sci Med*. 2006, 62 (11): 2646-57.

- 112) Flatt J. 'Decontextualized versus lived worlds: Critical thoughts on the intersection of evidence, lifeworld, and values'. *J Altern Complement Med.* 2012, 18 (5): 513-21.
- 113) Kim J. Alternative medicine's encounter with laboratory science: The scientific construction of Korean medicine in a global age. *Social Studies of Science.* 2007, 37 (6): 855-80
- 114) Verhoef MJ, Lewith G, Ritenbaugh C, Boon H, Fleishman S, Leis A. Complementary and alternative medicine whole systems research: Beyond identification of inadequacies of the RCT. *Complementary Therapies in Medicine.* 2005, 13 (3): 206-12.
- 115) Jackson S, Scambler G. Perceptions of evidence-based medicine: traditional acupuncturists in the UK and resistance to biomedical modes of evaluation. *Sociol. Health Illn.* 2007, 29: 429.
- 116) Shlay JC, Chaloner K, Max MB, Flaws B, Reichelderfer P, Wentworth D et al. Acupuncture and amitriptyline for pain due to HIV-related peripheral neuropathy. *JAMA.* 1998. 280: 1590.
- 117) MacPherson H. *Acupuncture Research: Strategies for Establishing an Evidence Base.* Churchill Livingstone, Philadelphia, PA, 2007.
- 118) Gale N, McHale J. 'Introduction: Understanding CAM in the twenty-first century – the importance and challenge of multi-disciplinary perspectives'. In: Gale N, McHale J (eds). *Routledge handbook of complementary and alternative medicine: Perspectives from social science and law.* London: Routledge, 2015:1-9.
- 119) Keshet Y. 'Hybrid knowledge and research on the efficacy of alternative and complementary medicine treatments. *Social Epistemology.* 2010, 24 (4): 331-47.
- 120) Fassin D, Fassin E. Traditional medicine and the stakes of legitimization in Senegal. *Sot Scr Med.* 1988; 27(4): 353-7.
- 121) Shuval JT, Mizrachi N. Changing Boundaries: Modes of Coexistence of Alternative and Biomedicine. *Qualitative health research* 2004 May; 5: 675-90.
- 122) Vandembroucke JP, De Caen AJM. Alternative medicine: A "mirror image" for scientific reasoning in conventional medicine. *Annals of Internal Medicine.* 2001, 135, 507-13.

- 123) Strike CJ, O'Grady C, Myers T, Millson M. Pushing the boundaries of outreach work: the case of needle exchange outreach programs in Canada. *Social Science & Medicine*. 2004, 59: 209–19.
- 124) Brasil. Programa mais médicos do Governo Federal. Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/conheca-programa>. Acesso em: 10-dez-2017.
- 125) NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/cubano-do-mais-medicos-reduz-uso-de-antibioticos-em-aldeia-indigena-ao-resgatar-plantas-medicinais/>. Acesso em: 10-dezembro-2017.
- 126) Abbott A. *The system of professions: An essay on division of expert labor*. Chicago: University of Chicago Press, 1988.
- 127) Brasil. Ministério da Saúde. Resolução RDC Nº 18, de 3 de ABRIL de 2013- Dispõe sobre as boas práticas de processamento e armazenamento de plantas medicinais, preparação e dispensação de produtos magistrais e oficinais de plantas medicinais e fitoterápicos em farmácias vivas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2013c.
- 128) Shuval J. Collaborative Relationships of Alternative Practitioners and Physicians in Israel: An Exploratory Study. *Complementary Health Practice Review*. 2001, 7(2): 111-25.

## APÊNDICES

### APÊNDICE 1- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa: **Obstáculos para a implantação e implementação da Farmácia Viva**

**Pesquisador responsável:** Renata Cavalcanti Carnevale

Você está sendo convidado a participar como voluntário de um estudo. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos e deveres como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Se você não quiser participar ou retirar sua autorização, a qualquer momento, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo.

**Proposta da pesquisa:** Compreender porque ainda é dado pouco destaque às plantas medicinais/ fitoterápicos, através de entrevistas com gestores de Farmácias Vivas do Sistema Único de Saúde (SUS)

**Procedimentos:** Serão incluídos no estudo os gestores de Farmácia Viva do SUS. Será realizada uma entrevista com cada um dos gestores. As entrevistas serão realizadas utilizando-se um roteiro. O objetivo da entrevista é identificar o histórico profissional dos sujeitos; o conhecimentos dos mesmos sobre as plantas medicinais/ fitoterápicos; motivações para uso das plantas medicinais e fitoterápicos; opinião sobre o uso; organização do trabalho de plantas medicinais e fitoterápicos; estrutura da equipe; forma de utilização das plantas medicinais e fitoterápicos e opiniões sobre o projeto.

**Você autoriza a gravação da sua entrevista?**  Sim  Não

**Riscos :** Participando deste estudo, o que será feito a mais será a realização da entrevista, que não oferece riscos.

**Benefícios:** A participação no estudo levantará dados importantes sobre a Farmácia Viva no Brasil.

**Reembolso:** Não ocorrerá nenhum tipo de reembolso de dinheiro, já que não há gastos extras devido à participação na pesquisa.

**Contatos:** No caso de dúvidas, a pesquisadora responsável Renata Cavalcanti Carnevale pode ser contatada através do telefone: (019) 35219240 ou pelo e-mail: [recarnevale@yahoo.com.br](mailto:recarnevale@yahoo.com.br). Endereço: Departamento de Saúde Coletiva- Rua Tessália Vieira de Camargo, 126- Barão Geraldo -Campinas/ SP. Caso haja alguma dúvida em relação aos direitos e deveres como participante da pesquisa, o Comitê de Ética em Pesquisa da FCM/ UNICAMP deve ser contatado, através do telefone (019) 35218936 ou do e-mail: [cep@fcm.unicamp.br](mailto:cep@fcm.unicamp.br). Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126- Barão Geraldo- Campinas/ SP.

**Confidencialidade:** As informações obtidas durante o estudo serão utilizadas para realização de relatórios ou publicações. Entretanto, o nome do participante ou qualquer outra informação que possa identificar o participante não serão jamais divulgadas.

Eu li o Termo de Consentimento e todas as minhas dúvidas a respeito da pesquisa foram esclarecidas. Eu decido voluntariamente participar da pesquisa.

**Nome do gestor:** \_\_\_\_\_

**Idade:** \_\_\_\_ anos

**Assinatura do gestor:** \_\_\_\_\_

**Local e Data:** \_\_\_\_\_

**Nome do pesquisador que obteve o termo:** \_\_\_\_\_

**Assinatura do pesquisador que obteve o termo:** \_\_\_\_\_

**Local e Data:** \_\_\_\_\_



2. Quais as dificuldades encontradas para a manutenção da Farmácia Viva? Por que?
3. Há falta de financiamento para a Farmácia Viva (verba, matéria-prima, funcionários)? Por que?
4. Há questões políticas que interferem no funcionamento da farmácia viva? Quais? Por que?
5. Há problemas com relação à legislação da Farmácia Viva? Quais? Por que?
6. Há dificuldades para obtenção de certificação pelo CRF e ANVISA? Quais? Por que?
7. A farmácia viva é aceita pelos usuários? Por que?
8. A farmácia viva é aceita pelos profissionais de saúde? Por que?
9. Há problemas estruturais na Farmácia Viva? Quais? Por que?
10. Há horto matriz na Farmácia Viva? Por que?
11. Há alguma influência da indústria farmacêutica em relação à Farmácia Viva? Qual? Por que?
12. Há carência de estudos científicos em plantas medicinais? Por que?
13. Você acha que o resgate do conhecimento popular e tradicional de plantas medicinais pode trazer mais valorização às plantas medicinais? Como? Por que?
14. Vocês tem parceria com raizeiros e conhecedores populares de plantas medicinais na Farmácia? Por que?
15. No passado a ação das plantas medicinais era associada a questões místicas e populares. Ainda é assim? Por que?
16. Porque atualmente o uso de plantas medicinais restringe-se apenas ao cuidado corpo físico?
17. Que imagem você associa às plantas medicinais?
18. Que povo/ pessoa você associa às plantas medicinais?
19. Existe alguma outra coisa que você gostaria de informar ou compartilhar que não foi perguntado?

## ANEXOS

### ANEXO 1 –Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e na Relação Nacional de Plantas de Interesse ao SUS (RENISUS)

Plantas medicinais incluídas na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME)

1.	Alcachofra ( <i>Cynara scolymus</i> L.)	7.	Guaco ( <i>Mikania glomerata</i> Spreng)
2.	Aroeira ( <i>Schinus terebinthifolius</i> Raddi)	8.	Hortelã ( <i>Mentha x piperita</i> L.)
3.	Babosa ( <i>Aloe vera</i> (L.) Burm. F)	9.	Isoflavona de soja ( <i>Glycine max</i> (L.) Merr)
4.	Cáscara sagrada ( <i>Rhamnus purshiana</i> DC.)	10.	Plantago ( <i>Plantago ovata</i> Forssk.)
5.	Espinheira santa ( <i>Maytenus officinalis</i> Mabb.)	11.	Salgueiro ( <i>Salix alba</i> L.)
6.	Garra do diabo ( <i>Harpagophytum procumbens</i> )	12.	Unha de gato ( <i>Uncaria tomentosa</i> (Willd.ex Roem.& Schult.) DC)

Fonte: BRASIL, 2015 (18)

Relação Nacional de Plantas de Interesse ao SUS (RENISUS)

1.	<i>Achillea millefolium</i>	37.	<i>Lippia sidoides</i>
2.	<i>Allium sativum</i>	38.	<i>Malva sylvestris</i>
3.	<i>Aloe spp</i> ( <i>A. vera</i> ou <i>A. barbadensis</i> )	39.	<i>Maytenus spp</i> ( <i>M. aquifolium</i> ou <i>M. ilicifolia</i> )
4.	<i>Alpinia spp</i> ( <i>A. zerumbet</i> ou <i>A. speciosa</i> )	40.	<i>Mentha pulegium</i>
5.	<i>Anacardium occidentale</i>	41.	<i>Mentha spp</i> ( <i>M. crispa</i> , <i>M. piperita</i> ou <i>M. villosa</i> )
6.	<i>Ananas cornosus</i>	42.	<i>Mikania spp</i> ( <i>M. glomerata</i> ou <i>M. laevigata</i> )
7.	<i>Apuleia férrea</i> = <i>Caesalpinia ferrea</i>	43.	<i>Momordica charantia</i>
8.	<i>Arrabidaea chica</i>	44.	<i>Morus sp</i>
9.	<i>Artemisia absinthium</i>	45.	<i>Ocimum gratissimum</i>
10.	<i>Baccharis trimera</i>	46.	<i>Orbignya speciosa</i>
11.	<i>Bauhinia spp</i> ( <i>B. affinis</i> , <i>B. forficata</i> ou <i>B. variegata</i> )	47.	<i>Passiflora spp</i> ( <i>P. alata</i> , <i>P. edulis</i> , <i>P. incarnata</i> )
12.	<i>Bidens pilosa</i>	48.	<i>Persea spp</i> ( <i>P. gratissima</i> ou <i>P. americana</i> )
13.	<i>Calendula officinalis</i>	49.	<i>Petroselinum sativum</i>
14.	<i>Carapa guianensis</i>	50.	<i>Phyllanthus spp</i> ( <i>P. amarus</i> , <i>P. niruri</i> , <i>P. tenellus</i> e <i>P. urinaria</i> )
15.	<i>Casearia sylvestris</i>	51.	<i>Plantago major</i>
16.	<i>Chamomila recutita</i>	52.	<i>Plectranthus barbatus</i>
17.	<i>Chenopodium ambrosioides</i>	53.	<i>Polygonum spp</i> ( <i>P. acre</i> ou <i>P. hydropiperoides</i> )
18.	<i>Copaifera spp</i>	54.	<i>Portulaca pilosa</i>
19.	<i>Cordia spp</i> ( <i>C. currasavica</i> ou <i>C. verbenácea</i> )	55.	<i>Psidium guajava</i>
20.	<i>Costus spp</i> ( <i>C. scaber</i> ou <i>C. spicatus</i> )	56.	<i>Punica granatum</i>
21.	<i>Croton spp</i> ( <i>C. cajucara</i> ou <i>C. zehntneri</i> )	57.	<i>Rhamnus purshiana</i>
22.	<i>Curcuma longa</i>	58.	<i>Ruta graveolens</i>
23.	<i>Cynara scolymus</i>	59.	<i>Salix alba</i>
24.	<i>Dalbergia subcymosa</i>	60.	<i>Schinus terebinthifolius</i>
25.	<i>Eleutherine plicata</i>	61.	<i>Solanum paniculatum</i>
26.	<i>Equisetum arvense</i>	62.	<i>Solidago microglossa</i>
27.	<i>Erythrina mulungu</i>	63.	<i>Stryphnodendron adstrigens</i>
28.	<i>Eucalyptus globulus</i>	64.	<i>Syzygium spp</i> ( <i>S. jambolanum</i> ou <i>S.cumini</i> )
29.	<i>Eugenia uniflora</i> ou <i>Myrtus brasiliana</i>	65.	<i>Tabebuia avellanedeae</i>
30.	<i>Foeniculum vulgare</i>	66.	<i>Tagetes minuta</i>
31.	<i>Glycine max</i>	67.	<i>Trifolium pratense</i>
32.	<i>Harpagophytum procumbens</i>	68.	<i>Uncaria tomentosa</i>
33.	<i>Jatropha gossypifolia</i>	69.	<i>Vernonia condensata</i>
34.	<i>Justicia pectoralis</i>	70.	<i>Vernonia spp</i> ( <i>V. ruficoma</i> ou <i>V. polyanthes</i> )
35.	<i>Kalanchoe pinnata</i> = <i>Bryophyllum calycinum</i>		
36.	<i>Laminum álbum</i>	71.	<i>Zingiber officinale</i>

Fonte: BRASIL, 2009 (19)

## Anexo 2- Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas/ UNICAMP

FACULDADE DE CIÊNCIAS  
MÉDICAS - UNICAMP  
(CAMPUS CAMPINAS)



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Plantas Medicinais e Fitoterápicos no Sistema Único de Saúde do Brasil: Fronteiras em movimento

**Pesquisador:** Renata Cavalcanti Carnevale

**Área Temática:**

**Versão:** 4

**CAAE:** 26462314.4.0000.5404

**Instituição Proponente:** Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 694.742

**Data da Relatoria:** 19/06/2014

#### Apresentação do Projeto:

As plantas medicinais e fitoterápicos fazem parte do Sistema Único de Saúde (SUS), entretanto, ainda existem fronteiras que trazem pequena visibilidade a estes. Além disto, grande desenvolvimento tem sido visto em relação à fitoterapia científica, acompanhada de uma desvalorização das fitoterapias popular e tradicional. O presente projeto enquadra-se em uma pesquisa qualitativa, prospectiva e exploratória, que inclui 14 Programas de Farmácia Viva e oito farmácias comunitárias da Articulação Pacari. Em cada programa/farmácia serão entrevistados o responsável pelo Programa de Fitoterapia/Plantas Medicinais, dois profissionais prescritores, também participantes do programa, e um usuário do programa, totalizando-se assim, 88 sujeitos de pesquisa. As entrevistas serão semiestruturadas e serão gravadas, transcritas, codificadas e analisadas tematicamente.

#### Objetivo da Pesquisa:

O projeto pretende fazer um levantamento qualitativo para compreender a visibilidade da fitoterapia/plantas medicinais, por meio da análise das fronteiras sociais, epistemológicas, simbólicas e organizacionais, identificadas por gestores, profissionais e usuários de Farmácias Vivas no SUS e Farmácias Comunitárias na sociedade civil.

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126  
 Bairro: Bairro Gerardo CEP: 13.083-887  
 UF: SP Município: CAMPINAS  
 Telefone: (19)3521-8038 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@fcm.unicamp.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS  
MÉDICAS - UNICAMP  
(CAMPUS CAMPINAS)



Continuação do Parecer: 094.742

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Não há riscos diretos aos voluntários, mantendo-se a confidencialidade do sujeito. Os benefícios serão relacionados a elaboração de uma fotografia mais precisa do Programa de Fitoterapia/Plantas Medicinais segundo o ponto de vista dos profissionais e dos pacientes.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisadora apresenta carta detalhada com atenção a todas as pendências levantadas no último parecer. Todas as questões foram atendidas e a pesquisadora também mostra as 3 versões do TCLE.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

São 3 versões de TCLE. todos foram readequados de modo A:

- 1- Apresenta-los separadamente;
- 2- apresentado na forma de convite,
- 3- apresentado campo adicional autorizando, ou não, a gravação da entrevista
- 4- riscos e benefício descritos de maneira clara

**Recomendações:**

PARTICIPANTE DEVERÁ, NO ITEM DO TCLE " GRAVAÇÃO DA ENTREVISTA" ASSINAR NA OPÇÃO DESEJADA, E NÃO APENAS ASSINALAR A OPÇÃO COM UM "X".

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovado, após resolução de pendências.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

- Se o TCLE tiver mais de uma página, o sujeito de pesquisa ou seu representante, quando for o caso, e o pesquisador responsável deverão rubricar todas as folhas desse documento, apondo suas assinaturas na última página do referido termo (Carta Circular nº 003/2011/CONEP/CNS).

- Cabe ao pesquisador desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado, elaborar e apresentar os relatórios parciais e final, bem como encaminhar os resultados para publicação com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico participante do projeto (Resolução 466/2012 CNS/MS). Os relatórios deverão ser enviados através

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126  
Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887  
UF: SP Município: CAMPINAS  
Telefone: (19)3521-8238 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@fcm.unicamp.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS  
MÉDICAS - UNICAMP  
(CAMPUS CAMPINAS)



Continuação do Parecer: 094.742

da Plataforma Brasil- Icone Notificação.

- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo deverão ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada (com destaque) e suas justificativas. As modificações deverão ter parecer de aprovação deste CEP antes de serem implementadas.

CAMPINAS, 24 de Junho de 2014

---

Assinado por:  
Fátima Aparecida Bottcher Luiz  
(Coordenador)

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126  
Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887  
UF: SP Município: CAMPINAS  
Telefone: (19)3521-8936 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cco@fcm.unicamp.br

**ANEXO 3 – Lista de Farmácias Vivas incluídas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)**

	<b>Estabelecimento</b>	<b>Município</b>
1.	Centro de Saúde Walter Ventura Ferreira	Teodoro Sampaio
2.	CERPIS	Planaltina
3.	ESF PIA	Nova Petrópolis
4.	Farmácia Popular do Brasil Valparaíso de Goiás	Valparaíso de Goiás
5.	Farmácia Viva	Betim
6.	Farmácia Viva	Riacho Fundo
7.	Farmácia Viva Alípio Magalhães Porto	Brejo da Madre de Deus
8.	Hospital de Medicina Alternativa	Goiânia
9.	Manipulare Farmácia de Manipulação	Engenheiro Caldas
10.	Posto de Saúde Pinhal Alto	Nova Petrópolis
11.	PSF Vale do Cai	Nova Petrópolis
12.	PSF Vila Germânia	Nova Petrópolis
13.	Rede Farmácia de Minas Unidade Heliodora	Heliodora
14.	SAE Serviço de Atenção especializada	Pedreiras
15.	SMSDC Hospital Mun. Raphael P. Souza	Rio de Janeiro
16.	SMSDC Rio UPA 24 horas Cidade de Deus	Rio de Janeiro
17.	SMSDC Rio UPA 24 horas Complexo do Alemão	Rio de Janeiro
18.	SMSDC Rio UPA 24 horas Costa Barros	Rio de Janeiro
19.	SMSDC Rio UPA 24 horas Madureira	Rio de Janeiro
20.	SMSDC Rio UPA 24 horas Vila Kennedy	Rio de Janeiro
21.	Unidade Básica de Saúde Centro	Nova Petrópolis
22.	Unidade Básica de Saúde Vale Verde	Nova Petrópolis
23.	Unidade de Saúde da Família de Ubirajara	Ubirajara
24.	Unidade Mista Elizabete Barbosa	Custódia

Fonte: CNES, 2013 (52)