

POLÍTICA NACIONAL DE PLANTAS MEDICINAIS E FITOTERÁPICOS: VALORIZAÇÃO CULTURAL E ENFRENTAMENTO DAS DESIGUALDADES

Marta Rocha de Castroⁱ

Doutoranda em Geografia
Pontifícia Universidade Católica do
Rio de Janeiro (PUC-Rio)

Rodrigo Penna Firmeⁱⁱ

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

Ludmila Rauppⁱⁱⁱ

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

Resumo

No Brasil, desde 2006, o Sistema Único de Saúde (SUS) incluiu a terapêutica das plantas medicinais e fitoterápicos nas suas ações de promoção e proteção à saúde. Este artigo oferece uma reflexão teórica e crítica, sobre o impacto que esta prática pode ter sobre a autoatenção, assim como, e a importância desta política pública para o enfrentamento das desigualdades espaciais e socioeconômicas de acesso aos serviços de saúde. Consideramos, com base na análise desta política pública, que a apropriação da medicina popular pelo mercado merece atenção uma vez que indica transformação do significado e proposta dessas práticas.

Palavras-chave: plantas medicinais; SUS; desigualdades socioeconômicas; autoatenção

NATIONAL POLICY OF MEDICINAL AND PHYTO- THERAPEUTIC PLANTS: CULTURAL VALORIZATI- ON AND CONFRONTATION OF INEQUALITIES

Abstract

In Brazil, since 2006, the Unified Health System (SUS) has included the treatment of medicinal plants and herbal medicines in its actions to promote and protect health. This article offers a theoretical and critical reflection about the impact that this practice can have on self-care, as well as the importance of this public policy to address the spatial and socioeconomic inequalities of access to health services. We consider, based on the analysis of this public policy, that the appropriation of this popular medicine by market agents deserves attention since it indicates a transformation of the meaning and proposal of these practices.

Keywords: medicinal plants; SUS; socioeconomic inequalities; self-care

Endereço institucional:

Rua Marquês de São Vicente, n.
225. Edifício da Amizade, ala
Frings, sl. F411. Gávea. Rio de Janeiro,
RJ, Brasil. CEP: 22451-900.

Endereço eletrônico:

ⁱ martaroachaacupuntura@gmail.com

ⁱⁱ rodrigopennafirme@gmail.com

ⁱⁱⁱ ludimilaraupp@puc-rio.br

Introdução

Saúde é um dos direitos humanos fundamentais. No Brasil, esse direito é assegurado pela constituição de 1988, sendo o Estado o principal responsável pela

sua provisão. Considerando marcos legais destinados a garantir condições adequadas de vida mediante á serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde (Brasil, 2016,p11), bem como o estímulo da Organização Mundial de Saúde (OMS) para o uso da medicina tradicional, complementar e alternativa, em maio de 2006 foi aprovada a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2006,p 9). Em junho do mesmo ano foi aprovada a Política Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos (PNPMF) (Brasil, 2006,p 10).

Como política de Estado, a PNPIC é de caráter nacional, no entanto, recomenda e dá diretrizes para sua acomodação ao nível dos municípios. Essa política tem por objetivo a inclusão das práticas integrativas e complementares no SUS. Dentre as práticas estão a medicina tradicional chinesa-acupuntura, homeopatia, plantas medicinais, fitoterapia e termalismo social/crenoterapia. Em 2016 o Ministério da Saúde aprovou a inclusão de novas práticas, entre elas a constelação familiar, aromoterapia e imposição das mãos. O foco dessas medidas e intervenções (apesar de promoverem cura) reside na prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, e deste modo, para contribuir com o aumento da resolubilidade do SUS, racionalização das ações para o desenvolvimento sustentável de comunidades, controle e participação social (Brasil, 2006, p 10).

Por sua vez, a PNPMF tem por objetivo garantir à população brasileira o acesso as plantas medicinais e fitoterápicos de forma segura e racional, promovendo o uso sustentável da biodiversidade, desenvolvendo a cadeia produtiva e industrial do país. Suas diretrizes foram detalhadas como ações do Programa Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos (Brasil, 2006, p 9).

A combinação da PNPIC, com a inclusão das plantas medicinais no SUS, tem potencial para estimular novas formas de cuidado e de alterar a percepção da relação entre saúde, doença, cura, prevenção e bem-estar, do mesmo modo que pode alterar a dinâmica e os significados das interações entre as pessoas que buscam esse tipo de tratamento e os profissionais de saúde.

É necessário discutir essas novas práticas sob a ótica da busca pela valorização da dignidade humana, bem como o reconhecimento da existência e efetividade de diversas abordagens médicas (Silva, 2014, p 290). Formas “alternativas” de cuidado autoatenção e autocuidado, preconizadas em modelos holísticos/integrativos de atenção, se contrapõem às relações costumeiras entre terapeuta-paciente, tencionando o modelo da medicina ocidental contemporânea, caracterizado pela dependência e supervalorização de saberes técnico-científicos altamente especializados e fragmentados (LUZ, 2005, p 152)

A inclusão do uso das plantas medicinais no SUS representa resistência à expansão quase hegemônica da medicina alopática moderna, valorização e resgate de saberes e racionalidades complementares desenvolvidos por populações rurais, periurbanas, indígenas e tradicionais, que tem acesso marginal aos serviços públicos de saúde e menos ainda ao sistema mercantilizado de clínicas e hospitais privados. Os benefícios são eficácia de cura de doenças com menos efeitos colaterais e menor custo, prevenção e alívio de sintomas e fortalecimento da autonomia e do conhecimento do usuário sobre o seu processo de cura. Nesse sentido, a PNPMF é uma estratégia para o enfrentamento das desigualdades regionais e espaciais existentes em nosso país em relação a oferta de serviços de saúde (Brasil, 2006, p 11).

Diante do exposto, o objetivo desse artigo é delinear uma reflexão teórica sobre algumas das possíveis implicações dessas políticas, notadamente no que se refere aos seus impactos na autoatenção e seu potencial papel no enfrentamento das desigualdades espaciais e socioeconômicas de acesso aos serviços de saúde no Brasil. Para isso, recorreu-se a análise de documentos oficiais e literatura acadêmica científica disponível.

A criação do SUS e a busca por outros paradigmas médicos

A criação do SUS foi impulsionada por um movimento democrático e social, o movimento da reforma sanitária. Esse movimento nasceu no início da década de 1970 ainda no contexto contra a Ditadura militar. A expressão “reforma sanitária” foi usada para se referir ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças abarcavam todo o

setor saúde em busca da melhoria das condições de vida da população (PAIM, 2016, p25)

O momento se caracterizava por intensas mudanças sociais e o movimento sanitarista sempre pretendeu ser mais do que apenas uma reforma setorial. Foi um movimento de contestação ao regime militar e, sobretudo ao sistema de saúde imposto à população. Almejava-se, desde seus primórdios, que pudesse servir à democracia e à consolidação da cidadania no País, pois durante o período dos governos militares (1964 a 1985) o sistema público de saúde era centralizado e beneficiava o sistema privado (PAIM, 2009, p 1929). Apenas pessoas com vínculo formal de trabalho (carteira assinada) ou que estavam vinculadas à previdência social poderiam dispor dos serviços públicos de saúde. A opção para as demais pessoas era pagar pelos serviços privados e os menos favorecidos economicamente contavam com caridade de profissionais e entidades religiosas. (PAIM, 2009, p1930)

Um marco para a reforma sanitária e o nascimento do novo sistema de saúde no Brasil (SUS) foi a oitava Conferência Nacional da Saúde (CNS), a primeira conferência aberta à sociedade, que resultou no sistema unificado e descentralizado da saúde e formou as bases para a carta da Constituição Federal (CF) de 1988 (Paiva, 2014, p 21). Segundo o artigo 196 da CF de 1988:

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

A Constituição Federal de 1988 integrou saúde, previdência e assistência, reconheceu o direito à saúde como um dever do Estado, incluindo a criação do SUS, universal, público, participativo, descentralizado e integral (PAIM, 2013, p 1932)

A criação do SUS alterou profunda e positivamente toda a estrutura prévia das ações de saúde no Brasil. Possibilitou o acesso igualitário universal à assistência à saúde, integralidade na assistência que passa a ser oferecida em um conjunto articulado de ações preventivas, curativas e de alta complexidade. Sua implementação avançou e estimulou, por exemplo, a descentralização do acesso aos serviços básicos de saúde (PAIVA, 2014, p 18)

A intervenção de natureza estrutural feita a partir da criação do SUS e a descentralização da saúde dividiu o modelo de assistência em atenção primária, que priorizam a prevenção de doenças e a promoção da saúde que são oferecidos nos postos de atenção primária, atenção secundária que são entendidos como serviços especializados na medicina, como por exemplo, consultas com especialistas, serviços fisioterapia, psicoterapia entre outros e o nível terciário que se refere aos hospitais e serviços mais complexos de saúde. (PAIM, 2016, p 32)

O passo para a criação dos postos de atenção primária na saúde ou Programa Saúde da Família (PSF) foram dados a partir da criação do Departamento de Atenção Básica, estruturando a assistência e dividindo por áreas programáticas da saúde, possibilitando espacializar e conhecer a realidade da situação de saúde das localidades específicas (GONDIM,2008, p 240)

Desde 2006, o SUS passou a implementar práticas e terapias baseadas em concepções “alternativas” sobre as diversas formas de cuidado com a saúde. Essas terapias não são novidade, dado que por muitos anos foram utilizadas por grande parcela da população, por serem baseadas em conhecimentos tradicionais de baixo custo financeiro, como a utilização das plantas medicinais. A novidade reside no fato de serem adotadas como política pública no Brasil, fruto da globalização de um movimento de resistência e resgate que se inicia no final dos anos 60 e início dos anos 70: “Na década de 1970 surge um interesse mundial pelas medicinas alternativas\ tradicionais. Esse interesse foi movido por uma dupla crise na sociedade atual: sanitária e médica” (LUZ, 2005, p 146). A crise sanitária foi observada principalmente nas sociedades onde há uma desigualdade social profunda, como no continente latino-americano. Problemas de natureza sanitária como a desnutrição, doenças infectocontagiosas, crônico-degenerativas somadas ao retorno de velhas doenças tais como a sífilis e tuberculose. (LUZ, 2005, p149)

Em relação a crise médica e da saúde vivenciamos a mercantilização da saúde que abrange a “ empresa médica” planos de saúde, laboratórios, indústria farmacêutica e a própria relação médico - “paciente” da medicina moderna pautadas por relações verticais de poder, apropriação dos corpos e da saúde do usuário por parte dos profissionais e medicina baseada majoritariamente em

tecnologias, distanciando e distanciando a relação dos profissionais e “paciente (ILLICHI, 1978, p 13, LUZ 2005, p149)

Ainda em 1970 a OMS recomenda a integração das Medicinas Tradicionais (MT) nos sistemas nacionais de saúde. (FERREIRA, 20013, p 54). Em 1978, a declaração de Alma – Ata reconhece a colaboração dos praticantes das Medicinas Tradicionais nos cuidados primários de saúde. Em 2002, é publicado o documento Estratégias da OMS sobre a medicina Tradicional, 2001-2205, contendo os objetivos e as diretrizes do programa, ampliando o acesso da população dos países membros aos acessos aos serviços de atenção primária da saúde. (FERREIRA, 2013, p 56)

Em 2006 no Brasil, é publicado o documento Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares da Saúde (PNPCS) e no mesmo ano a Política de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, contendo as diretrizes e objetivos da inclusão destas práticas no SUS. (BRASIL, 2006, p 20)

Politica Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos

O interesse e conseqüente crescimento pelas práticas integrativas, a partir da década de 1960 com seu auge na década de 1980 foi observado tanto em países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento (LUZ, 2005, p 146) A denominação “integrativas” foi cunhada pelo Ministério da Saúde (MS) para as práticas conhecidas como alternativas ou complementares. (ANDRADE, 2010, p 498)

Diante dos fatores descritos na seção anterior e pela influência do consumo mundial das medicinas alternativas, algumas práticas começaram a ser procuradas por uma parcela da população que podiam pagar por esses serviços antes de serem oferecidos pelo SUS e outras práticas de baixo custo financeiro como as plantas medicinais permaneceram no uso por populações com acesso restrito aos serviços de saúde e baixo poder socioeconômico (ANDRADE, 2010,p 500 LUZ, 2005, p 151) O consumo e o modismo das práticas integrativas, incluindo as plantas medicinais merece atenção, pois a apropriação destas práticas pelo mercado e indústria farmacêutica pode colocar em risco a oferta de baixo custo e distribuição igualitária destes serviços.

Em 2006 o SUS incluiu na oferta de seus serviços as práticas integrativas, realizada pela PNIPIC, aprovada pela portaria nº 971, de 3 de maio de 2006 (BRASIL, 2006, p 9). Essa inclui o Termalismo Social/Crenoterapia; práticas corporais (lian gong, chi gong, tui-na, tai-chi-chuan); práticas mentais (meditação); orientação alimentar e fitoterapia tradicional chinesa. No mesmo ano de 2006, o governo federal aprovou a Política Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos, por meio do Decreto nº 5.813, de 22 de junho de 2006, a qual se constitui em parte essencial das políticas públicas de saúde e meio ambiente (BRASIL, 2006, p 9).

As práticas integrativas e complementares atuam no fortalecimento da promoção da saúde e prevenção de doenças e são oferecidas nos postos de atenção primária da saúde. Baseada em modelo de atitude de ampliação de acesso a atenção humanizada e centrada na integralidade do indivíduo, a PNIPIC contribui para o fortalecimento dos princípios fundamentais do SUS (BRASIL, 2006, p 25).

No mesmo ano, em 2006 o MS integra a PNPMF, através da PNPIC. Dentro das diretrizes e objetivos desta política pública constam: como uma importante estratégia para o enfrentamento das desigualdades regionais existentes em nosso país, possibilitando a inserção socioeconômica das populações de territórios caracterizados pelo baixo dinamismo econômico e indicadores sociais precários, ampliar a oferta de opções terapêuticas na perspectiva da integralidade da atenção à saúde considerando o conhecimento tradicional, além de fortalecer a indústria farmacêutica nacional neste campo (BRASIL, 2006 p 21)

A inclusão das Práticas Integrativas e Complementares no SUS tem acontecido de forma gradual, em 2017, foi publicada a Chamada Pública SCTIE/MS nº 1, de 16 de novembro, que tem como objetivo a oferta de verbas para a implementação de farmácias vivas e de manipulação de fitoterápicos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 20018) Em 2018 foi aprovado o repasse de recursos para 11 municípios e o processo seletivo de projetos para apoio à assistência farmacêutica em plantas medicinais e fitoterápicos, com ênfase em controle de qualidade. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018)

Alguns desafios são encontrados na implementação segura e eficiente dessas práticas como um número restrito de instituições que formem profissionais aptos a

atuarem com outra racionalidade médica que não a medicina moderna e hegemônica (AZEVEDO, 2011, p 369), e especificamente em relação as plantas medicinais, a forma de extrativismo e conhecimento correto das ervas são desafios diante do aumento do consumo e conseqüente aumento de produção e venda das plantas.(ALMEIDA, 2003, p 30) Ao incluírem no programa as populações que detém o conhecimento do cultivo, colheita e uso das ervas os desafios mencionados acima podem ser amenizados, além de ampliar a possibilidade de renda para tais populações.

Percebemos que além dos enfrentamentos as desigualdades sociais e econômicas e fortalecer os princípios doutrinários do SUS, a PNPMF também tem como objetivo o fomento a indústria farmacêutica, o que pode significar uma apropriação do mercado e conseqüentemente encarecer e transformar o significado dessa prática popular.

A distribuição e a oferta de medicamentos fitoterápicos, industrializados e manipulados teve um aumento expressivo nos últimos seis anos. (BRASIL,2018) Algumas pesquisas apontam para uma oferta maior na distribuição de fitoterápicos em relação à distribuição das plantas medicinais nos postos de atenção primária da saúde.(RIBEIRO, 2017)

As medicinas integrativas ou complementares, incluindo as plantas medicinais carregam outra abordagem de cuidado, favorecem uma aproximação nas relações entre profissionais da saúde e usuários, distanciadas pela expansão tecnológica e relações de poder além de fortalecer a autonomia e a consciência em relação à saúde do usuário. Articula tecnologias leves, filosofia oriental, práticas religiosas, fortalece a autonomia e estilos de vida vinculados ao naturalismo e à ecologia (ANDRADE, 2010, p 503) , além de colaborar para a integralidade, ampliação da corresponsabilidade dos indivíduos pela saúde e exercício de cidadania. (BRASIL, 2006, p 21).

Cuidado de si, autoatenção e autocuidado

Os avanços tecnológicos são de grande importância para a medicina, mas o seu uso na prática médica associado à transformação do cuidado em mercadoria

distanciou as relações entre os profissionais da saúde e o “paciente”. Além do distanciamento, as relações de cuidado foram se transformando em relações de poder e os “doutores” da saúde se apropriaram dos corpos de seus “pacientes”. Estes devem apenas cumprir as ordens prescritas nos receituários e, muitas vezes, sabem somente o nome da doença que possuem e o comprimido que precisam consumir (LUZ, 2005, p, 145).

Esta apropriação se deu, dentro deste contexto como reguladora dos corpos adoecidos para que voltassem a produzir na sociedade, ou seja, entendido sob uma moralidade higiênica (CAMARGO, 2008,p 66). O cuidado nesta concepção está vinculado aos saberes, nas intervenções tecnológicas por parte dos profissionais da saúde em relação aos nossos corpos e a medicalização, que além de ser algo que se consome é algo também que alivia os sintomas clínicos do adoecimento e permite que o sujeito volte logo a produzir (CAMARGO, 2008,p 65, ILLICHI, 1978, p 7) O imediatismo dominou as práticas médicas e se torna mais prático tomar uma pílula que sane os sintomas, do que, por exemplo, preparar um chá.

Cuidado de si, tema abordado por Foucault (1978) está atravessado por dois conceitos que organizam a sua obra: o biopoder e a biopolítica. Por biopoder deve-se entender a estatização da vida biológica, um esvaziamento da subjetividade e do direito sobre o próprio corpo, realizada por variadas intervenções tecnológicas (BUB, 2006) Segundo Bub (2006, p 153), “a biopolítica tem como objeto o corpo múltiplo, a população, estuda os fenômenos de massa em longo prazo, tentando prevenir e estimar estatísticas, perseguindo o equilíbrio da população e sua regulamentação”. O cuidado de si seria uma forma de embate, de resistência diante do esvaziamento da subjetividade do sujeito e do controle sobre o seu próprio corpo, além de se constituir uma busca pela sua verdade (BUB, 2006, p153)

O conceito “*epiméleia heautoû*” significa: ocupar-se de si mesmo, tomar conta de si, cuidar de si, configura um dos principais princípios da Grécia antiga. Seria uma série de ocupações do indivíduo consigo mesmo. O cuidado de si tem relação com a interpretação do sujeito em relação ao mundo e suas ações, está ligado ao exercício de política. (BUB, 2006,154). O sujeito do cuidado de si é um sujeito de ação e Foucault faz uso deste conceito como forma de se opor à estatização da vida

biológica e ao poder e controle dos corpos. Com a introdução da filosofia moderna, do cientificismo e do pensamento cartesiano o cuidado de si perde a sua importância (BUB, 2006, p 155)

Autocuidado é um conceito “médico” que trata da adequação do paciente para incorporar os valores e as instruções da biomedicina (LANGDON, 2014, p 1028). Trata-se de uma série de práticas que o sujeito é instruído a seguir em prol da recuperação de sua saúde e em busca de uma vida saudável. O autocuidado se concretiza através de práticas de cuidados orientadas por profissionais e executadas pela pessoa que se encontra adoecida para que tenha uma melhor qualidade de vida, saúde e bem-estar. (BUB, 2006, p 154)

Este conceito, ainda que fortaleça a autonomia do sujeito não os desloca do lugar de dependente de serviços médicos. É uma prática voltada para o sujeito, não incluindo o ambiente, cultura e modos de vida.

Autoatenção é um conceito elaborado por Eduardo Menéndez, para referir-se não somente às atividades de tipo biomédico, mas a todos os recursos terapêuticos biomédicos ou de outras culturas, empregados na busca de prevenção, tratamento, controle, alívio e/ou cura de uma determinada enfermidade (MENÉNDEZ, 2003, P198). A autoatenção, se difere do autocuidado por não haver necessariamente uma intervenção direta por parte de um médico ou curandeiro, sendo uma prática de caráter mais autônomo e está ligado a todas as formas de autoatenção necessárias para assegurar a reprodução biossocial dos sujeitos e grupos no nível dos microgrupos, em especial do grupo doméstico (LANGDON, 2014, p 1025). Esta prática se aproxima mais das terapias integrativas e medicinas populares por valorizar o ambiente, a subjetividade e os grupos sociais.

Na medida em que o mercado se apropriou da medicina, o modelo hegemônico da biomedicina se apropriou da saúde e dos corpos das pessoas, não permitindo que o sujeito moderno decida ou reflita sobre os cuidados com a sua saúde. A estes foi imposto um modelo único a ser seguido, independente de onde se viva e de suas condições econômicas, espaciais e culturais, potencializando ainda mais as desigualdades dos acessos aos serviços de saúde.

O uso das plantas medicinais: desigualdades espaciais, políticas e socioeconômicas

O adoecer carrega símbolos diversos aos indivíduos e aos grupos sociais. Os significados de enfermidades e as formas de cuidado se diferem. É preciso refletir sobre o significado social do adoecer e como não podemos reduzir o cuidado com a saúde em apenas um modelo.

O Brasil, assim como toda a América Latina, era habitado por povos autóctones que possuíam uma lógica própria de organização social, cultura e cuidados com a saúde. O eurocentrismo, fez com que a cultura, incluindo a religião e medicina desses povos fosse vistas como primitivas e com a chegada da modernidade e expansão tecnológica, a medicina moderna foi imposta como um único modelo a ser seguido (LANDER, 2015, p 14).

Acontece que essa expansão tecnológica e seus recursos, além de não chegarem de forma espacialmente igualitária, não atendem as necessidades de todos os povos, contribuindo assim para um aumento das desigualdades no setor da saúde. Diversas práticas populares, incluindo o uso das plantas medicinais são utilizadas por muitos povos que para além do restrito acesso aos demais serviços de saúde da biomedicina dialogam diretamente com os seus sistemas de crenças e representações (MENÉNDEZ, 2003, p 189).

Os diferentes modelos de medicina são na maioria das vezes considerados antagônicos ao modelo hegemônico da medicina moderna. Menéndez (2003, p 200) ao se referir a outros modelos médicos existentes na América Latina atenta para “a necessidade de se observar as estreitas relações que se dão entre esses modelos através das práticas e representações dos sujeitos que as utilizam”.

Devemos considerar as condições sociais, econômicas, religiosas e espaciais de determinados grupos que vivem em certos lugares e o desenvolvimento de diferentes formas de cuidado por estes praticados. O local em que a pessoa vive, suas condições sociais e culturais possibilitam diferentes formas de atenção a partir das necessidades, e das possibilidades dos diferentes grupos sociais (MENÉNDEZ, 2003, p 200)

Para além da valorização e respeito as diversidades culturais e seus significados de adoecer e cura, o uso das plantas medicinais se constitui uma importante estratégia econômica para o Sistema único de Saúde, por não fazer apelo a moderna tecnologia, cara e dependente de especialidades médicas.

Considerações Finais

A inclusão das plantas medicinais no SUS tem potencial para fortalecer a autonomia e autoatenção dos usuários transformando a relação verticalizada e naturalizada entre profissionais e usuários. Além de incluir pessoas que não tem acesso aos avanços tecnológicos da medicina e inserir os mesmos, detentores do conhecimento da medicina popular e tradicional no programa de PNPF.

A medicina moderna, centrada nas ações médicas, nas intervenções tecnológicas e no mercado, tende a excluir práticas e saberes tradicionais, reduz as formas de cuidado em apenas uma, além de excluir pessoas e determinados grupos sociais. Assim se dá a institucionalização progressiva de uma racionalidade em detrimento e desqualificação de toda e qualquer outra que não seja classificada como moderna e científica.

A inclusão das plantas medicinais no SUS avultou o respeito e a valorização de uma medicina popular e que resistiu a expansão da medicina moderna e facilita uma aproximação do saber popular e do saber científico. A institucionalização desta prática no sistema público de saúde traz benefícios para o usuário, no que tange à prevenção e cura de enfermidades, potencializa a autoatenção e lhe oferece possibilidades de poder optar por outra forma de cuidado. Transforma a relação, vertical, autoritária e distante entre profissionais e usuários do modelo médico vigente.

Do ponto de vista da própria racionalidade puramente econômica, para o SUS, há enorme potencial de diminuição de gastos públicos com consultas médicas, medicamentos e cura (substituída em parte por prevenção via autocuidado), além de fazer cumprir os princípios doutrinários de integralidade e equidade na saúde. As plantas medicinais fazem parte da cultura de diversos povos e países, principalmente da América Latina, sendo que a transmissão deste saber tem sido feita historicamente de forma oral de geração em geração. Para algumas sociedades permane-

ce sendo a principal forma culturalmente prescrita de tratamento e prevenção, muitas vezes sendo a única possibilidade dado o limitado acesso aos mercados e aos sistemas públicos Estatais.

Podemos hoje encontrar em páginas eletrônicas laboratórios poderosos disfarçados de verde fazendo apologia ao uso das plantas medicinais, demonstrando um alinhamento da indústria farmacêutica com a indústria de fitoterápicos. Diante do interesse mundial por esta prática e conscientes de sua importância, pensamos que a mesma merece atenção em relação aos interesses do mercado, pois a apropriação desta medicina popular retira o seu significado, e a transforma em mais um produto a ser vendido.

Referências Bibliográficas

ANDRADE, J. T. D., & COSTA, L. F. A. D. Medicina complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia médica. Fortaleza, CE. **Saúde e Sociedade**, 19, 497-508, 2010.

AZEVEDO. E , Pelicione. M.C. Práticas integrativas e complementares de desafios para educação. **Trabalho educação e saúde**, Rio de Janeiro, vol.9, n.3, pp.361-378. 2011. Disponível em < <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462011000300002> >

ALMEIDA, M. Z. **Plantas medicinais**. Salvador – BA: Eitora UFBA, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas Complementares no SUS: PNPIC: atitude de ampliação de acesso. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>>. Acesso em 07 de julho de 2018.

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

BRASIL. Senado Federal. Constituição da república federativa do Brasil. Brasília, 2016 Brasil – Plantas Medicinais e Fitoterápicos no SUS. Brasília, 2018. Disponível em: < <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/programa-nacional-de->

[plantas-medicinais-e-fitoterapicos-ppnprm/plantas-medicinais-e-fitoterapicos-no-sus](#) > Acesso em 24 de fevereiro de 2019.

BUB, M. B; Medrano, C; Silva, C.M; Wink, S; Liss, E. P; Santos, E, K. A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. Florianópolis, SC. Texto Contexto Enfermagem, 2006. P 152-157 Disponível em <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71414366018>>. Acesso em 07 de julho de 2018. Capítulo 6: As populações tradicionais: conflitos e ambiguidades.

CAMARGO-BORGES, C. e JAPUR, M. **Sobre a (não) adesão ao tratamento: ampliando sentidos do autocuidado**. Florianópolis, SC. Texto Contexto Enfermagem, 2008. 17.1, p-p: 64-71. Disponível em <http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/6682/art_JAPUR_Sobre_a_nao_adexao_ao_tratamento_ampliando_2008.pdf?sequence=1>. Acesso em 07 de julho de 2018.

COHN, A. Caminhos da reforma sanitária. **Lua Nova: revista de cultura e política**, 1989 (19), p 123-140. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-64451989000400009&script=sci_arttext&tlng=es> Acesso em 23 de outubro de 2018

FERREIRA, M. D. A. O corpo no cuidado de enfermagem: representações de clientes hospitalizados. Tese de doutorado Escola de Enfermagem Anna Nery. Rio de Janeiro, RJ 1999. Disponível em <<http://repositorio.unifesp.br/bitstream/11600/10039/2/Publico-00261.pdf.txt>>. Acesso em 07 de julho de 2018

FERREIRA, O. L. A emergência da medicina tradicional indígena no campo das políticas públicas. **História, ciências e saúde Manguinhos**. Rio de Janeiro, v.20, n.1, p.203-219, 2013

GONDIM, G. M. D. M., MONKEN, M., ROJAS, L. I., BARCELLOS, C., PEITER, P., NAVARRO, M. B. M. A., e GRACIE, R. **O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização**. Território, ambiente e saúde. Rio de Janeiro, RJ. Editora Fiocruz, 2008. P.p:237-255

ILLICH, I., e CAVALCANTI, J. K. **A expropriação da saúde: Nêmeses da medicina**. Rio de Janeiro, RJ Nova Fronteira, 1975

LANDER, E, **A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais perspectivas latino americanas**. Buenos Aires, Argentina. Clacso. 2005. Disponível em <[https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2591382/mod_resource/content/1/colonialidade do saber eurocentrismo ciencias sociais.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2591382/mod_resource/content/1/colonialidade_do_saber_eurocentrismo_ciencias_sociais.pdf)>. Acesso em 07 de julho de 2018.

LANGDON, E.J. Os diálogos da antropologia com a saúde: Contribuições para as políticas públicas. **Ciências e saúde coletiva**, 2014.p 1019-1029 Disponível em <<https://doi.org/10.1590/1413-81232014194.22302013> > Acesso em 24 de outubro de 2018

LUZ, M. T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no final do século XX. **Physis: Revista de saúde coletiva**. Rio de Janeiro, RJ 2005. Disponível em <<https://www.scielo.org/article/physis/2005.v15supplo/145-176/>>. Acesso em 07 de julho de 2018.

MENENDEZ, E. L. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. México. DF **Ciência & Saúde Coletiva**, v 8, 185-207, 2018

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Linha do tempo plantas medicinais e fitoterápicos, Brasil, 2018. Disponível em <<https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjXg7HB5dngAhUCIbkGHYOfB9AQFjABegQIBBAB&url=http%3A%2F%2Fportalms.saude.gov.br%2Facoes-e-programas%2Fprograma-nacional-de-plantas-medicinais-e-fitoterapicos-ppnmpf%2Fplantas-medicinais-e-fitoterapicos-no-sus%2Flinha-do-tempo-plantas-medicinais-e-fitoterapicos&usg=AOvVaw3PmV6iRjvOwPmlx42tTXz6> >

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Rio de Janeiro . Editora FIOCRUZ, 2008.

_____. O que é o SUS. Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ, 2009.

PAIM, J.S A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). Rio de Janeiro, RJ. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, p. 1927-1936, 2013

GeoPUC, Rio de Janeiro, v. 10, n. 19, p. 28-43, jul-dez. 2017

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

RIBEIRO, L. H. Análise dos programas de plantas medicinais e fitoterápicos no Sistema Único de Saúde (SUS) sob a perspectiva territorial **Ciência & Saúde Coletiva**, 2017.

SILVA, R. S., MATOS, L. S. L., ARAÚJO, E. C., NASCIMENTO PAIXÃO, G. P., COSTA, L. E. L., e PEREIRA, Á. Práticas populares em saúde: autocuidado com feridas de usuários de plantas medicinais. Rio de Janeiro, RJ **Revista Enfermagem UERJ**, 2014. Disponível em <http://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/5077/10946>>. Acesso em 07 de julho de 2018.

LANGDON, E.J. Os diálogos da antropologia com a saúde: Contribuições para as políticas públicas. Rio de Janeiro, RJ. **Ciências e saúde coletiva**, vol.19, n.4, pp.1019-1029, 2014.

Recebido em 12 set. 2018

Aceito em 7 nov. 2018.