

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA

PEDRO CREPALDI CARLESSI

A institucionalização da fitoterapia pública brasileira:
identidade e legitimidade em torno do conceito de tradicionalidade

São Paulo
2023

PEDRO CREPALDI CARLESSI

A institucionalização da fitoterapia pública brasileira:
identidade e legitimidade em torno do conceito de tradicionalidade

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Doutor em Ciências

Programa de Saúde Coletiva

Orientador: Prof. Dr. José Ricardo de Carvalho
Mesquita Ayres

São Paulo
2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Carlessi, Pedro Crepaldi

A institucionalização da fitoterapia pública
brasileira : identidade e legitimidade em torno do
conceito de tradicionalidade / Pedro Crepaldi
Carlessi. -- São Paulo, 2023.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo.

Programa de Saúde Coletiva.

Orientador: José Ricardo de Carvalho Mesquita
Ayres.

Descritores: 1.Identidade cultural
2.Pertencimento 3.Política Nacional de Plantas
Medicinais e Fitoterápicos 4.Medicamento
fitoterápico 5.Serviços públicos de saúde 6.Sistema
Único de Saúde

USP/FM/DBD-227/23

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente aos trabalhadores do SUS e aos agricultores com os quais convivi durante os anos de pesquisa. Na impossibilidade de citá-los todos, o que certamente excederia a tese, a vocês dedico este trabalho. Muito obrigado pela paciência e generosidade.

Por experimentar a companhia, partilhar a memória e manter a conversa, agradeço à Kallyne Bezerra e todos os colegas que gentilmente me receberam durante os acompanhamentos que fiz junto ao programa +IDH e Farmácias Vivas/Hortos Terapêuticos do Maranhão, Vera Costa, Estrela e toda equipe da Agerp de Barreirinhas, Henriqueta Sacramento, Sílvia Czermainski, Jussara Cony, Nilton Luz Netto Júnior, Fátima Chechetto, Rinalda Araújo, Lourdes Laureano, Seu Noti, Ana Prade e toda equipe do CEMPICS de São Bento do Sul, Patrícia Apolinário, Teolide Turcatel, Jaqueline Guimarães, Kátia Torres, Ana Cecília Carvalho, Carmem De Simone, Emílio Telesi, Daniel Amado, Daniel Nunes Cardoso, Maria José Martins de Souza, Sandra Pereira da Silva, Iracelis Moraes, Dailton Bigote, Francine Campolim, Nilsa Wadt, Raquel Moreira, Nelson Felice, Eliane Leite, Michele Pedroza, Renata Carnevale, Ana Maria Soares Pereira, Ivanice Dandaro, Fábio Carmona, Mirani Gonçalves, Victor Doneida e toda equipe da Farmácia Viva de Jardinópolis.

À Islândia Carvalho, Jaqueline Velloso, Verônica Almeida, Gisléa da Silva, Camila Ferreira, Bruno Leite e Fabíola Tavares agradeço à dedicação, esmero e companheirismo com que me receberam no Observatório Nacional de Saberes e Práticas Tradicionais, Integrativas e Complementares em Saúde da Fiocruz.

Certa vez Letieres Leite disse que Gilberto Gil foi um professor luminoso. Tomo o termo de empréstimo para agradecer a José Ricardo Ayres pelos textos que me apresentou, pelas leituras compartilhadas, encontros, debates e seminários. Também agradeço pelo apoio e incentivo, fartos que foram, durante a orientação dessa tese.

Agradeço ao PPGSC pelo apoio institucional, principalmente a Ricardo Teixeira, Ana Flávia D'Oliveira, à equipe da UBS Boa Vista, André Mota, Lilia Schraiber, Ana Cláudia Germani, Maria Fernanda Peres e Márcia Couto. Agradeço imensamente ao suporte acadêmico dado por Lilian Santos de Godoy Prado, Marlene Goreti de Sales e Juliana de Oliveira.

Em São Paulo, os dias de trabalho se fizeram prazerosos na companhia de Alexis Milonopoulos, Allan de Lorena, Thiago Pinheiro, Cícero Querido, Fernanda Cangussu, Josevan Souza-Silva, Nayara Portilho, Daniela dos Santos, Mariana Madruga, Ana Carolina Lopes, Mayra Barata, César Luquine, Isabel Jorge, André Brandão, Emerson Almeida e Andrea Lisieux.

À João Biehl e Rodrigo Toniol agradeço pela leitura e comentários feitos ao relatório de qualificação.

Pelos bons encontros que a vida acadêmica proporciona, obrigado Lucas Pereira de Melo e Lucas Lima, Daniela Calvo, Ricardo Chiarella e Tata Jaga Anzulo pelas trocas nessa trajetória.

Agradeço ao Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa pelo acolhimento durante o ano em que lá estive como doutorando visitante. Nessa etapa foram determinantes os encontros com Chiara Pussetti, Cristiana Bastos e a receptividade de João Vasconcelos. Agradeço também à Marcos Moura, Kátia Favilla, Antônio Barros, Ananda King, Isabel Pires, Gianmarco Marzola, Mafalda Carapeto e Eduardo Zanella pelas trocas, leituras e partilhas durante esse período. À Joana Catela agradeço pelas reflexões peregrinas e pela amizade. À Miguel Dores e Metella Senni pelos múltiplos caminhos que nos uniram. À Ana Quílez, Filomena Teixeira e Lúcia Salgueiro, sou muito grato pelo convite e recepção acolhedora na Universidade de Sevilha, no Instituto Politécnico de Coimbra e na Universidade de Coimbra.

Ainda em Lisboa, não posso deixar de agradecer a todos os brincantes, sambistas, fadistas e batuqueiros com quem toquei na Típica de Alfama, no Ponto de Encontro de Cacilhas e nas noites de música no adro de São Estevão.

Ao Jota, Roberta, Nina, Mãe Janice, Zé, Thais, Caito, Thiago Braz e ao Rafael, guardião das memórias do futuro, obrigado por tanto.

À Lenita e ao Vitor, pelo gosto de viver e amar. À Mari, por aquilo que vamos ainda caminhar.

Por fim, agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão da bolsa de estudos no país e no exterior.

SUMÁRIO

- 1 Introdução 1**
 - 1.1 Abertura 1
 - 1.2 Novos modos de sociabilizar antigas drogas 3
 - 1.3 Apresentação da tese 5
 - 1.4 Calibrando o olhar 10
 - 1.5 O método como mote 20
 - 1.6 Trabalho de campo em contextos distópicos 25

- 2 A instituição da “tradição” nos guias e relatórios da OMS 32**
 - 2.1 A OMS e o recado pré-moderno 32
 - 2.2 Internacionalizar a “tradição” 35
 - 2.3 Reduzir as diferenças 43
 - 2.4 Integrar as semelhanças 50
 - 2.5 Para uma nova saúde, um novo remédio 56

- 3 Da CEME ao SUS: dinâmicas da reconfiguração 64**
 - 3.1 Ordem e progresso: a fitoterapia na ditadura militar 64
 - 3.2 O medicamento como forma de entendimento 67
 - 3.3 Participação e controle social: princípios ativos do fazer-saúde 76
 - 3.4 Regionalização: multiplicar os futuros possíveis 82
 - 3.5 Das experiências locais aos encontros nacionais 95
 - 3.6 “Produto Tradicional”: uma nova categoria terapêutica 111
 - 3.7 Podem os frutos ultrapassar a promessa das flores? 114

- 4 Entre remédios e medicamentos: ficções persuasivas no campo institucional 116**
 - 4.1 Sociobiodiversidade e as implicações de uma certa brasilidade 116
 - 4.2 A questão (mal resolvida) da propriedade intelectual 122
 - 4.3 Negociando identidades terapêuticas 126
 - 4.4 De “produtos” a “medicamentos”: um novo estatuto para o fitoterápico nacional 135
 - 4.5 O curioso caso do laboratório Fulni-ô 139

- 4.6 Redefinições em torno do “tradicional” 146
- 4.7 O remédio do feiticeiro: formas mutáveis do capitalismo transnacional 161
- 4.8 Virada holística: o encontro do professor de ciências naturais com o pajé e seus ancestrais 164

5 Identidade, etnicidade e o juízo sanitário entorno do conceito de tradicionalidade 170

- 5.1 “De trás para frente”: o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos 170
- 5.2 A questão da “representação” no Comitê Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos 175
- 5.3 Agricultor familiar, comunidade tradicional ou produtor industrial? 181
- 5.4 Identidades no cipó mortífero da burocracia 185
- 5.5 A instituição do “produto tradicional fitoterápico” 190
- 5.6 Quando a identidade vira propriedade 197
- 5.7 Circulação de conhecimentos na Farmacopeia Brasileira 206
- 5.8 “Conhecimento tradicional não identificável”: mito e rito 214

6 Expansão e novos consumos terapêuticos 221

- 6.1 Das narrativas do desenvolvimento ao desenvolvimento como narrativa 221
- 6.2 O que faz uma farmácia “viva”? 224
- 6.3 Agricultura familiar e a produção estatal de fitoterápicos: uma agenda inconclusa 232
- 6.4 Planta medicinal e seu mercado institucional 234

7 Conclusão 242

- 7.1 A invenção do fitoterápico nacional 242
- 7.2 Misturas e separações 242
- 7.3 A textura da palavra 244

8 Referências 246

9 Bibliografia consultada 264

RESUMO

Carlessi PC. A institucionalização da fitoterapia pública brasileira: identidade e legitimidade em torno do conceito de tradicionalidade [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2023.

Em 2006, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF). A publicação faz parte de um conjunto amplo de políticas emergentes que, sobretudo a partir da virada do milênio, passaram a diversificar as modalidades terapêuticas disponíveis na saúde pública brasileira, mobilizando discursos cosmopolitas para reconhecê-las e incorporá-las. Nesta tese me dedico a acompanhar como o conceito de tradição/tradicionalidade se tornou um elemento de identidade e legitimidade para oficialização de plantas medicinais e fitoterápicos no Brasil, bem como para patrimonialização da sociobiodiversidade nos compêndios farmacêuticos nacionais. Parto de um trabalho etnográfico realizado entre os anos 2019 e 2021, período em que participei e observei diferentes esferas da organização pública através de conselhos de saúde e escritórios de governo, também farmácias, laboratórios farmacêuticos, hortos de plantas medicinais e unidades básicas de saúde. À experiência em campo acrescento entrevistas feitas com agricultores, lideranças de movimentos sociais e militantes participativos desde a instituição do SUS (Sistema Único de Saúde), na década 1990, passando pela reconstrução da assistência farmacêutica, no início dos anos 2000, até a oficialização dada pelo Ministério da Saúde à fitoterapia, em 2006. Ao indicar como o conceito de tradição/tradicionalidade se tornou referência para oficialidade terapêutica, entrelaço as tentativas de pertencimento,

reconhecimento e participação de povos e comunidades autorreferidas tradicionais nas dinâmicas do poder público. Assim, a tese não se restringe a acompanhar a mobilização, instituição e os efeitos do conceito de tradição/tradicionalidade, nem se limita a políticas públicas de saúde ou legislações sanitárias. Fundamentalmente interessam os modos como diferentes sujeitos e cosmologias participaram – ou não – das ações e entendimentos que conduzem o Estado.

Palavras-chave: Identidade cultural. Pertencimento. Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Medicamento fitoterápico. Serviços públicos de saúde. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Carlessi PC. The Institutionalization of Brazilian Herbal Medication: how the concept of traditionality shapes identity and legitimacy [thesis]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2023.

In 2006 the Brazilian Ministry of Health established the National Policy of Medicinal Plants and Herbal Medicines. This public policy was part of a wide set of emerging measures that, especially after 2000s, began to diversify the therapeutic modalities available in the Brazilian public health system (SUS - *Sistema Único de Saúde*). Different and cosmopolite references started to be mobilized in order to recognize and incorporate them. In this thesis, I explore how the concept of tradition/traditionality has been employed as an element of identity and legitimacy for the officialization of medicinal plants and herbal medicines in Brazil, as well as for turning sociobiodiversity into a patrimony in the national pharmaceutical compendium. My research is based on an ethnographic research fieldwork carried out between 2019 and 2021. By observing and participating in health councils, government offices, pharmacies, pharmaceutical labs, medicinal plant gardens, and community health centers, I will explore how the concept of tradition/traditionality is tackled at different levels of the public organization. Besides the fieldwork experience, I interviewed farmers, social movement leaders, and activists who have taken part in the Brazilian public health system since its creation in the 1990s. These participants also contributed to the reconstruction of the pharmaceutical assistance in the beginning of the 2000s, until the officialization of plant medicines by the Ministry of Health in 2006. By exploring how the concept of tradition/traditionality has been used to legitimize

medicinal plants and herbal medicines, I discuss how it is also connected to the attempts made by self-proclaimed traditional peoples and communities to belong, be recognized, and participate in public power. This thesis does not merely follow up on the mobilization, institution and social impact of the concept of tradition/traditionality, nor it is a study of public health policies or sanitary legislations. Instead, I am interested in how different subjects and cosmologies participate – or not – in the actions and understandings of the Brazilian State.

Keywords: Cultural rights. Belonging. National Policy of Medicinal Plants and Herbal Medicines. Herbal Medicine. Public health services.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Abertura



*Fonte: Acervo Sesai/Ministério da Saúde. Autor: Alejandro Zambrana, 2018
Imagem cedida pelo autor*

Figura 1: tradição institucionalizada

Ainda era cedo quando o auditório ficou cheio. De acordo com a programação, o espaço tinha capacidade para receber quatro mil pessoas. Do lugar onde eu estava pude ver que parte do público tentava se entender com o aparelho de tradução simultânea enquanto organizava celular, computador e bloco de notas. Vestiam terno em pleno desalinho com o verão carioca. Muitos vinham em nome das bandeiras hasteadas no palco. Eram agentes de Estado, membros de organizações internacionais e do empresariado da saúde. Também reconheci deputados, gente da Organização Pan-americana de Saúde, do Departamento de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária e do Conselho Federal de Farmácia. A porta do salão principal era o ponto de encontro daqueles que chegavam: enfermeiras, farmacêuticos, médicas, terapeutas, agentes comunitários das diversas regiões do país. Um coral Guarani Mbyá abriu o evento.

Na fala inaugural o Ministro da Saúde disse que “ao retomar nossas origens e dar valor à medicina tradicional milenar”, quem saia vitorioso era o SUS (Sistema Único de Saúde). Em seguida, um diretor da OMS (Organização Mundial da Saúde) assumiu o púlpito e indicou que os “saberes tradicionais” estavam integrados à grande parte dos sistemas de saúde apoiados pelas

Nações Unidas. Com gráficos bem diagramados, o coordenador do Centro Nacional de Produtos Naturais dos Estados Unidos mostrou que os dispendiosos estudos clínicos que oneravam o setor de fitoterápicos já não eram necessários quando os industriais farmacêuticos conseguiam comprovar a “tradicionalidade” de seus produtos.

“Tradição” e “tradicionalidade” já foram qualidades colocadas à margem pela saúde institucionalizada. Na ascensão da fitoterapia como modalidade terapêutica oficial no Brasil, por exemplo, muito tempo e empenho foi dedicado para emancipar o uso de plantas de uma herança que parte do Brasil tentou deixar de ter. Contudo, naquele evento a referência aparecia com valores renovados, de modo que havia ali tentativas das mais interessadas em se tornar, outras até mesmo voltar a ser, tradicional.

O termo é polissêmico. Mobilizado em um sentido identitário, temporal ou geográfico, distante ou não, às vezes inventado, às vezes afetivo, muito localizado ou mais universal, trata-se de uma categoria estabelecida no fazer político da saúde como um fato em si mesmo. Capaz de nomear sistemas de terapêutica e diagnose, produzir legislações, regulamentar profissões, disputar espaço e angariar investimento, tradição/tradicionalidade se tornou uma forma de produzir identidade – não só de sujeitos – mas também de serviços, produtos e mercados farmacêuticos.

Paralelamente à sua ascensão enquanto qualitativo terapêutico, as múltiplas referências da fitoterapia pública brasileira à alguma tradição/tradicionalidade foram acompanhadas por uma escala jurídica sobre o termo. Ao mesmo tempo que os fitoterápicos tomaram parte no repertório de cuidados do SUS, recomendados pela Organização Mundial da Saúde e praticados por grande parte de seus Estados-membros, o acesso e uso dos conhecimentos associados a sociobiodiversidade se tornaram intrínsecos aos direitos de seus detentores. Através de um extenso processo burocrático, tradição e tradicionalidade se tornaram elementos não só de identidade, mas também de legitimidade.

Aquele evento poderia ser visto como parte de um processo de reencontro do Brasil consigo mesmo. E era, em parte. Afinal, na trajetória percorrida pela fitoterapia até se tornar oficial, o SUS engrandeceu a ponto de recompor o

imaginário institucional a partir de identidades que dele jamais haviam participado. Como um paradoxo contra seus próprios fins, no entanto, no mesmo ato em que o Estado se tornou capaz de reconhecer que o processo secular de distanciamento entre tradicionalidade e institucionalidade ainda não havia se completado, passou ele próprio a ser o garantidor da reaproximação. Não com os povos que sempre foram, nem com aqueles forçados a esquecer que eram, mas com aqueles que inclusive se opuseram, porém agora queriam vir a ser, “tradicional”.

1.2 Novos modos de sociabilizar antigas drogas

Nesta tese me dedico a acompanhar como o conceito de tradição/tradicionalidade se tornou um elemento de identidade e legitimidade da fitoterapia pública brasileira. Meu interesse está voltado especificamente à mobilização deste conceito no âmbito das políticas públicas e das instituições administrativas, técnicas e científicas dedicadas à oficialização de plantas medicinais e fitoterápicos no repertório terapêutico do SUS.

Parto de um trabalho etnográfico realizado entre os anos 2019 e 2021, período em que participei e observei diferentes esferas da organização pública relacionadas à institucionalização da fitoterapia. Durante esse período incursionei por gabinetes de governo, secretarias de Estado, unidades básicas de saúde, farmácias e hortos de plantas medicinais. Também acompanhei comitês consultivos, consultas públicas, conselhos de classe e grupos de comunicação em que participavam profissionais da saúde, movimentos sociais e agentes do executivo nacional. Entre eles, me dediquei especialmente aos coletivos autogestionados de trabalhadores participativos em comitês temáticos instituídos no âmbito federal. À experiência em campo, acrescento entrevistas feitas com agricultores, lideranças de movimentos pastorais e militantes atuantes desde a instituição do SUS, na década 1990, passando pela reconstrução da assistência farmacêutica, no início dos anos 2000, até a oficialização e regulamentação da fitoterapia no serviço público de saúde brasileiro, a partir de 2006.

A partir daquilo que aprendi em campo, indico que tanto a identidade como a legitimidade da fitoterapia mudaram radicalmente após a institucionalização dessa modalidade terapêutica no SUS, sobretudo por meio da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF). Antes, a proposta do Estado era que a sociobiodiversidade, em específico os conhecimentos associados ao uso terapêutico de plantas, servisse de matéria-prima para obtenção de fármacos e medicamentos. Os argumentos que sustentavam essa escolha eram muitos. Mais comum, como uma espécie de determinismo tecnológico refratário, estava a ideia de que pela via da técnica e da tecnologia o medicamento seria uma espécie de “natureza melhorada”, racional, objetiva e livre das impurezas da vida selvagem.

Essa concepção nunca se dissolveu por completo. Contudo, durante a institucionalização da fitoterapia no SUS os objetos terapêuticos deixaram de ser distribuídos em lados opostos de uma linha divisória tensionada para separar naturezas e culturas como coisas opostas. Sobretudo os efeitos da “cultura”, antes deletérios, com o advento da PNPMF passaram a ser largamente explorados pelas instituições farmacêuticas. De algo carente de validação, o conceito de tradição/tradicionalidade se tornou uma forma de regulamentar objetos terapêuticos, de estimular mercados e fazer circular mercadorias, e até mesmo de superar os estudos clínicos antes protagonistas no campo médico-farmacêutico.

Para apresentar essa conversão, seguirei pelos caminhos abertos pela institucionalização da fitoterapia no SUS, porém, atento àqueles que se fecharam nesse mesmo itinerário. Ao apresentar como o conceito de tradição/tradicionalidade foi central para agenciar desde movimentos sociais até representantes industriais na construção de uma política pública, indico como o reconhecimento e a oficialização de plantas medicinais e fitoterápicos enquanto modalidades terapêuticas oficiais no Brasil fizeram com que identidade, pertencimento e reconhecimento fossem tomados como instâncias apartadas na definição de um mesmo conceito.

Partindo desse entendimento, assumirei o conceito de tradição/tradicionalidade como algo substancializado no fazer político da saúde. Essa substancialização, como eu a apresento, está relacionada com um

processo de reificação em documentos e práticas da burocracia estatal. Meu empenho será acompanhá-los pelo itinerário da PNPMF até que se possa ver como certas identidades foram evocadas, inventadas e transformadas a partir do momento em que passaram a ser convencionadas. Assim, se tematizo os modos pelos quais o Estado endossou o uso de plantas medicinais e fitoterápicos como terapêuticas alinhadas a alguma tradição/tradicionalidade, como uma dobra deste mesmo movimento, grifo como a legitimidade conferida à fitoterapia no Brasil foi acompanhada não pela invenção de um Estado possível para os sujeitos autorreferidos tradicionais, mas pela necessidade de inventar uma tradição passível de funcionar nas dinâmicas do Estado.

1.3 Apresentação da tese

Serão vetores dessa tese os encontros e tensionamentos entre sujeitos e conhecimentos ligados à sociobiodiversidade, bem como as expressões identitárias que originam direitos, pertencimentos e participações na saúde institucionalizada. Para isso, a narrativa será organizada em cinco capítulos que, em conjunto, apresentam ao leitor como o conceito de tradição/tradicionalidade muda de contexto no decorrer de sua trajetória, ele mesmo traçando novos rumos ao passo que é referido.

No capítulo 1 me dedico aos relatórios produzidos pela Organização Mundial da Saúde sobre aquilo que nomeiam como *traditional medicine*. Sobretudo a partir da década de 1970, orientados ao registro de cuidados não-biomédicos no sudeste da Ásia e África, a OMS tinha no conceito de “tradição” tanto um entrave ao desenvolvimento de sistemas de saúde nacionalizados como, também, um caminho possível para que a medicina e o medicamento se alargassem. Ao acompanhar o momento em que a globalização se tornou linguagem na saúde internacional, indico como a referência à alguma tradicionalidade se converteu de algo muito localizado, próprio da cultura dos “outros”, para algo mais universal e transculturalmente operativo para “todos”.

No capítulo 2 conduzo a discussão para o contexto da reforma sanitária brasileira. Adentro pelas décadas de 1980 e 1990, sobretudo a partir do marco constitucional que dá origem ao SUS. Partindo das memórias comigo

compartilhadas, indico como a valorização de terapêuticas “naturais”, aliada à emergência do conceito de medicinas/medicamentos “tradicionais”, confluiu no Brasil com o apogeu da ditadura militar, incorporando as ideias que fundamentavam as ações do Estado nesse período à identidade e legitimidade da fitoterapia e seus práticos.

Fruto da transição democrática, ao passo que o SUS criou abertura e possibilidade para o encontro do Estado com a diferença, indico como o conceito de tradição/tradicionalidade foi capaz de reordenar o campo farmacêutico em torno de novos entendimentos.

De uma espécie de “farmacologização do natural”, em que o conceito de tradição era considerado como algo carente de validação, atento ao ponto de viragem para uma “naturalização do farmacológico”, em que a ideia de tradicionalidade passou a ampliar os postulados e as possibilidades do fitoterápico nacional.

O capítulo 3 evidencia as encruzilhadas desse caminho. Minha atenção se dirigirá aos anos iniciais da virada do milênio, precisamente de 2000 a 2006, período que leva à institucionalização da PNPMF. Acompanho a passagem de comunidades tradicionais, agricultores e associações de trabalhadores da rede pública de saúde para a composição de comissões de assessoramento de políticas públicas, em que o imperativo de se fazer existir dentro da metafísica institucional fundamentalmente alterava o sentido de suas participações. Na construção da PNPMF, indico como o conceito de tradição/tradicionalidade foi central para agenciar desde movimentos pastorais até industriais farmacêuticos em um mesmo grupo. Na pactuação de seus termos, a invenção do que é uma tradição teve papel central.

Este conjunto de três capítulos compõe o primeiro núcleo analítico da tese. Nele, a *invenção* do conceito de tradição/tradicionalidade terá destaque. A partir da antropologia de Roy Wagner (2010), trato essa questão como uma espécie de jogo que acompanha a construção das políticas públicas. Trata-se de um jogo sem síntese ou ponto final: toda invenção emerge de uma convenção e, por sua vez, toda convenção redundando numa nova invenção. Contudo, para que avance, é necessário manter sob controle a dinâmica codependente dessa relação, a qual procuro evidenciar. Apresento o conceito de

tradição/tradicionalidade como algo inventado por processos técnicos e burocráticos, condição que não necessariamente corresponde ao modo como é significativo para as coletividades que se reconhecem sobre esse termo.

Assumir o caráter inventivo desse empenho está longe de presumi-lo como algo pouco verdadeiro. Ao contrário. Noto que a “invenção da tradição” nas políticas de saúde brasileiras parece ser um convite perene, refeito de tempos em tempos com novos contornos, mas sempre emergente da participação popular fundante do SUS. Ainda que não pretenda conduzir uma análise estritamente wagneriana, com o autor entendo que a invenção é a dinâmica central de qualquer cultura, de modo que seria impossível inventar – no sentido de tramar as demandas e participações feitas em torno desse termo – sem convencionalizar essas mesmas demandas e suas participações, ou seja, se contrainventá-las. Assim, o que se torna objeto de interesse nessa tese é menos o caráter inventivo e mais os compromissos assumidos com o termo que se inventa.

Parto dessa referência para compor o argumento que seguirá nos capítulos seguintes: ao convencionar o fitoterápico em torno do “tradicional” foi preciso inventar uma tradição capaz de operar na metafísica institucional. Esse será um segundo núcleo analítico da tese.

Nele, interessa como o Estado e seu arcabouço regulatório, ao subsumir o conceito de tradição/tradicionalidade na saúde institucionalizada, fez sumir a identidade e a etnicidade evocada por esse termo. Indico como a regulamentação de fitoterápicos no Brasil, sobretudo a partir da categoria de “produtos tradicionais fitoterápicos”, abriu um novo campo de disputa entre populações tradicionais e o Estado. Serão focos da atenção os regimes de proteção da sociobiodiversidade, de acesso e uso de conhecimentos tradicionais, bem como de regulamentação dos produtos farmacêuticos gerados a partir desses conhecimentos. A discussão vai ao encontro de etnografias cujo patenteamento e patrimonialização são motes de reflexão (Cunha, 2009; Hayden, 2021; Pordié; Gaudillière, 2014; Strathern, 1999).

No capítulo 4, ao acompanhar o Programa Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos e seu comitê consultivo, indico como as referências técnicas produzidas no campo da fitoterapia brasileira foram eficazes em fazer da

identidade “tradicional” um qualitativo terapêutico, contudo, sem produzir modos igualmente eficazes de assegurar os direitos e os modos de existência dos sujeitos autorreferidos – e reconhecidos pelo próprio Estado – como tradicionais. A partir de farmacopeias, formulários fitoterápicos e outros compêndios oficiais, sigo pelos caminhos que tornaram possível bifurcar o conceito de tradição/tradicionalidade em sentidos distintos: um que leva à identidade e legitimidade terapêutica, outro ao pertencimento e reconhecimento das coletividades reunidas em torno desse termo.

Os imbróglios dessa condição são muitos. Retomo as tentativas de órgãos nacionais e internacionais para garantir, ou ao menos tentar valer, direitos referentes à proteção intelectual e à repartição de benefícios. Dessas propostas, destaco suas controvérsias, sobretudo quando operam sob regimes de conhecimentos que não se identificam por meio de dualismos e oposições, como são os de individual/coletivo, material/imaterial, tradição/inação, natureza/cultura. Nessa discussão, a questão passa a ser como o regulamento sanitário no Brasil reconhece – ou não – a identidade “tradicional” de algo ou alguém, no caso, os fitoterápicos e seus produtores.

Seja proveniente de saberes empíricos ou sinteticamente inventada em políticas públicas e recomendações internacionais, ao passo que a tradicionalidade se tornou um qualitativo terapêutico, essa mesma categoria passou a performar novos modos de consumo, produção, circulação e medicamentação.

No capítulo 5 sigo as instituições farmacêuticas que hoje convergem com a identidade “tradicional”, fazendo desse termo um novo negócio no mercado institucional. Me concentrarei na fusão jurídica comunidades tradicionais–agricultores familiares, especialmente atento à inclusão de produtores rurais como parte da cadeia produtiva de fitoterápicos.

Durante o trabalho de campo, muito ouvi que essa seria uma forma de produzir um medicamento à imagem e semelhança do próprio SUS. Embora tenha conhecido trabalhadores e gestores de saúde cotidianamente dedicados à efetivação dessa proposta, como ponto de partida para a discussão que seguirá, vale antecipar que ela jamais se efetivou. Contudo, ao modo como a

apresento, essa condição não sinaliza propriamente um insucesso, mas, antes, uma viragem, mais conceitual do que prática ou organizacional.

Me dedicarei a duas organizações tecnológicas emergentes na saúde pública brasileira contemporânea: as farmácias vivas e o complexo econômico-industrial da saúde. A partir do trabalho de campo feito junto de agricultores familiares, instituições de saúde e extensionistas rurais, noto como a ideia de “cultura” assumiu um status dinâmico no poder público a partir da PNPMF, capaz até mesmo de qualificar um tipo específico de desenvolvimento, tecnológico e estatal, mas distante das reivindicações feitas pelas populações reunidas em torno da agricultura familiar.

Entre a tutela e a autonomia, a PNPMF produziu um bom exemplo para recuperar o debate sobre a relação entre comunidades tradicionais, Estado e desenvolvimento no Brasil, especialmente no que diz respeito às alternativas adequadas aos interesses dessas comunidades.

Por fim, o pano de fundo dessa tese será mostrar que na saúde institucionalizada tem existido um conjunto vasto de experiências querendo se tornar “tradicional”. E elas se tornam. A todo momento. Nunca por inteiro, nem deixando de ser aquilo que eram. Penso que essa questão merece ser tomada como um desdobramento do próprio SUS, que parece ter dado conta de resolver problemas caros do Estado-nação, isso é, do Estado=Nação. Afinal, vale notar que por muito tempo ser “tradicional” foi sinônimo de não-oficialidade, informalidade, e até de descaso do Brasil, digo, do Brasil institucional, com as muitas formas de existência nessa comarca de mundo. Assim, a diagramação do termo em forma de qualitativo terapêutico me parece algo tão oportuno quanto necessário. Contudo, vale notar que esse não é um termo politicamente inerte, nem socialmente inócuo. Meu empenho será reatar os compromissos que ele coloca.

1.4 Calibrando o olhar

Esta tese é escrita por um farmacêutico cujos caminhos formativos foram feitos de modo inter cruzado entre ciências biológicas, da saúde e sociais, sobretudo a partir de conexões com as teorias e práticas antropológicas. Curiosamente, no entanto, o interesse por uma etnografia que incursiona por políticas públicas, regulações sanitárias e medicamentos surgiu em um momento em que me mantinha distante das discussões ou fazeres a eles relacionados.

Em meados de 2017 li de relance que a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) havia publicado a revisão de um guia que tratava sobre o registro e notificação de “produtos tradicionais fitoterápicos”, regulamentado pela RDC nº 26, de 13 de maio de 2014. Era uma nota de meio parágrafo, publicada em um boletim digital que eu mesmo tinha dúvidas se havia me inscrito para receber. Foi uma leitura muito breve, que durou tão somente o tempo em que eu descia a barra de rolagem daquele e-mail, já pensando em avançar para a mensagem seguinte.

Para familiarizar o leitor com o jargão regulatório que tomará parte nessa tese, desde já vale contextualizar que “RDC” é a abreviação utilizada para se referir às Resoluções da Diretoria Colegiada da Anvisa. São essas as peças técnico-burocráticas incumbidas de normatizar o trabalho operado em espaços em que o Estado estabelece controle sanitário. No setor farmacêutico, assim como também no setor agrícola, alimentício, cosmético e sanitizante, as RDCs são elementos centrais na produção das realidades que os governam.

Em seus textos as RDCs são imperativas. Escritas no infinitivo e com uma narrativa que procura direcionar o leitor para o entendimento claro, objetivo e inequívoco, tentam estabilizar qualquer controvérsia que possa ser provocada pela leitura. Entre os muitos documentos que convencionam o que é um medicamento, por exemplo, as RDCs são basilares não só porque normatizam os termos das legislações, ou porque atribuem prazos e obrigações para seu cumprimento, mas, também, porque apontam os caminhos pelos quais tais termos devem ser operacionalizados, dando a eles alguma vida para além da burocracia estatal. Por sua vez, para que o conteúdo das RDCs seja legitimado, o texto faz menção a uma série de referências que tanto transportam como

conformam a noção de realidade ali pretendida. Citam decretos, portarias, normas e instruções, cuja performatividade é conferida tanto por conteúdo como por sua forma, chancelada por brasões, assinaturas e tantos outros elementos que imprimem a validade pretendida pelas instituições.

Por conta desse sem fim de correspondências legais, mesmo para os leitores mais assíduos e devotos, sempre que se faz necessário consultar alguma RDC a atividade é tomada aos modos como sugeriu Nietzsche ao falar sobre problemas difíceis: igual a banho frio. Entra-se rápido, para sair ainda mais rápido.



Ministério da Saúde
Agência Nacional de Vigilância Sanitária

RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA - RDC Nº 26, DE 13 DE MAIO DE 2014

Dispõe sobre o registro de medicamentos fitoterápicos e o registro e a notificação de produtos tradicionais fitoterápicos.

A **Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária**, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos III e IV, do art. 15 da Lei n.º 9.782, de 26 de janeiro de 1999, o inciso II, e §§ 1º e 3º do art. 54 do Regimento Interno aprovado nos termos do Anexo I da Portaria nº 354 da ANVISA, de 11 de agosto de 2006, republicada no DOU de 21 de agosto de 2006, e suas atualizações, tendo em vista o disposto nos incisos III, do art. 2º, III e IV, do art. 7º da Lei n.º 9.782, de 1999, e o Programa de Melhoria do Processo de Regulamentação da Agência, instituído por meio da Portaria nº 422, de 16 de abril de 2008, em reunião realizada em 8 de maio de 2014, adota a seguinte Resolução da Diretoria Colegiada e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

Fonte: Acervo digital da Anvisa¹

Figura 2: detalhe da RDC nº 26/2014, que dispõe sobre o registro de produtos tradicionais fitoterápicos no Brasil

Eu havia passado alguns anos distante dos laboratórios farmacêuticos e dos assuntos regulatórios a eles relacionados, tempo em que me permiti seduzir pelos encantos do trabalho de campo e da pesquisa etnográfica. Ao receber aquele boletim, li a notícia muito brevemente, deletei o e-mail e fiz uma pausa. Naquele momento meu interesse estava voltado para outros aprendizados e

¹ Disponível *online* em:

http://antigo.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/RDC_13_2004_COMP.pdf/f8cdbc3f-cbd3-4392-ad00-d3760d1e4db3. Acesso em 08/05/2023.

experiências. No entanto, durante o dia me lembrei da matéria que havia lido e me peguei intrigado.

Como órgão normatizador, ao acionar a ideia de um *produto tradicional fitoterápico* caberia à Anvisa alguma contextualização destes três termos (“produto”, “tradicional” e “fitoterápico”), que não são simples, nem definidos a salvo de contestações. Me lembrava do relato que James Clifford (1995) fizera ao acompanhar o julgamento do território Meshpee, na península de Cape Cod, em que a reivindicação de posse de terras apresentada à corte federal pelos Wampanoag não fora aceita em função do sentido cristalizado com que o aparato legislativo encarava a identidade daquele grupo. Transpondo esse contexto para o conteúdo daquela matéria, me perguntava qual seria o sentido atribuído pela Anvisa à ideia de tradicionalidade referida naquela RDC.

Poucos anos antes, o Congresso Nacional havia aprovado a Lei da Biodiversidade (Lei nº 13.123, de 20 de maio de 2015). A nova legislação trazia à tona um longo histórico de lutas travadas entre comunidades tradicionais e o Estado desde a Convenção sobre a Biodiversidade, em 1992, da qual o Brasil foi signatário. Até aquele momento, a regulação do acesso ao patrimônio material e imaterial dos povos e comunidades tradicionais se dava através de uma medida provisória e aquele marco regulatório poderia ser um desdobramento que asseguraria, de modo inédito, a garantia de direitos constitucionais sempre muito mal protegidos quando dirigidos a esses coletivos. Por outro lado, ao mesmo tempo em que o termo “tradicional” chegava à Anvisa, e precisamente no setor de registro de medicamentos, também poderia estar sob disputa por parte de um empresariado nada acostumado à equidade entre os detentores do conhecimento e das tecnologias produtivas.

À medida em que em minha trajetória acadêmica me lancei à travessia de ilhas isoladas de conhecimento, menos habitual passou a ser minha lida com temas em suas tentativas de estabilidade, como sugere o contexto produzido pelas RDCs. Desse modo, naquele momento, me via frente a termos e discussões que ambientavam minha formação inicial, porém com um olhar que jamais tivera.

Se a observação participante é fundamentalmente um modo de produzir estranhamento, fazendo com que certas certezas sejam diluídas a partir de uma

atenção refinada pela experiência vivida, posso dizer que foi a partir deste momento que passei a me debruçar sobre a temática que dá corpo a esta tese. Não tomei nota, não pesquisei por outras leituras que tratassem daquela matéria, mas fui profundamente afetado por ela. O que seria, afinal, um “produto tradicional fitoterápico”? Por onde haviam caminhado as políticas e práticas relacionadas a plantas medicinais e fitoterápicos no Brasil? Seria essa uma possibilidade de colaboração e intercâmbio respeitoso entre diferentes regimes de conhecimento?

Nos anos seguintes, segui as trilhas das perguntas que aquela notícia me suscitou atento aos temas e termos que movimentavam profissionais da saúde, gestores de políticas públicas e pacientes do SUS a incursionar no caminho sinuoso da institucionalização de terapêuticas “tradicionais”. O refinamento analítico para esse empenho, por sua vez, acontecia conforme eu paulatinamente educava minha atenção para os automatismos que enredavam minha própria profissão. Um belo vislumbre do momento em que a vida repete a teoria, e vice versa.

Para o pesquisador quantitativo, o arqueólogo que lida com indícios de uma cultura ou o sociólogo que mede seus resultados, o problema é obter uma amostra adequada, encontrar evidências suficientes para que suas estimativas não sejam muito desviadas. Mas o antropólogo cultural ou social, ainda que por vezes possa recorrer a amostragens, está comprometido com um tipo diferente de rigor (Wagner, 2010).

Não acreditamos *nas* coisas; acreditamos *a partir* delas (Wagner; Pinheiro; Valentini; Dulley, 2011).

Remeto aos estágios mais iniciais desta pesquisa para indicar que o trabalho etnográfico não tem momento certo para começar ou acabar. Do mesmo modo, pouco sentido faz enquadrá-lo como método, procedimento, construção narrativa ou técnica.

Nos meses seguintes à leitura daquela matéria, guiado pelo entusiasmo do novo olhar, comecei a colecionar alguns textos que tratavam da institucionalização de plantas medicinais e fitoterápicos associados à ideia de

alguma tradicionalidade. Recuperei uma antiga pasta de papel Kraft e comecei a reunir alguns impressos que chamavam minha atenção.

Neste primeiro momento meu empenho era entender o que havia se passado nos anos em que me mantive distante da lida com fitoterápicos. Através do site oficial do Ministério da Saúde consegui encontrar algumas políticas públicas e, através delas, cheguei a um conjunto de relatórios expedidos pela Organização Mundial da Saúde. Os relatórios tratavam da institucionalização da Medicina Tradicional (curiosamente no singular, e com maiúsculas) em sistemas nacionais de saúde. Ao tomar contato com esses relatórios, maior foi meu interesse ao perceber que o fenômeno que me interessava, no passar dos últimos anos, havia se multiplicado e se fortalecido em todo o globo. Neles, a OMS falava sobre a importância da regulamentação da medicina tradicional chinesa nos Estados Unidos, sobre o aumento da rede de ensino de ayurveda na Europa e sobre os montantes que a medicina perso-árabe movimentava no mercado internacional.

Mais do que isso, o *medicamento*, do qual o corpo doente havia sido seu principal alvo, agora se apresentava com estatuto renovado. Cúmplice da saúde, não mais se restringia à química ou à biologia. Naqueles relatórios o medicamento era parceiro do “cultural”, do “mental” e do “espiritual”, incorporando elementos até então renegados ao estatuto de *remédios*.

Durante minha formação farmacêutica diversas vezes fui apresentado à separação entre o mundo da objetividade e da subjetividade nos modos de tratar e curar, sistematicamente reiterados pela oposição medicamento/remédio. Separados por uma grande linha divisória, os medicamentos seriam produtos tecnicamente elaborados, estáveis, fruto da tecnologia e da objetividade. Já os remédios, produtos mesmo da “cultura”, deixados à sorte de uma mente produtora de realidade ou de alguma “construção social” capaz de revesti-los com um simbolismo sempre muito parcialmente eficaz.

No entanto, as terapêuticas referidas naqueles documentos pareciam borrar esta clássica separação. Os medicamentos ali apresentados, ao mesmo tempo em que evocavam suas raízes não-biomédicas – fazendo referência a determinados tempos, espaços, nacionalidades e identidades –, se afirmavam tão somente a partir de suas alianças com o código farmacêutico estabelecido,

condição que sinalizava modos muito originais de conferir legitimidade a estas terapêuticas.

Quando um certo volume de documentos impressos já era inoportuno de ser transportado de um lado para o outro, migrei a pasta física em que mantinha minha coleção de impressos para um espaço virtual, condição que me permitiu também ampliá-la. Além de documentos oficiais, passei a reunir matérias de jornal que tratassem do assunto, transformando o que habitualmente serve como explicação naquilo que, ao contrário, deve ser explicado.

De tempos em tempos interrompia minha coleção e procurava retomar a leitura do que havia reunido. Buscava guiar minha atenção ao modo como certos conceitos paulatinamente se moldavam em outros contextos, produzindo novos entendimentos e realidades através das diferentes plataformas em que eram referidos.

Neste período havia pela internet uma profusão de reportagens que divulgavam, quase diariamente, experiências sobre o trabalho com plantas medicinais na atenção primária do SUS. Nessas reportagens, a “integração entre a ciência e tradição” era uma máxima repetida por profissionais da rede pública, que paulatinamente passei a conhecer ao acompanhar o tema em conselhos de classe, conferências de saúde e encontros temáticos. Ao tramar os fios dessa referência, desde os relatórios da OMS até a operatividade dos serviços de atenção primária na rede pública de saúde, pude acompanhar como o conceito de tradição/tradicionalidade era inventando na saúde institucionalizada e, ao mesmo tempo, como contra inventava uma nova forma de institucionalização no campo da saúde.

Posso então dizer que, nesta etapa, o trabalho com os documentos, antes de produzir questões sobre seu conteúdo e confiabilidade, passou a guiar meu interesse sobre o próprio ato de documentar e, conseqüentemente, seus efeitos na produção de práticas, produtos e serviços no âmbito do SUS.

Por inverter a proposição de uma “observação participante”, em que o vivido se converte em narrativa textual, para, ao avesso, partir do texto como forma de refinar o olhar para o vivido, é certo que os documentos figuram nesta tese com alguma centralidade. No entanto, não se trata de uma opção metodológica, nem tampouco de uma escolha ocasional. Esta condição se impôs

pela própria vida dos medicamentos, que muito antes de assumirem algum corpo a partir das diferentes formas farmacêuticas, existem através de um sem fim de registros burocráticos, os quais me propus a acompanhar. Como sinalizou Matthew Hull (2012) “para muitos gêneros de documentos, aquilo que eles representam, na maioria das vezes, é menos importante do que o modo como reúnem pessoas em torno si”.

Durante a pesquisa de campo procurei encarar esses documentos como algo que não se limita à instrumentalização do regime sanitário, educando minha atenção aos modos como eles passavam a constituir, inventar, juntar e separar sujeitos em torno do conceito de tradicionalidade.



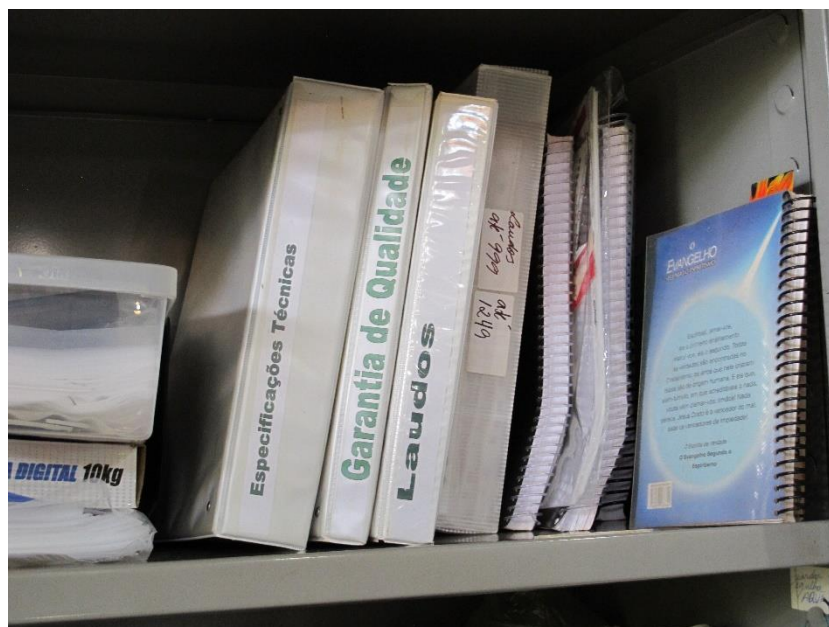
Autor: Pedro Carlessi, nov/2020

Figura 3: Encontros etnográficos com documentos. UBS Vila Cafeteira, São José de Ribamar, Maranhão



Autor: Pedro Carlessi, set/2019

Figura 4: Na entrada do I Simpósio de Plantas Medicinais da Secretaria Estadual de Saúde do Maranhão, um oratório composto por imagens religiosas afro-brasileiras, coitês e marcas indígenas se encontram com livros de farmacotécnica e farmacognosia



Autor: Pedro Carlessi, fev/2021

Figura 5: na unidade de secagem de uma Farmácia Viva do Estado de São Paulo, especificações técnicas e laudos de controle de qualidade se encontram com relatórios da OMS e evangélicos espíritas

Minha incursão em campo iniciou muito ocasionalmente. Nesta época, morando em São Paulo e por ocasião de uma mudança de endereço, comecei a frequentar uma nova unidade básica de saúde, diferente daquela que já me era familiar no bairro antigo. Em uma visita de rotina, me deparei com um cartaz convidando os frequentadores daquela unidade para uma “roda de chás” que ocorria semanalmente no jardim da UBS.

O convite, impresso em uma folha de papel A4 já muito rota, sobreposta por outros informes mais recentes, dizia que o uso de plantas era uma prática “milenar”, baseada em “saberes tradicionais” e passada de geração a geração através do “conhecimento oral”. O paradoxo de receber aquela informação não pela oralidade, mas pela leitura, nem pela presença de qualquer sujeito em que o termo tradicionalidade lhe fosse significativo, mas por profissionais de saúde, me deixou deveras tentado a participar.

Não cheguei a integrar a atividade pois, à época, havia me inscrito para cursar uma disciplina ofertada no Departamento de Antropologia da Universidade Estadual de Campinas, que ocorria no mesmo dia e horário daqueles encontros. De todo modo, tomei nota com uma das enfermeiras responsáveis pela atividade, que me informou que a roda de chás era guiada por um coletivo de alunas e alunos da Residência Multiprofissional em Práticas Integrativas e Complementares da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

O termo *Práticas Integrativas e Complementares* me era novo e igualmente interessante. Quando lia os documentos da OMS se falava em “medicina”, não em “prática”. Do mesmo modo, os adjetivos preferidos giravam em torno do “tradicional”, “alternativo” e “complementar”, e não do “integrativo”.

Entre idas e vindas a Campinas, optava por partilhar o itinerário com estudantes do campus que semanalmente trilhavam o mesmo caminho que eu. Essa era uma forma de tornar as viagens mais agradáveis e também menos dispendiosas. Através de um aplicativo de compartilhamento de caronas, candidatos aleatórios se conectavam e ali trocávamos as informações mais necessárias para seguir viagem juntos.

Por puro fortuito, em um destes percursos cruzei com o caminho de uma das residentes responsáveis pela roda de chás em minha UBS. O encontro era inimaginável, absolutamente acidental, e só aconteceu ao passo que

paulatinamente me propus a examinar e a aprender com eventos que poderiam ser rejeitados em um mundo obcecado por regimes de conhecimentos apartados de desvios e histórias.

À medida que minha experiência cotidiana cruzava com alguns quadros teóricos dedicados a pensar nos medicamentos como objetos privilegiados para o trabalho etnográfico (Castro, 2012; Desclaux, 2006; Hardon; Sanabria, 2017; Pordié, 2008), passava a tomá-los como algo não apenas farmacologicamente, mas também socialmente ativos na construção das identidades e ambiguidades que dão forma ao SUS.

Na ocasião, aproveitei o contato de minha nova colega e passei a acompanhar algumas atividades do grupo em minha UBS. Tão logo ingressei, percebi que as *Práticas Integrativas e Complementares* que acabara de conhecer a partir da fitoterapia, se referia a um movimento social amplo e extremamente agentivo na saúde pública contemporânea. Além de amalgamar modalidades terapêuticas muito plurais², operacionalizadas por técnicas e conhecimentos matizados em campos de experiências variados, o termo se referia a uma espécie de efervescência dentro do SUS, mobilizado por desejo, entusiasmo e apostas de reconstrução dos cuidados ofertados no sistema público.

Interessado em entender como este movimento se encontrava com a alcunha da tradicionalidade, agendei um encontro com o coordenador de Práticas Integrativas e Complementares do meu município. Nos encontramos na Secretaria Municipal de Saúde, próximo ao meio dia, e caminhamos juntos até uma sala de reunião onde permanecemos até o término de uma conferência que já excedia o horário de encerramento. No tempo em que ficamos à porta, ele comentava comigo a respeito de uma farmácia que a prefeitura de São Paulo mantinha próximo do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da

² No momento de redação desta tese, vinte e nove práticas totalizavam a lista de “práticas integrativas e complementares” institucionalizadas pelo Ministério da Saúde: Medicina Tradicional Chinesa/acupuntura, Homeopatia, Plantas Medicinais e Fototerápicos, Medicina Antroposófica e termalismo social/crenoterapia (incluídas pela Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006), Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga (incluídas pela Portaria nº 849, de 27 de março de 2017), Apiterapia, Aromaterapia, Bioenergética, Constelação familiar, Cromoterapia, Geoterapia, Hipnoterapia, Imposição de mãos, Ozonioterapia, Terapia de Florais (incluídas pela Portaria nº 702, de 21 de março de 2018).

Universidade de São Paulo. A farmácia, ativa há mais de quinze anos, atendia a demanda de prescrições médicas vindas dos “Centros de Referência em Homeopatia, Medicinas Tradicionais e Práticas Integrativas”. Longe de algo exclusivo ou restrito ao contexto paulista, meu interlocutor contava que em algumas semanas, no Rio de Janeiro, aconteceria o I Congresso Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, evento organizado pelo Ministério da Saúde no contexto de lançamento da nova versão da política nacional que levava o mesmo nome.

1.5 O método como mote

Em 2018 o I Congresso Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (Intercongrepics) aconteceu conjuntamente com o III Congresso Internacional de Ayurveda. Foram quatro dias de atividades em um mega galpão projetado para sediar os jogos olímpicos do Rio de Janeiro. Financiado pelo Ministério da Saúde, o evento contou com cerca de cinco mil participantes. Junto de expositores internacionais convidados para o evento somaram-se lideranças de movimentos sociais, parteiras, rezadeiras, benzedadeiras, terapeutas holísticos, parlamentares do congresso nacional, estudantes, pesquisadores, trabalhadores, gestores do sistema público de saúde, além de pacientes e curiosos que, como eu, se mostravam interessados naquela temática.

O galpão em que ocorriam as atividades era dividido em três amplos pavimentos. O primeiro contava com quichês do Ministério da Saúde, Organização Panamericana de Saúde e outras instituições públicas que divulgavam suas ações, programas e políticas a partir da distribuição de materiais publicitários. No mezanino, as modalidades terapêuticas apresentadas nos quichês eram aplicadas ao público interessado em conhecê-las. No piso superior, um sem-fim de salas de reunião acolhiam os grupos temáticos, plenárias e discussões mais contextuais a certos temas e campos de experiência. Organizada desta maneira, a arquitetura do evento separava espaços dedicados ao Estado, a Ciência e a Sociedade, assegurando a divisão que as propostas de integração ali debatidas anunciavam superar.

Acompanhei o evento em toda a sua extensão, mas isso não seria necessário para perceber os diálogos profundos que a política em discussão estabelecia com uma outra, igualmente importante para os debates ali colocados: a Política Nacional de Plantas Medicinais e Medicamentos Fitoterápicos (PNPMF). Oficializadas no mesmo ano, em 2006, ambas eram evocadas no Intercongregics como marcos da “pluralidade de cuidados” e do “fortalecimento democrático” na construção do SUS. A PNPIC, mais próxima da institucionalização de serviços, a PNPMF das tecnologias necessárias para que esses serviços fossem realizados. Entre as proposições de ambas as políticas, a inclusão de plantas medicinais e fitoterápicos na rede pública de saúde era uma espécie de moto-perpétuo para as referências sobre tradição/tradicionalidade naquele evento, trazendo consigo a proposta de incluir no SUS terapêuticas “naturais”, “culturalmente utilizadas” e “cientificamente comprovadas”.

No decurso da história do sanitarismo brasileiro, sobretudo a partir da criação do Sistema Único de Saúde, o uso de plantas medicinais e fitoterápicos ganharam grande espaço no serviço público. Assim, o evento era uma espécie de reencontro dos pioneiros dessa proposta e, também, de comemoração pelos anos de luta para oficializar o que chamavam de “cuidados contra-hegemônicos” no âmbito do SUS.

Esta “contra-hegemonia”, no entanto, não passou ao largo de contestações. Enquanto no salão principal os conferencistas argumentavam contra o “cientificismo” e em favor da “tradicionalidade de uso” como elemento de legitimidade terapêutica, do lado de fora o movimento indígena organizava uma programação paralela à oficial e reivindicava que, mais uma vez, os saberes dos povos tradicionais haviam sido renunciados pelo Estado.



*Fonte: Acervo Sesai/Ministério da Saúde. Autor: Alejandro Zambrana, 2018
Imagem cedida pelo autor*

Figura 6: Mesa de debate no Intercongregics

Nas falas de Ailton Krenak, Davi Kopenawa, Álvaro Tukano, Edna Shanenawa, Francisco Apurina, Nina Katoquin e Willian Xakriabá o tom era de perplexidade. Paradoxalmente, as novas políticas do Ministério da Saúde contemplaram a “medicina ayurveda”, originária da Índia, a “medicina antroposófica” da Europa ocidental e a “medicina tradicional chinesa”, mas não reconheciam como oficial nem as práticas nem os saberes de seu próprio povo. A discussão, por sua vez, era problematizada por acadêmicos e agentes de governo, que viam na não-institucionalização uma forma de evitar que a pluralidade e particularidade das práticas de cura daqueles povos se convertessem em um modelo estéril de “prática integrativa e complementar”³.

Meses depois, passei a estabelecer contato com os atores do Ministério as Saúde que conheci no Intercongregics. Visto que neste momento minha interlocução no âmbito federal era pequena, não esperava prontamente uma

³ No decorrer dos quatro dias de Intercongregics as lideranças mantiveram uma agenda permanente e extraoficial, composta por debates realizados à porta do salão em que ocorriam as conferências internacionais. Complementar aos debates ali realizados, esta discussão foi por mim acompanhada no único espaço institucional destinado a este grupo, a mesa “medicina tradicional indígena: diferentes perspectivas integradas de cuidado e ser” realizada no dia 13/03/2018.

resposta, mas, sim, uma primeira experiência de interação com os sujeitos e instituições que pretendia acompanhar.

Em dezembro de 2019 escrevi ao Departamento de Atenção Básica e ao Departamento de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde para identificar municípios brasileiros em que a oferta pública de fitoterapia se fazia presente: “Não possuímos esse mapeamento, embora já tenhamos requerido à Coordenação responsável. Por gentileza, solicitamos o envio dos resultados da sua pesquisa”.

Desde 2009 o Ministério da Saúde não contava com inventários nacionais a respeito dos serviços de “práticas integrativas e complementares”. Passados dez anos, ao olhar dos leitores daquele e-mail, a pesquisa por mim conduzida poderia suprir uma lacuna de interesse dos órgãos de gestão pública.

A relação intrincada – por vezes conflituosa – entre os domínios da crítica e da prática na Saúde Coletiva tem sido tematizada de modo recorrente em pesquisas que examinam este campo de experiências (Langdon, 2017; Martin; Pereira, 2022; Russo; Carrara, 2015). Ao passo que o interesse dos pesquisadores se defronta com uma estrutura pública enxuta e deficitária, por vezes somada ao senso de pertencimento e desejo de participação na construção coletiva do SUS, o trânsito entre a universidade, os serviços de saúde e os órgãos de administração pública acaba borrando limites demarcados do trabalho acadêmico. Como uma espécie de dialética constitutiva da própria identidade sanitária no Brasil, comumente os pesquisadores se encontram na encruzilhada desses domínios, assumindo sua participação na produção das realidades que se dedicam a questionar. Não diferente, no trabalho etnográfico, questionar os “frutos puros” (Pussetti, 2015), ou seja, os limites entre *observar participando* e *participar observando*, também parece ser uma das formas mais produtivas para antever essencialismos e desestabilizar a ilusão do pesquisador “neutro”.

Pela necessidade ministerial de sistematizar os serviços de fitoterapia do território nacional e, ao fazê-lo, pelo privilégio etnográfico da convivência, assumi a ideia de ter um método como mote para minha entrada em campo. Durante o ano de 2020 me dediquei ao mapeamento dos serviços farmacêuticos relacionados com a oferta pública de terapêuticas contempladas pela PNPMF. A

pesquisa, de caráter nacional, partiu de dados secundários fornecidos pelo Departamento de Assistência Farmacêutica e pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, e foi por mim conduzida através de um método bastante protocolar de entrevistas (Carlessi; de Sousa, 2022). Para dar conta deste empenho, não só precisei criar alguma familiaridade com o acesso e gestão de bancos de dados como, também, com as habilidades necessárias para manejá-los.

Da circularidade entre a posição de *participante* e *observador* e, por sua vez, de necessidade de tomar os dados da pesquisa como *fatos e feitos*, a partir do momento que deixei de resistir às intersecções entre esses domínios e passei a aceitar os agenciamentos do próprio campo é que a pesquisa ganhou forma.

Entre janeiro e dezembro de 2020, estive em contato com trabalhadores da rede pública atuantes em diferentes regiões do território nacional. Nesse primeiro momento, fui apresentado a parte importante dos atores engajados na construção da fitoterapia pública no Brasil. Com eles pude recuperar memórias e histórias, além de compartilhar solidariedade e companhia nos tempos da reclusão impostas pelo confinamento social-sanitário e pela austeridade político-econômica nos tempos da pandemia de Covid-19.

Do nosso contato inicial, que se intensificou no ano seguinte, pude perceber como o trabalho etnográfico é insubmisso ao controle, e exigente de um certo refinamento analítico frente aos atravessamentos que emergem do campo. A observação participante, por sua vez, obriga a experimentar, em um nível tanto intelectual como afetivo, as vicissitudes de aprender por caminhos negados pela racionalidade científica. É irreprodutível, cocriativa e inventiva.

Tomada como matéria-prima privilegiada para a produção etnográfica, nas páginas seguintes recupero aquilo que a racionalidade dos métodos de coleta de dados não deu conta de abarcar. Serão os afetos, as memórias, vidas e histórias que irão compor essa tese.

Como disse Isabelle Stengers (2016), “uma ciência triste é aquela que não dança”. Tomemos parte, então, nessa dança.

1.6 Trabalho de campo em contextos distópicos

Afora o contexto sanitário que solapou o trabalho de campo desde sua origem, algo importante a ser dito sobre a condução de etnografias no âmbito do SUS se refere a impermanência dos serviços e das equipes que se pretende acompanhar (para outras etnografias que partilham dessa experiência, vide Castro, 2018; Fleischer, 2017).

Em um primeiro momento meu contato com os interlocutores dessa pesquisa se restringia a conversas telefônicas e reuniões virtuais. Quando o contexto sanitário causado pela pandemia de Covid-19 nos permitiu, a alguns deles sinalizei meu interesse em conduzir um trabalho de campo acompanhando suas rotinas de trabalho, sobretudo em farmácias e hortos terapêuticos dedicados a fitoterapia.

Ao passo que apresentava minha proposta de campo, notava uma grande preocupação dos meus interlocutores. Sobretudo em municípios de estrutura administrativa reduzida, enquanto meus interlocutores e eu tentávamos avançar com os trâmites burocráticos que dão autorização para a condução da pesquisa, percebíamos que esta era uma atividade fadada ao fracasso. Ademais, o caráter instável e transitório das equipes e espaços de trabalho que eu me interessava por acompanhar também era visto com receio: “deixa passar a eleição, a gente vê como a coisa vai ser e organiza pra você fazer uma visita, pode ser?”.

Diferente do trabalho de campo, “fazer uma visita” me parecia algo deveras breve para ser considerado em um trabalho etnográfico. No entanto, essa era a condição pelas qual os convites chegavam até mim e passou a se tornar mais compreensível conforme passei a aceitá-los.

Em 2019 visitei dois municípios, além do Distrito Federal. Entre 2020 e 2021, outros sete, repetidos em novas visitas nos anos seguintes⁴. Nessas visitas, organizava a agenda de acordo com a disponibilidade de meus

⁴ Brasília/DF e São Luís/MA em 2019; Barreirinhas/MA, Betim/MG, Jardinópolis/SP, Pastos Bons/MA, Recife/PE, São Bento do Sul/SC, São Luís/MA e São José de Ribamar/MA em 2020 e 2021. Nesse itinerário, sobretudo Brasília/DF e Jardinópolis/SP foram pontos de reencontro com diversos trabalhadores da fitoterapia pública brasileira que conheci em campo. Revisitei ambos municípios em três novas viagens, ocorridas entre julho/2022 e janeiro/2023.

interlocutores para me receber, período que transitou entre um e quarenta e cinco dias.

Conforme as eleições municipais de 2020 se aproximavam e a situação da pandemia de Covid-19 se agravava, as estruturas dos municípios se reorganizavam, os trabalhadores eram realocados de posição e/ou os serviços que eu pretendia visitar eram descontinuados, fechados para reforma ou arbitrariamente extinguidos. Desse modo, a impermanência passou a ser constituinte da própria pesquisa. Em algumas situações, precisei postergar a visita por mais de um ano, fugindo tanto das instabilidades políticas como sanitárias. Quando as visitas enfim se concretizaram, cheguei a ficar impedido de realizá-las em função do endurecimento das medidas de distanciamento social ou mesmo impossibilitado de retornar para minha região de origem.

A itinerância que caracterizou esta pesquisa, no entanto, não operou como investimento metodológico interessado em conduzir uma etnografia multissituada. Na antropologia contemporânea o termo tem sido acionado como referente a um conjunto de proposições em que o deslocamento e a observação entre diferentes cenários dariam ao pesquisador a possibilidade de discutir um fenômeno comum ou em continuidade entre os diferentes espaços percorridos. Ao contrário, durante o trabalho de campo acompanhei serviços farmacêuticos atento ao particularismo e incomensurabilidade das proposições realizadas em cada um deles. Dessa maneira, metodologicamente, me dedicava ao acompanhamento de diferentes serviços que integram o SUS, muitas vezes conectados tão somente pela minha itinerância e pelos encontros promovidos a partir deste movimento. Esta condição, inclusive, foi a que permitiu que eu e meus interlocutores estabelecêssemos uma relação de mútua confiança, essencial para o trabalho etnográfico acontecer.

Algo interessante que vivíamos quando nos encontrávamos pessoalmente, sobretudo em função das restrições sanitárias impostas pela pandemia de Covid-19, era a necessidade de estabelecermos algum vínculo mais profundo do que aquele que anteriormente partilhávamos nos ambientes virtuais, que se tornaram habituais com alguns interlocutores.

De minha parte, havia o interesse em indicar que, embora fosse também farmacêutico, minha “visita” não seria conduzida pelo juízo sanitário que acompanha as visitas “técnicas”, próprias da profissão.

Justamente a este respeito, notava que nossos primeiros encontros eram marcados por um certo estranhamento quando me reconheciam como farmacêutico. Esta condição se fazia motivada especialmente pelo fato de eu não cumprir algumas regras de sociabilidade comuns a este grupo. Primeiro, por invariavelmente ir às visitas sem remover a barba que me é habitual. Em ambientes em que transitam medicamentos – sobretudo aqueles dedicados a manipulação, preparação e fabricação – os corpos tendem a ser produzidos por um código estético e identitário justificado pelas RDCs. Assim, nesse grupo, evita-se muitos dos traços que conferem particularidade aos sujeitos. Ademais, quando me conheciam, meus colegas estranhavam o fato de jamais terem me encontrado nas reuniões do conselho de classe profissional, que passei a frequentar tão somente na qualidade de etnógrafo.

Muito produtivamente, procurava aproveitar essa produção de semelhanças e diferenças para contextualizar os objetivos da minha visita. Enquanto conversávamos sobre o repertório de plantas utilizado naquele município, optava por fazer uso dos nomes vegetais que me eram familiares ou afetivos, os quais meus colegas reconheciam como uma nomenclatura “popular”, e não “técnica”. Resguardadas, então, algumas particularidades dos nossos fazeres, os encontros se nutriam pelo interesse comum no SUS, nas plantas e nos laboratórios. No tempo das catástrofes provocadas pela pandemia de Covid-19 e, sobretudo no momento em que ainda não dispúnhamos de vacina nem saída para o contexto distópico em que nos encontrávamos, pensar nas formas de cuidar das pessoas parecia forçar aqueles profissionais a também cuidar de um mundo que, em nome da “técnica”, havia sublimado as sensibilidades humanas a um custo já muito caro, condição que nosso encontro parecia recobrar.



Autor: Pedro Carlessi, fev/2021

Figura 7: Cuidar das pessoas e mundos. Atendimento de fitoterapia

Tão logo entrávamos em seus espaços de trabalho, alguma familiaridade passava a ser construída enquanto eu procurava reconhecer, atender e retribuir às dádivas que me eram dadas. Vestir adequadamente os equipamentos de proteção individual, lavar as mãos meticulosamente conforme protocolo sanitário e ter a habilidade necessária para controlar a respiração a ponto de evitar que os óculos postos sobre as máscaras embaçassem, estabelecia entre nós alguma solidariedade a ponto de a visita transcorrer aos modos como era habitual aos meus interlocutores, porém com outros compromissos.

Esses “outros compromissos” geralmente eram entendidos no decorrer da própria visita, quando não ao final. Durante o trabalho de campo visitei fundamentalmente unidades do serviço público de saúde autorreferidas por meus interlocutores como *farmácias vivas*. Diferente das demais, as farmácias vivas são autorizadas a conduzir desde o plantio de plantas medicinais até a preparação destas plantas em forma de fitoterápicos. À época, o fluxo de inspeções e documentos necessários para conceder autorização de funcionamento às farmácias vivas era novo entre os órgãos de vigilância sanitária. Desse modo, a rotina dos meus colegas para adequar seus serviços ao regramento sanitário era tão onerosa quanto aquela empreendida no mito de Sísifo, que convocado a levar uma pedra até o topo de uma colina, toda vez que

estava prestes a alcançar seu objetivo, via a pedra rolar montanha abaixo até o ponto de partida, de modo a estar sempre fadado a repetir o esforço.

Embora houvessem farmácias vivas espalhadas por todo o território nacional, até 2020 eram raras aquelas que possuíam autorização de funcionamento resguardado por este termo. Partindo, então, de uma legitimidade supostamente frágil é que se dava tanto a preocupação como a aceitação da minha visita. “Você foi na farmácia do fulano? Parece tudo tão perfeito quando ele fala de lá. Como é? Aqui as coisas são tão difíceis”. À medida que os interlocutores que eu conhecia em campo entendiam que meu empenho não era tentar enquadrá-los a uma concepção estabilizada de “farmácia viva”, mas, sim, de aprender com suas diferenças, tanto minha entrada como permanência em campo se tornavam mais vivas. Curiosamente, quando a conversa enveredava para esse rumo, a máscara que nos cobria o rosto era invariavelmente removida ou abaixada, evidenciando uma reciprocidade que não merecia ser encoberta.

Desse modo, a etnografia que apresento nas páginas seguintes não tem a pretensão de “analisar” o comportamento, o significado ou o trabalho que conheci em campo. Mas, sim, aprender com as experiências que me foram relatadas.



Autor: Pedro Carlessi, dez/2020

Figura 8: Rosto e Máscara. São Paulo



Autor: Pedro Carlessi, fev/2021

Figura 9: Rosto e Máscara. Santa Catarina



Autor: Pedro Carlessi, nov/2020

Figura 10: Rosto e Máscara. Maranhão



Autor: Pedro Carlessi, fev/2021

Figura 11: Rosto e Máscara. Maranhão

2 A INSTITUIÇÃO DA “TRADIÇÃO” NOS GUIAS E RELATÓRIOS DA OMS

2.1 A OMS e o recado pré-moderno

Parte do que fez a Organização Mundial da Saúde ascender internacionalmente foi sua habilidade de lidar com mundos distintos. Criada em 1948, no contexto da Guerra Fria, durante suas duas primeiras décadas a agenda da OMS girava em torno de dois objetivos opostos e interconectados. Primeiro, abarcar as novas concepções de saúde que emergiam das sociedades urbanas liberais. Segundo, consolidar a *atenção primária* como caminho para promoção da igualdade social (WHO, 1981).

Ambas as pautas eram amparadas pela efervescência das décadas anteriores, sobretudo no bojo das transformações promovidas pelos movimentos de contracultura⁵ das classes médias da América do Norte e Europa. No debate público, a crítica conferida a uma medicina instrumentalizada se amplificava a partir do inter cruzamento com outras bandeiras e lutas, como o pluralismo terapêutico, o ambientalismo e a participação de grupos minoritários na construção e fortalecimento de Estados nacionais democráticos, sobretudo em territórios enviesados por regimes autoritários, como se deu no Brasil. Neste contexto, a valorização de práticas e saberes outrora marginalizados se apresentava como aposta de correção do “mal desenvolvimento” no ocidente, da qual a OMS foi ávida em perceber e abarcar.

Ao passo que em todo o globo os domínios da saúde e do adoecimento passavam a ser tutelados no âmbito de uma medicina de Estado, a OMS enxergava um cenário favorável para o reconhecimento dos saberes, práticas e recursos terapêuticos não-biomédicos, tornando-os passíveis de serem oferecidos juntamente com a medicina tecnocientífica já praticada. Já na I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada pela

⁵ Movimento que, na literatura, ficou conhecido como Nova Era, ou pelo heterônimo inglês, *New Age*. Na saúde coletiva o conceito é examinado principalmente por Madel Luz (1997) e Nelson Felice de Barros (2002). À abordagem destes autores, e aos elementos que serão apresentados no decorrer desse capítulo, como as contribuições de José Guilherme Magnani (2000) e Fátima Tavares (1999, 2010, 2012, 2016), que nos indicam a confluência entre os domínios do terapêutico e do religioso em um terreno híbrido e, também, Rodrigo Toniol (2014, 2015, 2017) e Sonia Maluf (2005a,b), que atentam para o deslizamento do conceito *espiritualidade* para as práticas e políticas de saúde no Brasil.

OMS em 1978, como proposta para atingir a meta ambiciosa de “saúde para todos até o ano 2000”, a agência preconizava o trabalho em saúde como campo de atuação de:

médicos, enfermeiros, parteiras, auxiliares e agentes comunitários, conforme seja aplicável, assim como de praticantes tradicionais, conforme seja necessário, convenientemente treinados para trabalhar social e tecnicamente (WHO, 1978a, p.2, tradução minha).

Através da Declaração de Alma-Ata, reportada acima, a OMS se mostrava atenta às novas concepções sobre saúde, cura e adoecimento que despontavam no debate público. Mais do que isso, ao sugerir aliança entre o trabalho tecnocientífico e outros regimes de cuidado, tanto abrandava a crítica das décadas anteriores contra a diminuição da atenção conferida ao paciente, como também anunciava que todos os seus Estados-membros dispunham de meios oficialmente aceitos para assegurar a meta da Organização, fossem eles tecnocientíficos ou não. Ainda em 1978, a Organização Mundial de Saúde criou o *Traditional Medicine Programme*, cujo sentido atribuído ao termo que dá nome ao programa foi:

A soma de todos conhecimentos e práticas, explicáveis ou não, usados no diagnóstico, prevenção e eliminação de desequilíbrio físico, mental ou social, baseados exclusivamente na experiência prática e na observação transmitida de geração a geração, de modo oral ou escrito (WHO, 1978b, p.8, tradução minha);

também pode ser considerado como uma amálgama sólida da dinâmica entre conhecimento médico e experiência ancestral (id. *ibid.*);

também pode ser considerado a soma total de práticas, medidas, ingredientes e procedimentos de todos os tipos, materiais ou não, que desde tempos imemoriais.. (id. *ibid.*).

Em sua acepção de *Traditional Medicine*, o adjetivo faz referência tanto à medicina – digo, a categoria profissional médica – como ao medicamento, ou seja, um objeto terapêutico reconhecido e validado através dos saberes e técnicas da própria ciência médica. Evitando os equívocos e duplicidades inerentes à tradução, noto que, embora o primeiro sentido (medicina) seja mais

apropriado ao contexto ao qual o termo se dirige, o segundo (medicamento) não lhe é escuso e justamente reitera o sentido tautológico do binômio medicina/medicamento endereçado pela OMS.

No decorrer dos anos seguintes a proposta correu o mundo como uma forma de revisitar as práticas de saúde, fazendo do conceito de “tradição” uma espécie de reconstrução da medicina e do medicamento. A este respeito, Cecília Donnangelo (1975) é quem não nos deixa esquecer que o termo “medicina” possui uma larga trajetória, que se confunde com o próprio estabelecimento da categoria enquanto campo de atuação profissional e mercantil. Diferente de outros setores emergentes da luta de classes, a prática médica se edificou a partir das sociedades burguesas, apoiada em um sistema particular de valores que as legitimam frente a outros modos de atribuir sentido ao fenômeno do tratamento, da cura e do adoecimento. Complementar a este argumento, Lilia Schraiber (1993) recupera o pensamento do sociólogo Oracy Nogueira para atentar à medicina em sua constituição profissional, em que a conversão de “ofícios” em “profissões” se fez fundamental para a ascensão de um modelo hegemônico de trabalho na saúde institucionalizada. A esse respeito, a autora grifa como diferentes conhecimentos e práticas se fundiram em uma única forma social de prática e realização, que só foi possível ao se adotar uma única técnica (a clínica), atribuída a uma única categoria profissional (o médico), conferida por uma única via de qualificação profissional (a escola médica) e, por todo esse conjunto, validada socialmente como a única forma legítima de serviço. Não ao acaso, para produzir legitimidade à variabilidade de práticas que passava a recomendar, OMS submete a ideia de “tradição” à “medicina”, sempre grafada no singular. A própria declaração de Alma-Ata reitera a sujeição: a particularidade de técnicas curativas culturalmente localizadas é reconhecida tão somente após ser treinada para atuar enquanto *trabalho*.

A ideia de que, em diferentes contextos, as práticas de cura são executadas através de alguma “medicina” sugere a operatividade de um campo de práticas autônomas e distintivas dos demais modos de produção da vida social. No entanto, esta é uma concepção fundamentalmente particular, não havendo nenhum atributo *a priori* capaz de configurá-la como uma lógica transculturalmente operativa. Podemos então dizer que “medicina” se refere a

uma prática bastante específica, que não pode ser tratada como sinônimo ou simetria com outros modos de atribuir sentido à saúde ou à desordem. Por consequência, “medicina tradicional” permite remeter a esse mesmo campo de experiências, afinal, a “medicina” também faz parte de uma certa “tradição”. No entanto, este último termo tem sido sistematicamente acionado para manter a divisão nós/eles, da qual o “tradicional” é sempre revestido por uma carga semântica diminuta, passível de contestação, contextualização e validação para se tornar reconhecida nos modos de fazer-saúde. Ao subjugar a “tradição” à “medicina” e a todo um campo de práticas e profissões, a OMS fez com que prevalecesse uma concepção estabilizada e romântica deste último termo, plenamente passível de ser mobilizada pela lógica do consumo.

Faço esse apontamento como prelúdio à discussão que seguirá nesse capítulo. Não como uma espécie de pessimismo antecipado, mas sim como antídoto a um otimismo preliminar. Prefiro pensar na proposta da OMS aos modos como Annemarie Mol (2008) a apresenta: uma espécie de recado pré-moderno para que a medicina e o medicamento deixem de polarizar tecnologia e cuidado. Nas próximas seções seguirei o convite da autora atento aos modos como esse recado foi lido.

2.2 Internacionalizar a “tradição”

Em seus relatórios mais recentes a OMS tem sinalizado o caráter internacional daquilo que nomeia como *Traditional Medicine*. Hoje instituída em mais de dois terços dos Estados-membros da Organização, a categoria conta com aporte regulatório, atuação profissional regulamentada, ensino, pesquisa e reconhecimento governamental (WHO, 2019).

O advento da medicina e do medicamento tradicional nos ajuda a dimensionar como as proposições e termos instituídos no âmbito da OMS possuem efeitos que ultrapassam o campo burocrático, afetando de forma contundente a produção e operatividade de sistemas nacionais de saúde e, de modo mais amplo, os modos como cuidados são realizados, tanto no âmbito das instituições como fora delas. Tratando da globalização do termo tradição/tradicionalidade na saúde institucionalizada, cabe a esta seção

contextualizar como este movimento se dirigiu. Afinal, como notou Marshall Sahlins (1993), a noção de cultura – e aqui poderíamos espelhá-la também para a de formas culturalmente situadas de produzir cuidados – ela mesma muda depois que é apropriada pelas demais, fazendo deste movimento uma forma muito particular de política.

Recorrendo aos documentos digitalizados e disponíveis para consulta na biblioteca virtual da Organização Mundial da Saúde⁶, é possível perceber que o termo *Traditional Medicine* não é fixo. No decorrer de sua história, entre inúmeros relatórios, pautas e atas de reuniões, ele se institui com contornos semânticos e alcances políticos sempre muito variáveis e contextuais, a todo momento tramando enredos com a medicina oficial. Para contextualizar este argumento, volto à Declaração de Alma-Ata, que se apresenta como ponto de inflexão das tentativas de estabilização da ideia de tradição/tradicionalidade no escopo das recomendações internacionais de saúde. Antes e depois dessa declaração os sentidos atribuídos ao termo trilham caminhos distintos, que vão do reconhecimento das culturas terapêuticas dos “outros” à institucionalização enquanto proposta de cuidado para “todos”.

Durante as duas primeiras décadas da OMS, que vão de 1948 até o fim da década de 1960, o termo “tradição” era referido enquanto conjunto de características que precisava ser levada em conta para garantir o sucesso prático das ações propostas pela medicina, condição que também se converte a partir da década seguinte. Já o termo “medicina” fazia referência direta às práticas clínicas e epidemiológicas elegidas para solucionar as demandas de saúde pública que guiavam a atenção da OMS, como o acesso a água potável e a contenção de doenças transmissíveis. Não obstante, era ele mesmo alvo de controvérsias entre os especialistas da Organização, tal como se vê no relatório da 11^o sessão do Comitê Regional do Mediterrâneo Oriental:

Nem sempre é devidamente percebido que, a fim de elevar o padrão de serviços de saúde, deve-se elevar o padrão da própria comunidade, que para criar e utilizar melhores padrões de medicina, a promoção da

⁶ Disponível *online* em: <https://www.who.int/publications/i> e <https://apps.who.int/iris>. Acesso em 03/04/2021.

sociedade torna-se condicional. Muitas vezes se comete o erro de introduzir prematuramente serviços altamente especializados em áreas provinciais onde a clínica médica ainda seria a agência de saúde mais útil. A prestação de cuidados médicos não pode ser determinada pela oferta e demanda econômica (WHO, 1961, p.2, tradução minha).

A incomensurabilidade desses dois termos pode ser vista em diversos documentos anteriores a 1978. Falando das tentativas em que fracassaram na consolidação de um sistema nacional de saúde em algumas regiões do oriente, por exemplo, o 20º relatório anual do escritório regional do sudeste asiático aponta o insucesso da OMS na região em função da preferência que certos grupos mantinham por seus próprios tratamentos, tornando os poucos equipamentos de saúde que existiam nestes territórios ociosos ou ineficazes (WHO, 1967, 1973a). Reportando outro trecho da 11ª sessão do Comitê Regional do Mediterrâneo Oriental, ao tratar da saúde mental da população rural, a OMS reconhece o caráter mais controverso de suas intervenções, sinalizando-as, inclusive, como desagregadoras de práticas e saberes considerados “tradicionais”. No entanto, remete que o estabelecimento da medicina em áreas rurais é tanto uma etapa de ruptura como também de futura evolução⁷, uma espécie de remédio amargo aplicado aos modos de vida não-globalizados, que paradoxalmente passavam a ser cada vez mais valorados no contexto urbano das sociedades de industrialização avançada. Para além da polarização, as tentativas de oficialização de sistemas nacionais de saúde não deixam de revelar o caráter mais antropocêntrico das intervenções de saúde, em que os sistemas culturalmente operativos de cuidados eram vistos como entraves para a instituição do sistema médico-alopático.

⁷ *“Nevertheless, we should not confuse the passing with the permanent. After all, any process of evolution carries in itself the seeds of devolution of an older regime”* (WHO, 1961, p.3).



Fonte: 25º relatório anual do escritório regional do sudeste asiático da OMS, 1973b

Figura 12: Uma medicina para muitas tradições

Até esse momento o termo *Traditional Medicine* desempenhava pouca ação na arena internacional. Seu uso se dava de modo muito circunstancial e sem nenhuma sistematização, como é habitual nos documentos da Organização. Suas referências eram limitadas tão somente às citações feitas por escritórios regionais no ensejo de documentar quão variáveis e distintos eram os modos de produzir contexto e significado ao fenômeno do adoecimento, do tratamento e da cura. “medicina” e “tradição” passam a operar conjuntamente, e de modo sistematizado, somente no bojo das transformações ensejadas pelo advento do conceito de “atenção primária”.

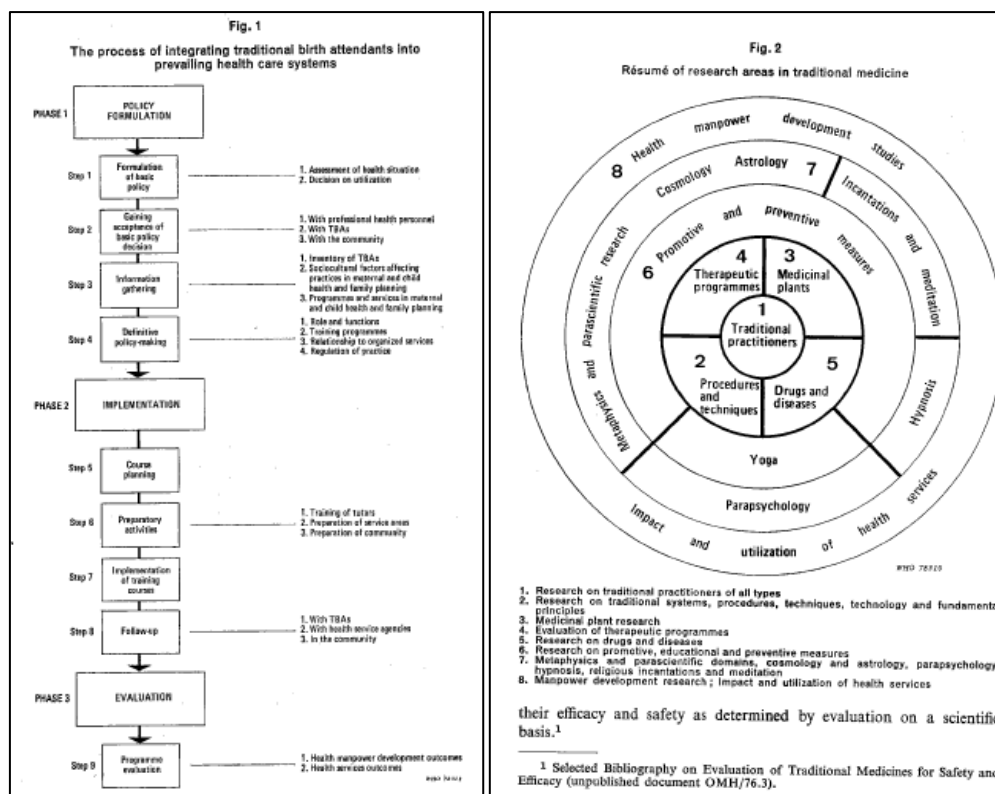
Parte significativa dessas primeiras referências se inicia em 1972, durante a 25ª sessão do Comitê Regional do Sudeste Asiático, realizado na cidade de Colombo, no Sri Lanka. No relatório a OMS celebra os avanços de suas intervenções na região, dando como exemplos do sucesso o aumento da expectativa de vida e a diminuição da mortalidade infantil em países como Bangladesh, Índia, Indonésia, Tailândia e Nepal. Já na introdução do relatório a Organização atribui esses resultados ao estabelecimento de uma ampla rede de ensino e prática de cuidados profissionais na Ásia, que passavam a operar em

harmonia e colaboração com as populações locais, com as universidades nacionais e com órgãos de saúde estrangeiros.

Remetendo a estes resultados, no ano seguinte, 1973, a OMS encomendou um estudo sobre “abordagens alternativas para atender as necessidades básicas de saúde nos países em desenvolvimento”, cujos resultados seriam apresentados no Comitê Conjunto OMS/UNICEF sobre políticas públicas⁸. Como etapa para promover sistemas nacionais de saúde relacionados com a atenção primária, uma equipe mista de oficiais *seniors* destas duas instituições incursionou de seus gabinetes para diferentes regiões da Índia e de Bangladesh, condição que muito ajudou a calibrar o olhar dos redatores ao delineamento do termo que ali tomava suas primeiras feições. A partir das observações reportadas, em 1975 o escritório global da OMS instituiu um comitê internacional sediado no escritório do sudeste asiático, com o objetivo de “desenvolver guias para provisionar cobertura médico assistencial para o maior número de pessoas possível, usando práticos tradicionais para isto” (WHO, 1978c, p.105-106, tradução minha).

É no momento em que se diminuem as distâncias entre regionalidade e universalidade que tanto as noções de medicina como de tradição se enfeixam e se reconfiguram.

⁸ Vide Djukanovic e Mach (1975).



Fonte: primeiro programa de promoção e desenvolvimento de medicina tradicional. OMS, 1978

Figura 13: Muitas tradições para uma medicina

Já no documento inaugural dessa temática, a Organização endereçava sugestões práticas para que seus Estados-membros provisionassem meios para a institucionalização dos cuidados “tradicionais”. O relatório *The Promotion and Development of Traditional Medicine*, redigido em linguagem técnica e organizado em forma de manual, já em suas primeiras páginas apresenta uma lista de professores e doutores incumbidos de anunciar a tradicionalidade ao mundo. O argumento central deste documento gira em torno de ratificar como certas gramáticas rituais merecem reconhecimento e validade por parte dos sistemas oficiais de saúde em todo o globo. Dando exemplos sobre a efetividade com que certas práticas culturalmente localizadas em países emergentes resolvem demandas de adoecimento próprias de seus territórios, nos termos ali colocados, é possível “desenvolvê-las para serem usadas por toda humanidade” (WHO, 1978b, p.13).

Sobretudo no eixo sul do globo, parte significativa das propostas de colocar saberes científicos e não-científicos lado a lado se edificou a partir de lutas e movimentos sociais distintos, que se enfeixavam na reconstrução das

bases democráticas pós regimes autoritários que marcaram as décadas de 1970 e 1980. No entanto, reconhecer as diferenças entre saberes científicos/não-científicos e atestar a paridade lógica e técnica como caminho para instaurar um regime democrático não significa fusioná-los, tal como sugestiona a OMS.

O termo *Traditional Medicine* é sintomático da mudança nos modos de representação da qual as décadas finais do século XX parecem ser testemunhas. Ao passo que a trajetória das ciências e das técnicas na modernidade havia anunciado a primazia da razão em função de sua separação tanto do discurso como da política, argumento com o qual a medicina e o medicamento se viram capazes de expressar seus efeitos independentemente ou, ao menos, com fraca dependência das subjetividades humanas, o termo evoca à antítese e se fortalece pela convergência entre efeitos biológicos e contextuais daquilo que faz referência. Para além dos limites sempre muito parciais de uma certa eficácia simbólica, a “tradicionalidade” passa a ser um importante princípio ativo da medicina:

como parte integral da cultura das pessoas, ela é particularmente efetiva em resolver certos problemas culturais de saúde”, e “contribui livremente para a medicina científica e universal (WHO, 1978b, p.13, tradução minha).

Nesse documento a OMS reconhece as diferenças entre saberes tradicionais e tecnocientíficos sem, com isso, reavaliar os compromissos de seus termos e fazeres. Ademais, a proposta sugere uma conversão protecionista controversa: os saberes e materialidades curativas “tradicionais” são convertidos em “medicina”, passando a ser validados e tutelados pelo Estado, no entanto, as populações autóctones e os povos tradicionais seguem sem gozar dos mesmos direitos e privilégios da classe médica. A esse respeito, Dominique Gallois é quem não nos deixa esquecer que, se quisermos entender como os povos e saberes autorreferidos tradicionais se relacionam com o desenvolvimento característico do ocidente, devemos primeiro admitir que esta relação se dá pela via das instituições, “instituições essas que monopolizam a linguagem, as definições e as adequações do desenvolvimento” (Gallois, 2008).

Na segunda publicação temática (WHO, 2002a) muda tanto o conteúdo como a forma de apresentar aquilo que a OMS reconhece como “tradicional”. De uma linguagem e estética muito normativa no documento inaugural, a versão subsequente dá vez a um documento cuja estética e conteúdo acenam mais à abertura do que a contingência, usando para isso elementos que remetem ao holismo e a globalização.



Fonte: Traditional Medicine Strategy, WHO, 2002-2005

Figura 14: o sentido de “documentar” como um processo de produção de legitimidade

Na nova versão, desenhos de *yin yang*, ramos e flores se interpõem com mapas e globos terrestres, elementos que performam novos modos de sociabilizar antigas drogas. A chancela dessa aposta, não mais feita por consultores, passa a ser ratificada pelos próprios escritórios da OMS, que indicam os meios pelos quais a “medicina tradicional”, agora nomeada também como “alternativa e complementar”, no escrutínio dos anos anteriores, se multiplicou, se oficializou e passou a transladar pelo mundo como uma possibilidade universalmente possível. Na próxima seção me dedico ao curso dessa conversão.

2.3 Reduzir as diferenças

Em 1986, durante a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, a OMS passou a defender que os serviços de saúde adotassem “uma postura abrangente, que perceba e respeite as peculiaridades culturais”. A Carta de Ottawa, redigida como síntese do evento, ratificava o esforço empreendido nas décadas anteriores e passava a sugerir uma possível comensurabilidade da medicina alopática com os demais regimes de cuidado. Assim, indica o documento, “aumentam as opções disponíveis para que as populações possam exercer maior controle sobre sua própria saúde e sobre o meio-ambiente, bem como fazer opções que conduzam a uma saúde melhor” (WHO, 1986, tradução minha).

Através deste empenho, a OMS tanto estimulava o convívio entre diferentes técnicas de cuidado e regimes de conhecimento como também abria espaço para que os órgãos e agências locais de saúde apostassem em um certo “pluralismo terapêutico”⁹, operativo por complementariedade.

No contexto da saúde global a consolidação desta proposta se deu fundamentalmente pela via da familiaridade dos Estados-membros com aquilo que era instituído enquanto “tradicional”. Digo isso pois, em um contexto de diluição, ou mesmo encurtamento das fronteiras entre o particular e o universal, quer por afinidade ou exotismo, rapidamente o “tradicional” se converteu em “alternativo” e “complementar”, dando origem a uma polissemia de termos utilizados na produção de diferenças e semelhanças com a medicina alopática. São exemplos: *Complementary and Alternative Medicine (CAM)*, *Traditional and*

⁹ O conceito emerge na literatura antropológica justamente a partir da globalização da saúde entre as décadas de 1970-1980 (Leslie, 1977, 1980). Desde então, tem se desnovelado enquanto um campo amplo de possibilidades compreensivo-interpretativas que vão desde as transformações sociais, étnicas e identitárias motivadas pelo cosmopolitismo (Crandon-Malamud, 1993; Hampshire; Owusu, 2013; Harman; Hope, 1974; Holland; Cazés, 1963; Van der Valk, 2017), passando pelos novos modos de intervenção médica nas experiências humanas (Baer, 2011; Cant; Sharma, 2004; Conrad, 2007; Rohden; Pussetti; Brandão, 2020), até as discussões mais circunscritas ao medicamento e seus efeitos na produção da contemporaneidade (Lopes; Clamote; Raposo; Pegado *et al.*, 2012; Lopes; Rodrigues, 2015; Wahlberg, 2008). No decurso desta trajetória, noto que as discussões que tangenciam a institucionalização das medicinas tradicionais, complementares e alternativas (nos termos da OMS) têm sido da maior relevância para os debates compreensivos-interpretativos em torno da ideia de “pluralismo terapêutico”.

Complementary Medicine (MTC), *Traditional Medicine/Complementary and Alternative Medicine* (TM/CAM) e *Traditional & Complementary Medicine* (T&CM).

Na virada do milênio o escritório sede da OMS, em integração com o setor de políticas de medicamentos das sucursais regionais, elaborou um plano estratégico em que procurava atribuir melhor precisão às categorias inventadas pela Organização, resguardando a cada qual algumas particularidades. Central para essa definição foi o reconhecimento do termo *Traditional Medicine* (TM) como algo mais próximo dos países periféricos da África, Ásia e América Latina, e de *Complementary and Alternative medicine* (CAM) aos países da América do Norte e Europa. A diferenciação operava fundamentalmente em uma escala socioeconômica e geográfica, mas era também identitária, legislativa e sanitária.

Sobretudo ensejada pela Convenção da Biodiversidade, de 1992, em muitos países a “tradicionalidade de uso” movimentava debates e contestações das mais importantes para a paridade de direitos entre comunidades tradicionais e industriais do setor médico-farmacêutico¹⁰. Em diversos momentos, no entanto, a OMS simetriza os termos “tradicional” e “complementar/alternativo”, indicando assim alguma genealogia comum dos termos que procurava definir. Consecutivamente, apresenta também as possibilidades e alcances de cada um deles:

medicina tradicional é um termo compreensivo usado para se referir a sistemas como a medicina tradicional chinesa, a ayurveda indiana e a medicina árabe unani, assim como várias formas de medicina indígena. As terapias tradicionais incluem medicamentos – caso envolvam plantas, partes animais e/ou minerais – e terapias não-medicamentosas – caso sejam conduzidas essencialmente sem uso de medicamentos, como é o caso da acupuntura, das terapias manuais e espirituais. Em países em que o sistema de saúde dominante é

¹⁰ A Convenção da Biodiversidade (CDB) é um acordo internacional multilateral pactuado em 1992 na cidade do Rio de Janeiro, elaborada no âmbito da Organização das Nações Unidas. Entre os objetivos deste acordo, que trata de modo amplo sobre estratégias para salvaguarda, acesso e uso da biodiversidade, destaco a pactuação de princípios para repartição equitativa dos benefícios obtidos a partir da exploração da fauna e flora, e a elaboração de novas diretrizes para o sistema patentário de tecnologias e produtos oriundos da biodiversidade, inclusive, àqueles acessados por meio do conhecimento tradicional. Para uma leitura crítica a respeito dos alcances, limites e ambiguidades da CDB, vide Eliane Moreira (2007a,b) e Manuela Carneiro da Cunha (1999a,b).

alopático ou em lugares em que não foi incorporada no sistema nacional de saúde, a medicina tradicional é geralmente referida como *medicina complementar, alternativa ou não-convencional* (WHO, 2002a, p.1, tradução minha).

Tão logo toma parte na saúde global, a circularidade categórica passou a reconfigurar práticas de cuidado para além do campo institucional e burocrático. Simon e Egrot (2012), por exemplo, em uma etnografia sobre medicamentos fitoterápicos na África subsaariana, comentam que o emparelhamento categórico tanto fortaleceu o setor empresarial farmacêutico – pelo fato de angariar novos campos de expansão – como enfraqueceu os curadores locais, ao passo que suas terapêuticas passaram ser produzidas e comercializadas enquanto produtos tradicionais “aprimorados”, rapidamente reconvertidos através de um jogo particular de interpenetrações identitárias, materiais e simbólicas.

Da amalgama conceitual, rapidamente o termo “alternativo” perdeu força na arena internacional. Nas décadas anteriores, ao passo que as ciências da saúde haviam vivido uma verdadeira explosão de produções intelectuais, tecnológicas e práticas a respeito dos cuidados não-biomédicos¹¹, a recusa pelo termo “alternativo” cresceu pelo seu sentido mais dissonante da medicina “convencional”. Desse movimento, as categorias que sinalizam horizontalidade passaram a ser mais efetivas do que aquelas oposicionistas.

¹¹ Para organizar essa extensa produção, que translada entre o tradicional, o alternativo, o complementar e o integrativo, em 2017 a Organização Pan-americana (OPAS) em parceria com o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME) criaram um domínio exclusivo para este seguimento dentro da biblioteca virtual da saúde (<https://mtci.bvsalud.org>), chamado *Biblioteca Virtual de Saúde em Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas*. Em junho 2017, data que marca o início da plataforma, a biblioteca contava com mais de 2,5 milhões referências bibliográficas indexadas sobre esta temática. Esta condição tanto sinaliza a expressividade do tema entre as ciências da saúde a partir da virada do milênio (em função do volume e expressividade dos artigos referenciados) como também sinaliza uma produção de identidades ativa e dinâmica nos modos de reconhecer e categorizar este conjunto extenso de práticas plurais (visto pelo afastamento do termo “alternativo” no nome da plataforma). Não menos importante, a criação da biblioteca também sublinha a manutenção das relações de poder com os saberes dominantes, uma vez que, para organizar tais referências, criou-se um domínio apartado do acervo original, resguardando assim suas particularidades com a produção intelectual mais ortodoxa contemplada na Biblioteca Virtual da Saúde (<https://bvsalud.org>).

Cant e Sharma (2004) ilustram este movimento ao tratar dos processos de institucionalização dos medicamentos dinamizados no *National Health System*, sistema de saúde inglês. Como apontam as autoras, a partir de 1993 a *British Medical Association*, favorável à então “medicina alternativa”, passou a reconstruir seu posicionamento na opinião pública, que se colocava contra o financiamento de serviços e medicamentos não-alopáticos. Como plano para balizar esta controvérsia, o termo “complementar” passou a ser empregado de modo mais sistemático pela associação inglesa, substituindo a identidade “alternativa”. O mesmo movimento foi trilhado na Austrália, Estados Unidos, Israel e na União Europeia (Baer, 2001; Barnes, 2003; Fadlon, 2005; Van der Valk, 2017).

Rodrigo Toniol (2015) retrata este movimento também no Brasil. Ao acompanhar os percursos da institucionalização das *práticas integrativas e complementares*, o autor indica como o balizamento conceitual se fez fundamental para a institucionalização de cuidados que já eram operacionalizados no sistema público de saúde brasileiro, contudo, sem o amparo legislativo que posteriormente os legitimaram perante o Estado. Reconhecer a influência de movimentos que são capazes de ampliar a oferta de serviços de saúde sem confronto com as práticas e saberes dominantes no setor se torna, portanto, um traço constitutivo do itinerário desta institucionalização no âmbito da saúde global, do qual a categoria *complementar* muito ajudou a construir.

Como resposta a esta crítica, a OMS não tardou a adotar o termo T&CM (*traditional & complementary medicine*), abnegando a identidade “alternativa” (WHO, 2019). É interessante notar que essa conversão passa a investir em uma espécie de dicotomia não opositora, em aliança tanto com os saberes hegemônicos como com as demais formas de cuidado, afinal, mantém-se como “medicina”, porém agora “complementar”, apartada do “tradicional”.

Acompanhando os relatórios da OMS até este momento, é possível ver como a sugestão de incluir a identidade “tradicional” em sistemas nacionais de saúde soou, em um primeiro momento, no sentido de uma amplificação restauradora dos cuidados. Um certo desejo de colocar a saúde institucionalizada em análise. No entanto, ao passo que o terapeuta escolhido

foi a própria medicina e sua particular visão de mundo, coube à “tradição” o serviço de conferir legitimidade às terapêuticas outrora injustificadas. A proposta, agora, não reside na polarização de clássicas dualidades (regionalidade/universalidade, doença/saúde, remédio/medicamento), mas sim em um suposto poder totalizante.

Como contextualiza um outro trecho do relatório “Estratégia para Medicina Tradicional 2002-2005”, o atributo mais conciliador imbuído no termo *complementar* se faz significativo também em vista dos usuários, que enxergam nessa categoria um elemento passível de ressignificar os cuidados a partir de atributos mais valorados na contemporaneidade:

Uma pesquisa nacional realizada nos Estados Unidos mostrou que a maioria dos usuários não percebe a CAM [*complementary and alternative medicine*] como “alternativa”, mas sim como “complementar” à medicina alopática (WHO, 2002a, p.14, tradução minha).

O termo, no entanto, não deixa de revelar a assimetria das relações que regem as negociações entre práticas biomédicas e não-biomédicas. Ao passo que um conjunto vasto de experiências é apresentado como “complementar” (no sentido de alargar as possibilidades terapêuticas, acrescentando atributos simbólicos, morais e práticos), a referência também sinaliza o modo como devem se relacionar com os domínios hegemônicos do fazer-saúde, tão somente como um complemento.

Se a medicina tradicional, alternativa e complementar, no sentido de um conjunto heterogêneo de práticas não-biomédicas, emerge das recomendações da OMS pelo discurso das alianças possíveis, o que se evidencia nesta referência é fundamentalmente um mecanismo de grifar semelhanças e ofuscar diferenças, tomadas sempre pela ótica dos modos de produzir contextos próprios da medicina sintético-alopática.

Esta condição não afasta as contradições de se pensar nesta proposta como algo capaz de instaurar um regime de cuidados radicalmente plural ou mesmo emancipatório da medicina. A este respeito, muito valem os apontamentos do filósofo da tecnologia Yuk Hui (2019), que tem procurado caminhos de

superação de uma globalização unilateral, que parece impor sua racionalidade como nova forma de colonização. Segundo o argumento do autor, não há sentido em condenar a globalização, mas sim de dar um passo atrás na história e evocar outras formas de pensamento que nos permitam transformar o contexto tecnocientífico a partir de alianças com outras cosmologias. Esta condição, atenta o autor, parece ser um caminho que tanto radicaliza a aposta cosmopolítica anunciada pela antropologia contemporânea como também abre espaço e criatividade para novos regimes de conhecimentos e produção de cuidados.

Com base nessa aposta, talvez possam ainda ser somados os apontamentos de Eduardo Viveiros de Castro e Débora Danowski (2014) ao comentar sobre as possíveis saídas do colapso epistemológico que a modernidade nos logrou. De acordo com os autores, se o mundo moderno tem hoje uma sensação de “perda do mundo”, em que certos termos nos clivaram até mesmo dos vínculos humanos mais terrenos, importante seria aprender com aqueles cujos mundos há muito tempo já se foram, ou seja, justamente os povos conhecidos como tradicionais, evocados pela medicina em um de seus momentos de crise.

Aprender com esses povos, no entanto, não significa universalizar seus conhecimentos. Afinal, a universalização é ela mesma um produto do racionalismo ocidental e, desse modo, incapaz de dar uma solução a seu próprio problema. Entendo que a aliança das práticas de saúde modernas com outros regimes de produção de cuidados requer antes a articulação com uma nova linguagem, uma nova técnica e uma nova política nos modos de manejar as diferenças que nos particularizam na modernidade.

Neste momento, no entanto, meu objetivo se direciona mais à economia das relações burocráticas da qual os termos aqui em destaque participam. Não pretendo, portanto esgotar as possibilidades semânticas e epistemológicas das categorias destacadas, tampouco é meu objetivo cindi-las dos documentos e analisá-las enquanto operativos categóricos *tout court*. Aliás, a amplitude compreensivo-interpretativa destes termos tem sido objeto de investigações sistemáticas nas ciências sociais, condição que já sinaliza uma subarea nos estudos de antropologia e sociologia da saúde (Gale, 2014). Sublinho este

itinerário categórico sinuoso em função do modo como, paulatinamente, os conhecimentos e sujeitos autorreferidos tradicionais passaram a ser evocados nas recomendações dos órgãos internacionais e na reconstrução das práticas de saúde sem, contudo, delas poder participar.

Em uma tese recente, Tyler Phan (2017) ilustra essa questão ao examinar a incorporação da medicina tradicional chinesa nos Estados Unidos. Segundo o autor, na esteira da “medicina tradicional, alternativa e complementar”, como recomenda a OMS, o mundo conheceu algo que não é nem uma medicina, nem tradicional, nem chinês. O paradoxo da *American Chinese Medicine* abriu espaço para novos mercados e empreendimentos no setor da saúde ao passo que também colaborou em deslegitimação os práticos originários da República Popular da China, que sem as certificações exigidas nos Estados Unidos, recolheram suas práticas à ilegalidade das profissões norte-americanas.

Com o incentivo dos órgãos internacionais para a institucionalização da medicina tradicional, alternativa e complementar, através da interpenetração desses termos e sentidos uns nos outros, entre os Estados-membros da OMS as políticas de saúde desenvolvidas nacionalmente se tornam o meio e a expressão de um processo mais amplo de transformações nos modos de fazer-saúde, que se refere à formação de um sistema mundial de culturas híbridas, uma “Cultura de culturas”, com todas as características daquilo que Appadurai (1996) nomeia como “globalização das diferenças”. O essencialismo imbuído aqui à noção de cultura, aliado à separação entre pertencimento e reconhecimento entre o que e quem pode vir a ser institucionalmente referido como “tradicional” no campo da saúde, bem como pela redução de modos muito distintos de cuidar à uma noção antropocêntrica de “medicina”, colaboraram para transformar a ideia mais dinâmica de “tradição” em algo plenamente econômico, possível de ser encapsulado até mesmo em pequenas doses de novos medicamentos:

A OMS ajudou o Butão, Mianmar e as Maldivas na realização de estudos sobre sensibilização, atitudes e práticas com o público em relação aos seus respectivos sistemas de medicina tradicional. A Índia realizou uma revisão sistemática de medicamentos fitoterápicos usados no tratamento de doenças crônicas comuns e na atenção

primária à saúde, com resultados que incentivam a integração da medicina tradicional ao sistema nacional de saúde. Existem atualmente 469 pequenas fábricas em Bangladesh que produzem anualmente medicamentos tradicionais (268 Unani e 201 Ayurveda) no valor de aproximadamente US \$ 100 milhões (WHO, 2013, p.68, tradução minha).

2.4 Integrar as semelhanças

Nesta seção gostaria de retomar a economia das relações entre aquilo que a OMS nomeia como medicina “tradicional” e “convencional”, atento especialmente ao modo como essa dicotomia se elabora. Do modo como percebo, a partir dos relatórios temáticos aqui considerados, antes de promover uma simples oposição, a relação binária entre essas categorias aponta a um jogo mais complexo de interações. Ou seja, a emergência da medicina que se anuncia “tradicional”, “alternativa e “complementar”, assim como seus recursos terapêuticos, quando tomados como cuidados instituídos no âmbito da saúde global, não emergem da mistura de identidades “originais” ou “puras”, nem tampouco revela autenticidades em perigo. Trata-se antes do reconhecimento e oficialização de um movimento em que o distante parece estar cada vez mais perto e mais valorizado, ao passo que o familiar se faz presente e iminente também nos confins do globo¹². Esta condição, por sua vez, sinaliza não só a imprecisão de se pensar em culturas ou tradições lineares e herméticas, como também indica que o hibridismo, combatido pelas ciências médicas do passado, passa a ser uma nova forma de angariar legitimidade na agenda internacional da saúde.

Ao acompanhar o modo como certos termos produzem efeito nesse novo modo de angariar legitimidade, noto que os relatórios da OMS voltados à medicina tradicional, alternativa e complementar, sistematicamente são

¹² Contrasto esta noção de “lugar” a partir da proximidade/distanciamento para destacar uma ideia de cultura menos limitada ao contexto geográfico, evitando assim polarizações como a de oriente/ocidente, moderno/tradicional, etc. Procuro grifar justamente o dinamismo dos processos transnacionalizados de produção de identidade e de legitimidade que aqui examino. Meu foco está, portanto, nos vínculos múltiplos entre identidade, lugar e poder, demonstrando a limitação de se tomar determinados lugares como fonte de identidades autênticas e essencializadas. Para um enquadramento ampliado desta proposição, vide Arturo Escobar (2005).

amparados por termos como *integrative care*, *comprehensive care*, *comprehensive health services* e também *comprehensive health system*, que em português tomam corpo e forma através da ideia de “integralidade”¹³.

Diferente dos termos *traditional*, *alternative* e *complementary*, que assumiram protagonismo a ponto de serem elevados a qualitativos terapêuticos, dando título aos próprios relatórios da Organização, enquanto adjetivos, *comprehensive* e *integrative* desempenham um papel coadjuvante, porém não menos importante para as propostas ali endereçadas.

Já no 25º relatório anual do Comitê Regional do Sudeste Asiático o termo *integrated health services* é usado para indicar uma abordagem colaborativa entre as especialidades médicas e as práticas locais de cuidado ali descritas:

Em Bangladesh, o primeiro Seminário Nacional de Treinamento em Saúde e Planejamento Familiar, [organizado] para fortalecer os serviços de saúde rural, foi realizado no Instituto de Pós-Graduação em Medicina de Dacca, entre dezembro de 1972 e janeiro de 1973, com 500 participantes. Um seminário de retreinamento de um mês foi oferecido para visitantes de saúde e visitantes de planejamento familiar, organizado com o mesmo propósito. O treinamento foi ofertado a 300 novos médicos, a serem alocados no complexo do centro de saúde de Thana, para a implementação de serviços integrados de saúde (WHO, 1973a, p.4, tradução minha).

Aos modos de uma figura composta por partes que se encaixam uma à outra, o relatório usa a ideia de “integração” ao se referir a diferentes habilidades, mobilizadas para compor um regime terapêutico unificado, delineado por termos e acepções próprios da medicina de especialidade, como sugere o parágrafo seguinte desse mesmo relatório:

Um Seminário Nacional para o Treinamento de Oficiais Médicos em Zonas Rurais foi realizado em Najafgarh (perto de Delhi) em outubro, com 18 participantes de diferentes estados da Índia. Os objetivos eram

¹³ Antes de avançar, considero pertinente contextualizar que neste momento estou distante do sentido de “integralidade” tal como ganhou corpo e forma a partir do movimento de reforma sanitária no Brasil, em que o termo passou a figurar como uma espécie de “bandeira-de-luta” para consolidar a saúde enquanto direito e caminho para promoção da justiça social no Brasil pós-ditadura. Para tanto, vide Kalichman e Ayres (2016), Mattos (2001) e Pinheiro (2007, 2001).

permitir que esses oficiais médicos trocassem conhecimentos e experiências sobre problemas de saúde em contexto rural com agentes comunitários e desenvolvessem um programa de orientação para oficiais médicos nos serviços de saúde rurais... (WHO, 1973a, p.4, tradução minha).

Ao passo que em seus relatórios temáticos a OMS passou a reconhecer gramáticas terapêuticas plurais, recomendando a adoção nos sistemas de saúde praticados pelos seus Estados-membros, um novo campo relacional e inventivo se abriu, alterando a configuração dos sistemas iniciais em algo novo. Bem ao certo, as porosidades e aberturas entre aquilo que refere como convencional, tradicional, alternativo e complementar, promovidas pelo poder heurístico dessa interação, passavam a produzir regimes de cuidado diversificados, adaptativos e mutáveis, tanto em seus sentidos práticos como também epistemológicos. Falo, portanto, de um deslocamento entre aquilo que se recomenda e aquilo que se executa a partir da recomendação, que ao mesmo tempo em que é induzido de modo homogêneo, se implementa como algo novo, que já não era mais “aquela” tradição nem “essa” medicina. Ou ainda, nos termos de Marilyn Strathern (2005), algo que é “mais do que um, e menos do que dois”, uma proposição ontologicamente nova¹⁴. Ilustro essa questão com um outro sentido atribuído pela OMS ao conceito de “integralidade”, que não se refere apenas à organização dos serviços de saúde, mas à assistência conferida aos pacientes.

Entre os modos de entender e endereçar propostas para a promoção da saúde, os documentos temáticos da OMS transitam de uma abordagem fundamentalmente biológica, para paulatinamente incluir outros referentes da cosmologia ocidental, como são o “social”, o “psicológico”, e mais recentemente também o “espiritual” (WHO, 1978a, 1984).

No âmbito das ações realizadas por termos como *comprehensive care* e *integrative care*, noto que os contextos agenciados nos documentos que os

¹⁴ Outros autores dedicados aos modos como os documentos da OMS produzem efeitos na produção de contextos que governam práticas e políticas de saúde também atentam a esta questão. Entre eles, fundamentais são os apontamentos de Bowker e Star (2000) sobre a constituição da CID (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde) em vista do sistema de classificação racial sul-africano durante o *apartheid*.

referem buscam encontrar um modo de harmonizar as dimensões materiais e imateriais que tomam parte no fazer-saúde. Uma maneira de tentar recompor uma certa “unidade perdida” pela medicina no decurso de sua história. Nesse sentido, seria errôneo dizer que, por parte da saúde institucionalizada, são novas as tentativas de superar a fragmentação do sujeito doente (a esse respeito, por exemplo, vide os apontamentos de Luz, 2004). O que passa a ser novo a partir na virada do milênio, da qual a OMS é sua principal proponente, é o programa que pretende fusionar caminhos opostos sob um mesmo projeto clínico. Desse movimento, o aspecto mais controverso de subscrever o pluralismo presente no adjetivo “tradicional” à “medicina”, bem como de balizar os contornos mais dispensáveis do “complementar”, ganha forma e força sob a proposta unificada de *medicina integrativa*.

Em meados de 2017, a unidade de Medicina Tradicional e Complementar da OMS foi renomeada para incluir o termo "Medicina Integrativa", cobrindo, assim, as abordagens integrativas de T&CM e medicina convencional em relação a políticas, conhecimentos e práticas. A unidade passou a ser oficialmente denominada Medicina Tradicional Complementar e Integrativa [*traditional, complementary and integrative medicine*] (WHO, 2019, p.14, tradução minha).

Até o momento de redação desta tese a OMS não produziu nenhum relatório temático dedicado à medicina integrativa, tal como faz com a medicina tradicional, alternativa e complementar desde a década de 1970¹⁵. No entanto, o conceito se mostra profundamente influente e subsidia a abordagem clínica dos saberes sugeridos pela Organização desde as primeiras edições dos relatórios temáticos por ela produzidos.

No movimento de reduzir as distâncias entre a oposição parte-todo, os relatórios temáticos mais recentes têm privilegiado uma abordagem sobre a “integração” que destaca fundamentalmente as semelhanças e comensurabilidades dos cuidados alopáticos e não-alopáticos, e não mais

¹⁵ Contudo, o relatório global sobre medicina tradicional e complementar, publicado em 2019, sinaliza que “um projeto separado está em andamento para definir e entender “integração, bem como medicina integrativa” (WHO, 2019, p.14, tradução minha). Para uma leitura sobre a concepção original desse conceito, vide George Reader (1954).

conflitos e dissensões que despontam deste encontro. Sobretudo a partir dos anos 2000, momento em que termos como *comprehensive* e *integrative* passaram a ser princípios ativos das propostas dirigidas a todo o globo, as controvérsias anteriormente evocadas por termos como o tradicional, o alternativo e o complementar se estabilizaram. Nos primeiros relatórios temáticos sobre o tema, esses termos eram evocados em proposições críticas que questionam o predomínio da medicina de especialidade (WHO, 1967, 1973a, 1978c). Esta condição se tornou diminuta ao passo que os termos passaram a agenciar relações mais circunscritas à regulamentação de produtos, serviços e sistemas de saúde, tornando-se ele mesmo um modo de especialismo da área médico-farmacêutica.

No passar dos anos, e sobretudo ao passo que a sugestão da OMS se efetivou ao redor do globo como uma espécie de vetor para a produção de políticas públicas nacionais, os termos *comprehensive* e *integrated* foram elevados à qualidade de “sistema”:

Em um *sistema integrativo*, a TM/CAM é oficialmente reconhecida e incorporada em todas as áreas de prestação de cuidados de saúde. Isso significa que: TM/CAM está incluída na política nacional de medicamentos do país; fornecedores e produtos são registrados e regulamentados; as terapias TM/CAM estão disponíveis em hospitais e clínicas (públicas e privadas); o tratamento com TM/CAM é reembolsado pelo seguro saúde; pesquisas relevantes são realizadas; e há educação em TM/CAM disponível (WHO, 2002a, p.8-9, grifo original, tradução minha).

Convertido em “sistema”, o sentido de integração aqui apresentado passa a ser um referente maior, que engloba o alternativismo, a tradicionalidade, a complementariedade e as demais proposições apresentadas nos relatórios anteriores. Com sistema a proposta também se mostra mais capaz de abranger diferentes formas de intervenção clínica, terapêutica e de diagnose. Nos termos da própria OMS, a comensurabilidade dessa fusão se torna possível pelo fato de congregarem, todos eles – complementares, alternativos, tradicionais e integrativos

–, o mesmo projeto assistencial: tratar o paciente não mais em um sentido “fragmentado”, mas “unificado”.

A proposta de integrar as diversas “partes” do humano aparece como testemunha de um mundo “desencantado”, aos modos como Max Weber o apresentou no início do século passado. Contudo, de Weber herdamos o diagnóstico da modernidade, mas não tratamento. Junto com a ideia de “integralidade”, muitas outras apostas teóricas e práticas parecem propor caminhos para a saúde institucionalizada superar a prevalência da racionalidade e da secularização. São exemplos as apostas em uma ciência “interdisciplinar”, em um desenvolvimento “sustentável” e em uma república verdadeiramente “democrática”. Todos esses termos, aliás, tomam parte nos relatórios da OMS sobre medicina tradicional, alternativa, complementar e integrativa, sem que se discutam os alcances e limites dessas proposições.

A ideia de se tomar a integração de diferentes “medicinas” ou de diferentes “partes” de um mesmo humano como saída à fragmentação, investindo para isso na face oposta do mesmo binômio parte-todo, mostra a imprecisão desta proposta justamente pelo fato dela ser originária de um mundo que não tem, ainda, saída ao problema que criou. Digo isso atento aos próprios relatórios da OMS, que recentemente foram inequívocos em reconhecer que apenas os territórios que desenvolveram suas tecnologias radicadas em suas próprias cosmologias tiveram sucesso na efetivação de um “sistema integrativo”:

Em todo o mundo, apenas a China, a República Popular Democrática da Coreia, a República da Coreia e do Vietnã podem ser consideradas por atingir um sistema integrativo (WHO, 2002a, p.8, tradução minha).

Aos demais Estados-membros da OMS, então, a proposta parece mais uma espécie de utopia aos modos como o uruguaio Eduardo Galeano a sugeriu: algo que serve para não se deixar de caminhar¹⁶. Afinal, no ampliar dos horizontes das ciências da vida, um primeiro passo parece ser deixar de polarizar cuidado e progresso tecnocientífico. Avançar nesta proposta exige, então,

¹⁶ No original: “La utopía está en el horizonte. Camino dos pasos, ella se aleja dos pasos y el horizonte se corre diez pasos más allá. ¿Entonces para qué sirve la utopía? Para eso, sirve para caminar” (Galeano, 1991).

pensar que a alternativa ao relativismo e a fragmentação – quer dos sistemas de saúde, quer do humano e dos modos de produzir cuidados – não reside na integração tributária do universalismo, mas sim nos saberes parciais, localizados e críticos. Caso contrário, a visão de toda parte pode também levar a lugar nenhum.

2.5 Para uma nova saúde, um novo remédio

Em todo o globo o incentivo da OMS colaborou para a estruturação de sistemas nacionais de saúde. Com isso, tanto o acesso a medicamentos como as consequentes situações em que eles passavam a ser protagonistas aumentou, quer por efeito da ampliação da assistência à saúde, quer pelas estratégias sempre novas do setor produtivo farmacêutico. Afinal, como sugere James Le Fanu (2011), as dinâmicas da revolução terapêutica dependem mais da sinergia entre as forças criativas do capitalismo e da química do que das ciências médicas e biológicas.

Por “revolução terapêutica” Le Fanu faz referência ao conjunto de eventos em que o medicamento assumiu suas feições mais modernas: com o advento das reações de síntese e semissíntese subjugou os recursos naturais à dominação técnica¹⁷; com a produção em escala industrial suprimiu a diversidade terapêutica a uma só materialidade curativa; com os estudos clínicos contra-placebo estabeleceu uma única via de assegurar segurança, qualidade e eficácia terapêutica. Para além de um corpo fragmentado, como referi na seção anterior, este foi o ápice de um movimento que fez do corpo vítima de uma materialidade médica que se dizia universal e capaz de expressar seu efeito de modo independente do contexto de aplicação. Tão por isso, no advento das

¹⁷A historiografia dedicada à farmácia e terapêutica localiza o início do período compreendido como *revolução terapêutica* entre os anos iniciais do século XIX, período em que princípios ativos vegetais passam a ser isolados em reações de semissíntese (como a morfina em 1805 e a quinina em 1818-1820), ou a partir do século XX, como o desenvolvimento da antibioticoterapia em 1940. Para os objetivos desse capítulo me limitei em indicar que a narrativa de “revolução” não pode ser dissociada das estratégias de comunicação do setor produtivo para associar seus produtos à ideia de progresso e desenvolvimento, que serão tratadas no capítulo seguinte. A este respeito, complementarmente vide Greene, Condrau e Watkins (2016).

proposições da OMS por uma “nova saúde” passaram a existir propostas também para um “novo medicamento”:

O medicamento alopático é baseado na cultura ocidental. Seus praticantes, portanto, enfatizam a abordagem científica e afirmam que eles são livres de valores e marcações culturais. As terapêuticas da TM/CAM [*Traditional Medicine/Complementary and Alternative Medicine*] foram desenvolvidas de outro modo, sendo muito influenciadas pela cultura e condições históricas dentro das quais evoluíram. Suas bases comuns são a abordagem holística da vida, o equilíbrio entre a mente, corpo e seus ambientes, e uma ênfase mais na saúde do que na doença. Geralmente, o praticante se concentra na condição geral do paciente, ao invés de se ater à dores ou às doenças particulares (WHO, 2002a, p.21, tradução minha).

Se na primeira metade século XX a radicalização da dialética ciência/não-ciência fortaleceu amplamente as materialidades curativas sintéticas, a segunda metade do século parece ser marcada pela valorização daquelas que se anunciam como “naturais”.

Para além de qualquer predileção da OMS, este processo se fez amparado por diversos movimentos sociais que se enfeixaram no mesmo período. Primeiro, pela crítica pública conferida a um serviço médico-assistencial que, na senda da tecnocracia que vivera, teve a iatrogenia e a deserção como consequência. Atrelada a esta condição, a mudança social nas performances de consumo fez mobilizar terapêuticas dissidentes para o debate sobre saúde e cuidado. Não menos importante, pelos efeitos da recessão vivida pela própria indústria farmacêutica na década de 1960.

Neste período, o advento dos estudos clínicos como única forma de legitimar novas drogas passou a ser tanto o ápice como declínio da fase mais lucrativa deste setor industrial (Pignarre, 2005). Se os testes de eficácia e toxicidade ajudaram a reconstruir a legitimidade do medicamento no debate público, fragilizado desde o incidente da talidomida¹⁸, no âmbito das ações de

¹⁸ Desde o incidente da Talidomida (Moro; Invernizzi, 2017), substância teratogênica utilizada como sedativo e anti-inflamatório na década de 1950 que levou a má-formação congênita e focomelia em todo o mundo, predominam na própria conceitualização da noção de *medicamento*

mercado que guiam o setor, este movimento fez com que a retórica da verdade inquestionável se voltasse contra si mesma e freasse o ritmo de lucro acelerado vivido nas décadas anteriores, exigindo saídas inventivas para recuperar as cifras perdidas.

Falo, portanto, de um movimento que toma corpo a partir das décadas de 1960 e 1970 e que conflui para reenquadrar o medicamento moderno a partir das novas concepções sobre “saúde”, “corpo” e “cuidado” que passam a vigorar na agenda internacional. Para além da diluição da fronteira que por muito tempo apartou “medicamentos” e “remédios” em lados opostos de uma grande linha divisória, também marca este período a emergência de novas formas de medicamentar e de legitimar a intervenção médico-farmacêutica. Por estes meios, as propostas de hibridização passam a fundamentar a produção tanto de identidade como de validade destas novas terapêuticas.

Acompanhando os relatórios públicos da OMS, ao seguir o curso da institucionalização da medicina tradicional, alternativa, complementar e integrativa, se torna difícil identificar quais são as terapêuticas por elas utilizadas caso se tome como ponto de partida conceitos previamente definidos, matizados entre os polos do binômio cientificidade/tradicionalidade. Quando passei a incursionar pela biblioteca virtual da OMS¹⁹, em minhas leituras iniciais procurava acompanhar as categorias *drug*, *medicine*, *medication*, *medicaments*, *remedy* e *relief* pelas diferentes edições dos relatórios a que me dedicava, interessado em encontrar nos termos ali inscritos alguma referência à matéria medicamentosa, ou seja, à forma e conteúdo dos produtos terapêuticos recomendados. Isto porque, parte significativa das terapêuticas sugeridas pela OMS desde a Conferência de Ottawa (WHO, 1986, 2018) pautava-se na desmedicamentação como ação necessária à promoção da saúde e proteção

um modo específico de legitimá-lo, que se refere a comprovação de segurança, qualidade e eficácia a partir de ensaios clínicos e pré-clínicos. Esta exclusividade, como tratarei de apresentar, se reconfigura a partir da institucionalização da medicina tradicional, alternativa, complementar e integrativa.

¹⁹ Disponível *online* em: <https://www.who.int/publications/i> e <https://apps.who.int/iris>. Acesso em 03/04/2020. Este espaço virtual, que foi um dos territórios passíveis de visitação em meio à crise sanitária de 2020, se tornou um cenário de campo privilegiado devido à centralidade que os documentos da OMS ocupam no setor farmacêutico. Alguns documentos não disponíveis *online*, também considerados nessa tese, foram por mim obtidos em solicitação direta à biblioteca do escritório sede da OMS via <https://www.who.int/library>.

da vida, condição que sugeriria nestes relatórios alguma tecnologia alternativa ao medicamento.

Seguindo a ordem cronológica destas publicações, notei que termos antes habituais como *traditional medications*, *medicaments* e *traditional medicine* (no sentido medicamentoso do termo) se ofuscavam e não mais recebem menção nas edições publicadas após os anos 2000. Em substituição, passam a ser comuns categorias como *herbs*, *herbal materials*, *herbal preparations*, *herbal remedies*, *medicinal plants* e *finished herbal products*. Interessante destacar que, do modo como estão inscritas nos relatórios da OMS, estas categorias não fazem referência à contraparte oposta do medicamento industrializado, mas justamente a uma mistura entre estes domínios, tornando as plantas ali referidas como algo multifacetado e mais complexo do que um simples elemento contrastivo. Para além da conversão terminológica apoiada na oposição natural-farmacológico, a hibridização dos sentidos atribuídos a esses termos e o que efetivamente fazem é aquilo para o qual procuro chamar a atenção. Não se trata de cooptar diferentes materialidades e tecnicamente convertê-las a medicamentos, condição que exigiria crivá-las pelo dispendioso aparato farmacológico. Trata-se de diluir o medicamento e fazê-lo fluir através de outras materialidades, atribuindo a elas novas relações:

Algo que se deve ter em mente é que muitas pessoas na Europa, no Reino Unido e nos Estados Unidos da América estão se convertendo à medicina alternativa, até um certo ponto, em função dos efeitos colaterais induzidos pelos poderosos e sintéticos medicamentos alopáticos. As plantas medicinais são alternativas que as pessoas estão aderindo e estarão conosco por grande tempo. Por este motivo é importante fazer com que o uso destes remédios aconteça dentro de uma estrutura científica. Será útil considerar o que se precisa para exercer controle sanitário e legislativo sobre estas plantas medicinais. Junto estão as questões de controle de qualidade tanto na matéria-prima como no produto final e a padronização destas plantas (Chaudhury, 1992, p.2, tradução minha).

Diferente de como se deu na assistência à saúde, em que diferentes regimes de cuidado paulatinamente se converteram a uma noção homônima de “medicina”, no âmbito terapêutico o movimento não foi o de transformar plantas em medicamentos, mas sim o de amalgamá-los em novas possibilidades terminológicas e clínicas. Menos sintético e mais “natural”, em diálogo com as “tradições” e as “culturas”, mas sem perder de vista a primazia da “racionalidade” e da “farmacologia”²⁰.

Na literatura antropológica dedicada à saúde, o conceito de *medicalização* (Conrad, 2007; Zola, 1972) foi amplamente considerado para tratar dos fenômenos que fizeram emergir, sobretudo nos anos finais do século XX, novos contextos para aceitar e desejar a intervenção médica. Por caminhos teóricos sinuosos, desse conceito se desdobra outro, igualmente influente, que trata da *farmacologização* (Whyte; Van der Geest; Hardon, 2002; Williams; Gabe; Davis, 2009). O conceito procura dar conta da expansão alopática para outras materialidades curativas e contextos de cuidado. Neste movimento, elementos matizados em experiências humanas das mais diversas, convergem à universalização e gestão da saúde e da doença ensejada pelos medicamentos.

Do modo como os entendo nesse momento, ambos os conceitos – medicalização e farmacologização – acenam às transformações mobilizadas em um sentido único, que vai dos saberes hegemônicos aos marginalizados ou emergentes. No entanto, recorrendo aos documentos da OMS sobre medicina tradicional, alternativa, complementar e integrativa, noto haver também um fluxo que opera na contramão do movimento apresentado por essas duas categorias.

Através da transição promovida no âmbito das organizações internacionais, ao passo que se alargou a noção de “medicina” como um campo de atuação profissional inscrita para além dos domínios do corpo doente, se ampliaram também os limites do “medicamento” para além do campo da farmacologia, dos estudos clínicos e toxicológicos:

²⁰ Para um itinerário da constituição da farmacologia, vide a interessante análise que Sílvia Bittencourt, Sandra Caponi e Sônia Maluf (2013) fazem do livro *Goodman and Gilman's: the pharmacological basis of therapeutics*, basilar dessa disciplina.

Referente às indicações descritas em farmacopeias não-oficiais, outras literaturas, e usos tradicionais: a adequação desses usos *não pode ser avaliada devido à falta de dados científicos* para apoiar as alegações. O possível uso desses remédios deve ser cuidadosamente considerado à luz das alternativas terapêuticas existentes (WHO, 1999, p.4, tradução e grifos meus).

Embora nenhum ensaio clínico randomizado e controlado tenha sido realizado, dois relatos de casos na literatura médica apoiam o uso tradicional da flor de calêndula. Os relatórios descrevem o uso de uma forte tintura de flores aplicada em compressas para reduzir a inflamação e supuração, e para acelerar a cicatrização de feridas. Esses relatórios *podem ser considerados apenas em seu valor histórico* (WHO, 2002b, p.41, tradução e grifos meus).

Os usos tradicionais que tratam de patologias graves, como câncer, AIDS, hepatite, etc., conforme se relacionam com esses termos biomédicos modernos, *só podem ser incluídos se os dados farmacológicos ou relatórios etnofarmacológicos / etnobotânicos robustos estiverem disponíveis para apoiar as alegações* (WHO, 2009, p.6, tradução e grifos meus).

As substâncias marcadoras de constituintes tóxicos são utilizadas para definir as concentrações máximas aceitáveis de constituintes tóxicos em materiais à base de plantas, preparações à base de plantas ou produtos à base de plantas acabados. (..) É necessária uma avaliação toxicológica, mas *a experiência com o uso tradicional deve ser levada em consideração* (WHO, 2020, p.81-82, tradução e grifos meus).

As passagens acima são trechos de monografias sobre plantas medicinais publicadas pela OMS em forma de coletânea entre os anos de 1999 e 2020. Acompanhando esses trechos de modo temporal e em função do conteúdo apresentado, é possível perceber como a “tradicionalidade de uso”, no decurso de sua vida e história enquanto categoria instituída nestes documentos, transladou da rejeição total, passando pelo reconhecimento parcial, até, por fim, se tornar um qualitativo simetricamente aceito nos modos de legitimar e reconhecer certas plantas enquanto recursos terapêuticos aceitos perante a saúde internacional. Essa transformação paulatina no conteúdo e contexto dos

relatórios da OMS sinaliza o trabalho de reiteradas invenções e convenções entre termos como “complementar”, “alternativo” e “integrativo”, que publicação após publicação, se tornaram capaz de articular proposições e interesses até então contraditórios em um único regime de legitimação terapêutica.

No último relatório global sobre medicina tradicional e complementar publicado pela OMS (2019), a “tradicionalidade de uso” ganha força e passa a ser amplamente referida, capaz de disputar a exclusividade antes conferida à farmacologia e à toxicológica. De acordo com o documento:

Dos 34 países que incluíram medicamentos fitoterápicos em suas NEMs [listas de medicamentos essenciais], 20 países relataram que a seleção para inclusão foi baseada na tradicionalidade de uso, 18 com base em dados clínicos, 17 no uso histórico de longo prazo, 13 em testes de laboratório e cinco em outros critérios, como livros de referência, custo e critérios definidos por grupos de especialistas (WHO, 2019, p.41, tradução minha)

Na via contrária daquela que levou à purificação do medicamento como algo cindido tanto da “natureza” como da “cultura”, as passagens acima indicam como os medicamentos em sua história mais recente pelas agências internacionais de saúde passaram a se legitimar por caminhos de similitude com o “natural” e o “tradicional”, colocando-se como objetos espécie-específico do humano em suas múltiplas e “integradas” relações. De um corpo-vítima, essa condição criou contexto para que o corpo passasse a ser cúmplice da farmacoterapia, aliada não mais à doença, mas sim à saúde, não mais à remediação, mas à prevenção, não mais à sujeição (ou medicamentação), mas à autonomia e automedicação imbuídas na convicção da inocuidade²¹.

Esta política de similitudes, atuante como novo regime de verdade no campo terapêutico, recentemente foi também identificada por Cori Hayden (2013, 2007). A autora indica como o estatuto ontológico do medicamento mudou com o advento dos genéricos. Acompanhando-os desde a queda das patentes,

²¹ Complementar a este apontamento, Noémia Lopes e colaboradores (2015, 2012) indicam como a ressocialização do medicamento aqui descrita se fez acompanhada por transformações nos modos de consumo terapêutico.

Hayden indica como o medicamento – quer aquele referido em políticas públicas ou participe na vida cotidiana de profissionais, pacientes e instituições – passou a se fortalecer por relações mais profundas com o “social” e com a reafirmação do “público” enquanto elementos constitutivos e identitários da legitimidade terapêutica. O que a autora sugere é que as relações estabelecidas pelos medicamentos, antes restritas ao corpo e à molécula, estruturadas por redes divididas e inter-relacionadas com base em categorias mutuamente exclusivas (como público e privado, política e economia, Estado e mercado), deram lugar à retórica das integralizações.

Isto tem uma consequência importante por redefinir o estatuto tanto do medicamento como da medicina (especificamente aquela nomeada pela OMS como “tradicional”). Curar, nos termos colocados nesse capítulo, é colocar o paciente em redes capazes de produzir contexto ao fenômeno da saúde ou do adoecimento. Desse modo, o que muda de uma prática de cuidado à outra é fundamentalmente a articulação entre os diferentes atores que dela tomam parte e, não menos importante, o contexto por eles produzido. Neste movimento, o que torna os medicamentos referidos por termos como “tradicional”, “alternativos”, “complementares ou “integrativos” um fenômeno de interesse analítico não é a retórica da integração anunciada por diferentes medicinas e medicamentos, mas sim a criação de um sistema explicativo capaz de justificar esta aposta para além de contradições.

3 DA CEME AO SUS: DINÂMICAS DA RECONFIGURAÇÃO

3.1 Ordem e progresso: a fitoterapia na ditadura militar

Em meados da década de 1970 a emergência do conceito de *Traditional Medicine* como proposta de cuidado na agenda da saúde global se encontrou no Brasil com o apogeu da ditadura militar. Longe de algo particular ou ocasional, esta confluência se fez semelhante em outros territórios aos quais as propostas endereçadas pela OMS se dirigiam, movimento orientado por uma globalização unilateral que tomou parte na geopolítica internacional desde o início da guerra fria²². Desta maneira, mais do que indicar algum tipo de antagonismo, tanto o enfeixamento entre o cosmopolitismo e o nacionalismo expresso no conceito de “tradição” como também a redução das distâncias entre a hegemonia e heteronomia das possibilidades de exercício de alguma “medicina” passam a sinalizar a impossibilidade de considerar o mundo moderno a partir de simples oposições ou contrastes.

Para que este debate seja melhor compreendido vale lembrar que, ao mobilizar a ideia de tradição/tradicionalidade, a OMS procurava ampliar e fortalecer os sistemas nacionais de saúde de seus Estados-membros, à época profundamente desiguais quanto ao acesso e cobertura assistencial. Especificamente no Brasil, na década de 1970, a oferta pública de saúde se fazia direcionada e exclusiva aos trabalhadores formais e seus familiares, e mesmo fazendo-se limitada a estes era distributivamente desigual nas diferentes regiões do país. Quanto à disponibilidade de recursos terapêuticos, por exemplo, além de problemas na aquisição e distribuição de medicamentos, a dependência de matérias-primas e tecnologias produtivas estrangeiras também limitava a possibilidade de resposta do poder público. Frente a este cenário, o reconhecimento, inclusão e regulação de terapêuticas “tradicionais”, tal como

²² É válido lembrar que a década de 1970 congrega a ascensão de regimes autocráticos e o endurecimento do aparato repressivo em países tanto da América Latina como Europa Ocidental. Sobre o modo como nesta década as ciências da saúde passam a se enfeixar com o autoritarismo, vide os apontamentos de Leo Alexander (2018). De modo direcionado ao contexto brasileiro, para uma leitura sobre as influências da ditadura militar sob a atividade farmacêutica, vide Mariana Broglia de Moura (2021).

passava a anunciar a OMS, se apresentava como estratégia para alargar as possibilidades de cuidado promovidas pelo Estado.

Em uma historiografia dedicada ao período antecedente e precursor deste movimento, Tânia Maria Fernandes (2013) indica que até a década de 1920 a produção de medicamentos no Brasil privilegiou a manufatura local, realizada sobretudo a partir de compostos vegetais e minerais. Com o advento das reações de síntese em escala industrial, a invenção de princípios ativos isolados e o entendimento do medicamento enquanto evento fundamentalmente bioquímico, no intercurso da primeira para a segunda guerra mundial a velocidade das mudanças deste setor aliada ao subinvestimento nacional fez com que o país se tornasse subserviente do mercado externo, privilegiando a importação de tecnologia farmacêutica em detrimento do desenvolvimento interno.

Como forma de reaver esta condição e superar o adoecimento da força de trabalho que colocava freio no projeto expansionista do regime militar, em 1971 o Palácio do Planalto instituiu a Central de Medicamentos (CEME).



Fonte: Jornal O Globo, 26/06/71, p.10

Figura 15: "Ordem e progresso": nota sobre a criação da CEME

Através do Decreto nº 608.806, de 25 de junho de 1971 a CEME foi instituída enquanto unidade governamental estratégica, encarregada de coordenar a aquisição, produção, comercialização e distribuição de produtos farmacêuticos no território nacional. Dispondo de autonomia financeira e

administrativa do próprio Ministério da Saúde²³, o vínculo direto com o executivo militar refletia a centralidade que a medicamentação das experiências humanas passava a ter nas propostas de saúde mobilizadas pelo Estado.

Durante toda sua existência, que prevaleceu até a década de 1990, a CEME atuou em duas frentes de trabalho. Neste percurso, tanto deu apoio institucional e incremento financeiro para que os laboratórios públicos produzissem os medicamentos tidos pelo órgão como prioritários, como paralelamente impulsionou a indústria privada através da aquisição da produção e incentivo à transferência de tecnologia (Sant'ana; Assad, 2004). Como uma balança que no decurso dos anos pendeu para o segundo prato, o projeto da CEME refletia a imagem e semelhança do regime militar: ao passo que defendia a independência do comércio exterior e ensejava autossuficiência das matérias-primas produtivas indispensáveis à assistência farmacêutica, tinha no servilismo e no fomento às corporações estrangeiras sua principal fonte de crédito financeiro e aliança geopolítica²⁴.

Especificamente atenta às potencialidades de uso da sociobiodiversidade para desenvolvimento do mercado farmacêutico nacional, parte importante do investimento político, financeiro e intelectual desempenhado pela CEME se direcionou ao campo das plantas medicinais e dos conhecimentos populares/tradicionais a elas associados.

O tema não era novo na saúde institucionalizada. No Brasil o primeiro evento acadêmico dedicado ao uso terapêutico de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos havia acontecido anos antes, em 1967, motivado por um coletivo de acadêmicos que se propunha discutir formas de institucionalização desta modalidade terapêutica na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (I Simpódio de Plantas Medicinais do Brasil). Já no âmbito da regulação sanitária, desde 1967 o país também contava com normas para o

²³ Em 1975 a CEME passa para a ser vinculada à Previdência Social e dez anos depois ao Ministério da Saúde. Para este itinerário de institucionalização vide o Decreto n.º 75.985, de 17 de julho de 1975, que dispõe sobre a estrutura básica da Central de Medicamentos e o Decreto n.º 91.439, de 16 de julho de 1985, que dispõe sobre sua transferência para o Ministério da Saúde.

²⁴ A este respeito, complementarmente vide os apontamentos feitos por Jorge Bermudez (1992, p.55) ao analisar a participação percentual do segmento estatal, privado nacional e internacional no orçamento da CEME entre os anos 1972 e 1988.

emprego de “preparações fitoterápicas”²⁵. De todo modo, foi com o advento da CEME que a sociobiodiversidade passou a figurar como eixo prioritário das ações de Estado. Para isso, embora não tivesse o fomento à pesquisa como atividade principal – que contava com articulações via CNPq, Capes, Finep e fundações estaduais de amparo à pesquisa – o órgão foi decisivamente influente na ampliação e fortalecimento de trabalhos dedicados a prospecção de conhecimentos e plantas de interesse farmacêutico.

Se anteriormente a ideia de tradição/tradicionalidade havia operado na saúde institucionalizada enquanto marcador das diferenças entre “remédios” e “medicamentos”, é sobretudo a partir das proposições da CEME que este conceito passou a ser menos uma fronteira e mais uma trincheira para a expansão do medicamento e composição de novas formas de se produzir legitimidade no sanitarismo brasileiro.

3.2 O medicamento como forma de entendimento

A primeira pesquisa financiada pela CEME teve início em 1973 e propunha um “*screening* farmacológico de plantas brasileiras” (Brasil, 2006, p.33). O principal interesse que mobilizava este projeto era identificar a ocorrência de eventual atividade farmacológica em extratos de espécies vegetais comumente utilizadas pela população. Para sua execução, a proposta de trabalho se baseava na articulação com universidades públicas e centros de pesquisa que, com incentivo financeiro, passavam a ser modernizados para produzir formas de entendimento sobre a biodiversidade e seus usos terapêuticos locais a partir da linguagem e entendimento próprios da química e da farmacologia. Se por um lado o executivo militar impulsionava a pesquisa e proporcionava melhores condições de trabalho aos pesquisadores alinhados com os temas e posicionamentos de seu governo, cabe destacar que neste período o Estado utilizava largamente de cassações arbitrárias e aposentadorias

²⁵ O emprego de “preparações fitoterápicas” é referido na Portaria nº 22, de 30 de outubro de 1967.

compulsórias como forma de afastar os propositores de conhecimentos dissidentes²⁶.

O encontro da CEME com as ciências farmacêuticas produziu um movimento de mútua legitimação no contexto acadêmico e sanitário nacional. Ao passo que a farmacologia contava com um quadro reduzido de pesquisadores habilitados ou interessados a atuar com plantas medicinais, à época considerada como uma farmacologia diminuta frente ao predomínio sintético-alopático, o interesse e incentivo estatal produzia efeitos no fortalecimento desta linha de investigação, colaborando com o reconhecimento e valorização entre os pares da área. Por sua vez, a primazia da legitimação farmacológica produzida ao tratar *plantas* como *medicamentos* permitia à fitoterapia galgar passos mais largos para reconhecimento e oficialização perante o Estado.

Em 1976, três anos após o primeiro financiamento direto da CEME à pesquisa em plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos, as ações direcionadas para desenvolver o setor produtivo a partir da biodiversidade nacional se exponenciaram pelo encontro com o Programa Flora. Conduzido em esfera nacional, o programa propunha uma extensiva sistematização da flora brasileira e, para isso, contava com articulação entre o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), o Centro de Pesquisas do Cacau, a Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (Embrapa), a Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste (Sudene), além de financiadores e instituições de pesquisa internacionais, como o *National Science Foundation* (Estados Unidos), *National Academy of Sciences* (Estados Unidos) e o *Royal Botanical Garden* (Inglaterra)²⁷.

Em suas ações o Programa Flora atuou em três eixos: coleta e identificação de plantas medicinais a partir do conhecimento popular/tradicional, registro e sistematização de seus usos em bancos de dados e bibliografia especializada, herborização e depósito do material botânico em herbários

²⁶ A exemplo, vide o relato recentemente reeditado de Herman Lent (2019), em que o autor retrata a perseguição sumária de pesquisadores no episódio conhecido como “massacre de Manguinhos”.

²⁷ Em sua tese de doutorado, Eliana Nogueira (1999) discute como a investida militar para prospecção da flora nacional brasileira via parceria com instituições de pesquisa estrangeiras se tornou, no decurso dos anos, um movimento de biopirataria consentida e incentivada pelo Estado via acordos internacionais.

nacionais e internacionais (Teixeira; Spiguel, 1978). Operando como articulador entre diferentes pesquisas e instituições dedicadas à sociobiodiversidade nacional, o programa se dedicou à sistematização da flora brasileira através de banco de dados temáticos que, quando reunidos, davam conta de produzir um inventário de amplo alcance e múltiplas possibilidades de prospecção. Em 1979, por exemplo, através de convênio com a CEME, o Programa Flora passou a desenvolver um banco de dados dedicado ao uso terapêutico da sociobiodiversidade, sistematizando informações sobre as características botânicas e possibilidades farmacológicas de plantas, "especialmente aquelas utilizadas pela medicina popular e indígena" (Brasil, 2006, p.33).

ECONOMIA

Saída para indústria de remédios: o potencial da flora brasileira

FORTALECIDA, com o objetivo de ampliar, principalmente, as pesquisas sobre a flora brasileira, a indústria de remédios tem se dedicado a desenvolver um banco de dados dedicado ao uso terapêutico da sociobiodiversidade, sistematizando informações sobre as características botânicas e possibilidades farmacológicas de plantas, "especialmente aquelas utilizadas pela medicina popular e indígena" (Brasil, 2006, p.33).



Professor Nuno Alves Pereira. "A implementação de uma indústria farmacêutica brasileira deve começar com a indústria de remédios".

Quando foi fundada, a indústria de remédios no Brasil de hoje, e o futuro de sua indústria.

O mais barato

De o professor Carlos Etnier que a implantação de medicamentos brasileiros com plantas brasileiras não é apenas uma questão de custo, mas também de qualidade.

De chô para o fábrica

Um grupo de indústrias brasileiras, entre as quais a FARMACIA OCEANO, iniciou há mais de vinte anos, estudos sobre a medicina popular brasileira com o objetivo de identificar as plantas mais utilizadas e desenvolver produtos farmacêuticos que possam ser produzidos em escala industrial.

A pesquisa tem caráter interdisciplinar e envolve a área de Botânica, Farmacologia, Química e Engenharia. O grupo atua em conjunto com pesquisadores de outras instituições de ensino superior, como a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e o Instituto de Física de São Carlos.

Mais dos remédios

Uma das principais razões para a implementação de uma indústria farmacêutica brasileira é a necessidade de reduzir os custos de produção.

Indicando como exemplo da indústria brasileira a indústria de remédios, que, no momento, produzindo um produto para ser utilizado em caso de emergência por uma pessoa afetada por uma doença.

Atualmente, de o professor, não se dá importância a esse tipo de indústria, mas ela pode ser grande aliada da indústria farmacêutica. O professor não acredita na ideia de desenvolver produtos para o mercado de remédios, mas acredita na ideia de desenvolver produtos para o mercado de remédios.

Atualmente, de o professor, não se dá importância a esse tipo de indústria, mas ela pode ser grande aliada da indústria farmacêutica. O professor não acredita na ideia de desenvolver produtos para o mercado de remédios, mas acredita na ideia de desenvolver produtos para o mercado de remédios.

Atualmente, de o professor, não se dá importância a esse tipo de indústria, mas ela pode ser grande aliada da indústria farmacêutica. O professor não acredita na ideia de desenvolver produtos para o mercado de remédios, mas acredita na ideia de desenvolver produtos para o mercado de remédios.

Industrialização

A respeito da implementação de uma indústria farmacêutica brasileira, o professor Nuno Alves Pereira afirma que a indústria de remédios é uma das áreas que mais precisa de investimento.

Atualmente, de o professor, não se dá importância a esse tipo de indústria, mas ela pode ser grande aliada da indústria farmacêutica. O professor não acredita na ideia de desenvolver produtos para o mercado de remédios, mas acredita na ideia de desenvolver produtos para o mercado de remédios.

Atualmente, de o professor, não se dá importância a esse tipo de indústria, mas ela pode ser grande aliada da indústria farmacêutica. O professor não acredita na ideia de desenvolver produtos para o mercado de remédios, mas acredita na ideia de desenvolver produtos para o mercado de remédios.

Fonte: página de economia do jornal O Globo em 26/10/1975

Figura 16: O medicamento como forma de entendimento

A reportagem acima ilustra tanto a substancialização da ideia de tradição/tradicionalidade como seus efeitos ao passo que passa a ser mobilizada nas propostas farmacêuticas conduzidas pelo Estado. Ao apresentar as investidas acadêmicas sob o potencial farmacológico de plantas utilizadas “pelos indígenas” em “rituais onde se praticam atividades divinatórias”, a matéria comenta sobre a identificação recente de substâncias farmacologicamente ativas “importadas pelo Brasil da Austrália”, da qual se discute tanto a viabilidade da produção em forma de medicamento fitoterápico padronizado como a morosidade para “qualquer iniciativa de industrialização”.

Vale notar que este movimento de nacionalização se faz atrelado a uma concepção fundamentalmente utilitarista da sociobiodiversidade, do qual o valor intrínseco da vida é apresentado, protegido e resguardado tão somente pelas possibilidades de proveito aos interesses do Estado, refletindo os posicionamentos do regime autocrático também nas práticas tecnocientíficas.

O próprio título da reportagem reitera esta condição. Ao comentar sobre o “potencial da flora brasileira”, ressalta a diversidade biológica e cultural como um atributo da identidade nacional, condição que poderia tornar o país “no futuro, um dos maiores fornecedores mundiais de matéria-prima para a indústria farmacêutica”. Além de sempre ao aguardo do futuro, o reconhecimento e valorização da sociobiodiversidade na condição de recurso comum a todos os brasileiros não leva em conta as assimetrias entre os detentores dos conhecimentos sobre as riquezas da terra e das tecnologias de produção farmacêutica, quer sejam públicas ou privadas. No decurso da década de 1970 esta condição não só obliterou as relações mais circunstanciais nas quais as plantas produziam efeitos, sentidos e direitos, mas também fez emergir uma espécie de biopirataria genuinamente nacional.

Eu entrei na faculdade de Farmácia em 1976. Em que pese a ditadura, os militares tinham muito essa ideia de autossuficiência nacional em função da grande dependência do mercado externo. Investiram na pesquisa em plantas medicinais, pois consideravam estratégica [...]. No Brasil a indústria farmacêutica e as análises clínicas estavam se automatizando. Essas coisas ainda estavam vindo e era tudo muito sedutor. A gente se encantava, mas isso vinha acompanhado de uma

crise de identidade. A gente queria uma indústria nacional, que não precisasse importar insumo, e tinha todo um movimento de construir uma Farmácia [curso] que trabalhasse pela saúde do povo. O pessoal já tinha aquele desejo de construção social, não queria ficar só no balcão [da farmácia].

Silvia Beatriz Costa Czermainski (Servidora aposentada da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, onde atuava na Política de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Foi também organizadora do Seminário Nacional de Plantas Medicinais, Fitoterápicos e Assistência Farmacêutica, realizado em 2003). Depoimento concedido em 19/04/2021

Compartilhada comigo em forma de memória sobre as vivências e militâncias em meados da década de 1970, a passagem acima faz referência ao modo como a CEME produzia e entendia as tecnologias de saúde produzidas a partir da sociobiodiversidade. Enquanto conversávamos sobre uma vida acadêmica e profissional inteiramente dedicada ao serviço público e, em grande parte, à direção de unidades estaduais de pesquisa, desenvolvimento e produção de medicamentos, falávamos sobre como o autoritarismo irradiava desenvolvimentismo ao passo que se tornava mais evidente a crise social, econômica, política e epistemológica que provocava.

Cabe destacar que o argumento apresentado nesta passagem não nega a importância do medicamento ou da industrialização no setor da saúde, mas coloca sob suspeita o modo como o ideário de “ordem progresso”²⁸, conduzido pela primazia das ciências e das técnicas, arbitrariamente hierarquizou os saberes e os sujeitos autorizados a falar. Uma outra passagem desta mesma conversa reitera esta sujeição:

²⁸ “Ordem e progresso” são apresentados no ideário positivista de Auguste Comte como caminho de superação de um estado supostamente ineficaz ou teleológico. Sob este entendimento, a ação direcionada à obtenção de objetivos conhecidos e determinados é tida como um caminho linear, que vai *da ordem ao progresso*, seguindo um itinerário supostamente inerente ao espírito humano. A proposta não só oblitera deliberadamente formas de produzir entendimentos das quais a razão absolutamente não dá conta de abarcar, mas, também, na medida em que passa a ser dirigida como forma privilegiada de acesso à verdade, se coloca inexoravelmente atrelada à dominação e à exploração da vida sob a justificativa de álibis técnicos. A partir da segunda metade do século XIX o positivismo se tornou plenamente influente na formação militar do Brasil e, conseqüentemente, nas ações direcionadas pelo Estado durante o regime autocrático. Em um exemplo preciso sobre como as ações de Estado direcionadas pelo ideário positivista militar operou sobre a sociobiodiversidade brasileira, são preciosos os registros de Schmink e Wood (2012) sobre como a miséria se tornou o principal legado da ditadura à Amazônia.

Nessa época se pensava a planta como matéria-prima mesmo. Era olhar para a planta como potencial fornecedor de insumo. A Amazônia estava toda hora em pauta como potencial estratégico em medicamentos, mas era bem nesse viés, de explorar a floresta em busca de princípio ativo.

Silvia Beatriz Costa Czermainski. Depoimento concedido em 19/04/2021

Até o fim da década de 1970 as proposições endereçadas pelo poder público ao trabalho com plantas medicinais se deram fundamentalmente a partir da distribuição de recursos financeiros para projetos de pesquisa fomentados pelo Estado, sem necessariamente haver um ponto em comum entre as pesquisas financiadas. Como forma de estabelecer uma coesão entre os diversos projetos em curso, em 1982 a coordenação de pesquisa e desenvolvimento científico da instituição promoveu o Encontro sobre Plantas Medicinais, realizado em Brasília. No ano seguinte da realização deste evento inaugural, fundamentalmente técnico e operacional, a CEME estabeleceu o Programa de Pesquisas de Plantas Medicinais (PPPM), unificando as pesquisas em plantas medicinais sob sua guarda.

O PPPM foi a manobra de flanco que permitiu à CEME maior autonomia e ganho de território para a fitoterapia no campo da saúde institucionalizada. Sua proposta recomendava a criação de comissões tecnocientíficas que permitissem viabilizar a produção nacional de medicamentos elaborados a partir de plantas e modos de uso próprios do contexto nacional. Para isso, propunha levantar as informações sobre o uso popular/tradicional de vegetais identificados nos bancos de dados do Programa Flora, selecionar aquelas viáveis para estudo pré-clínico e clínico, desenvolver fornecedores de matéria-prima vegetal, viabilizar tecnologia farmacêutica necessária para produção, prover acompanhamento técnico, fabricar, controlar a qualidade, distribuir os medicamentos produzidos e, por fim, fazê-los valer na Relação Nacional de Medicamentos, a RENAME.

O programa atuou a partir de empresas privadas e órgãos públicos de pesquisa e desenvolvimento. Foram celebrados contratos e convênios com 23 instituições e 95 projetos de pesquisa em farmacologia, toxicologia e biotecnologia foram cofinanciados. Nesse intento, conforme a botânica se

aproximava da química e da farmacologia como campos de investigação sinérgicos para produzir os efeitos políticos e econômicos ensejados pela CEME, o próprio percurso que leva à industrialização do medicamento fitoterápico se tornava um argumento de legitimidade no campo terapêutico. Ao pensar no fitoterápico como um “medicamento da natureza”, vale então notar que a “natureza” deste medicamento pouco divergia da sintético-alopática em sua forma de produzir cuidado. Reduzido ao fornecimento de insumos farmacêuticos ativos, tanto as potencialidades das plantas se limitavam às experiências bioquímicas, como as habilidades humanas para produzir cuidado a partir de seu uso se reduziam ao instrumentalismo e intervenção terapêutica. Desta maneira, o interesse na mobilização de plantas e conhecimentos populares/tradicionais se fazia caudatário de um determinismo em que tanto o medicamento era entendido como uma espécie de vanguarda das potencialidades terapêuticas das plantas como, por sua vez, as tecnociências eram tidas como uma forma refinada de produzir entendimento sobre seus efeitos.

Ao considerar os caminhos tanto do conhecimento como da tecnologia no campo da saúde por um itinerário linear, progressivo e autodeterminado, a possibilidade do trabalho-interação com as plantas passava a ser vivenciada como um processo fundamentalmente finalista, ignorando outras possibilidades de afeto, cuidado e interação convocados pela relação entre humanos e plantas, como me foi relatado:

Eu entrei no curso de medicina em 1976. Quando a gente começou a atuar [com a fitoterapia no serviço público de saúde] seguíamos as recomendações da OMS, daquela publicação de 1978 [em referência ao relatório *The Promotion and Development of Traditional Medicine*, op. cit]. Ali dizia que tínhamos que identificar os saberes das comunidades que trabalhávamos e atuar junto. No meu Estado nós criamos hortos medicinais. O pessoal usava muita planta pra se tratar, e a partir desse interesse comum nós trocávamos muitas informações. Eu até me emociono ao falar disso. [Fez uma pauta, com a voz embargada pela lembrança]. Nessa época o trabalho com plantas era uma troca mesmo, um encontro de saberes entre a população e os profissionais de saúde. A CEME deu muito estímulo para a fitoterapia. Nós estávamos começando e população se interessava muito,

participava mesmo! O problema é que tinha um pessoal, você sabe, né, professores, doutores, que achavam picaretagem tudo aquilo que não era medicamento. Tinha um que até falava: eu não tomo chá, isso não serve pra nada”.

Henriqueta Tereza do Sacramento (Idealizadora do projeto Hortas Mediciniais, da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória. Criou e presidiu a Associação Nacional de Fitoterapia em Serviços Públicos. Membro do Grupo de Estudo de Fitoterápicos/MS). Depoimento concedido em 25/04/2021

A ideia de tradição/tradicionalidade aqui em voga convocava aberturas e contingências entre acadêmicos e profissionais atuantes em um setor em desenvolvimento, entendimento e regulamentação. A passagem acima reflete como o conceito de Medicina Tradicional mobilizado na saúde global se encontrou no Brasil com uma concepção pouco afeita ao pluralismo de sujeitos, saberes ou mesmo tecnológico. Por esta via, ao passo que a sociobiodiversidade passava a ser mobilizada pelo Estado para recompor o setor produtivo nacional, como efeito, a rede de relações articulada sob primazia dos “medicamentos” incutia as identidades e formas de legitimidade particulares destas terapêuticas também sob os termos “natural” e “tradicional”. Desta maneira, o reconhecimento e legitimação do conceito de tradição/tradicionalidade passava pela necessidade de validação, concedendo às tecnociências o direito de definir a noção de realidade sem antes questionar os limites e possibilidades de seus próprios empenhos:

O programa da CEME era muito bom. Foram produzidas várias formulações farmacopeicas. Tinha um investimento sério para oferecer o melhor para a população. O problema é que o povo ia fazer pesquisa na Alemanha e depois vinha querendo fazer isso aqui...marcador bioativo, essas coisas. Eu também acho isso importante. Mas espera aí. Qualidade é isso? Passar nesses testes? Só isso? Eu não acho.

Henriqueta Tereza do Sacramento. Depoimento concedido em 25/04/2021

O trecho acima é parte de uma longa conversa, que se desdobrou em outros muitos encontros que tive com Henriqueta Tereza do Sacramento, que na esfera nacional, sistematicamente militou para que a oferta pública de medicamentos fitoterápicos fosse acompanhada por uma reconstrução dos

cuidados na saúde pública brasileira. Nesta conversa, falávamos sobre como o período de nacionalização da indústria farmacêutica alavancado pela CEME foi marcado por uma clivagem entre o desenvolvimento técnico e social. Nesta passagem o termo “formulações farmacopeicas” faz referência ao conjunto de métodos e técnicas que, indicados nas literaturas farmacêuticas oficiais, possuem os componentes e quantidades de determinada formulação previamente estabelecidos, de modo que sua composição pode ser replicada por qualquer unidade produtiva habilitada para esta função a despeito do privatismo e do monopólio patentário. Já “marcador bioativo” é um termo habitual na linguagem deste setor para se referir aos constituintes quimicamente definidos, quer tenham atividade farmacológica ou não, que, presentes em drogas vegetais e medicamentos fitoterápicos, criam testemunhos moleculares que asseguram a ideia de “qualidade” no setor farmacêutico.

Nesta conversa ambos os conceitos eram apresentados destacando a assimetria decorrente de “oferecer o melhor para a população” usando para isso critérios definidos em dissonância com a vida, história e modos de entendimento de seu próprio povo. Para contextualizar a referência dada por esta interlocutora, vale ainda pontuar que, desde a segunda guerra mundial, a produção e pesquisa farmacêutica alemã²⁹ tem sido conduzida pela sinergia das engenharias com a química orgânica e as ciências biológicas (Goodman, 1998). Como uma engrenagem produzida para maximizar a produção, este encontro deliberadamente se restringe às possibilidades e entendimentos destes campos de conhecimento, impossibilitando outras formas de produzir e entender a noção de “qualidade” e “eficácia”, ou mesmo de considerar que uma concepção produtivamente pertinente de “tecnologia” possa emergir de cosmologias particulares e culturalmente localizadas.

O PPPM se manteve até 1997³⁰. No decurso de sua existência produziu vasto material técnico e científico, colaborando de modo contundente para o

²⁹ Contra qualquer exotismo presente neste apontamento, complemento a possibilidade de ampliar esta discussão pelos apontamentos do filósofo alemão Jürgen Habermas (2014), que tematiza os engodos tecnocráticos em seu país e a crise democrática transnacional por uma perspectiva internalista e contextual.

³⁰ Em 1997 a CEME foi desativada através da Medida Provisória nº 1.576, de 5 de julho de 1997 e suas atividades transferidas para o Ministério da Saúde. Parte significativa do trabalho conduzido por esta unidade foi descontinuado. Entre 2002 e 2004, com base em pesquisa

entendimento da fitoterapia como expressividade farmacêutica alopática e oficial. Paradoxalmente ao investimento institucional e empenho de seus colaboradores, em seus vinte e seis anos de atividade a CEME não cumpriu a meta de desenvolver e disponibilizar medicamentos fitoterápicos produzidos a partir de laboratórios públicos. No entanto, a ausência do objeto material não foi motivo para que os interlocutores com quem manteve contato durante o trabalho de campo deixassem de reconhecer a centralidade de suas proposições na mobilização do conhecimento popular/tradicional entre as pautas farmacêuticas direcionadas à saúde pública. Ao contrário, a influência, participação e contribuição da CEME para a fitoterapia hoje praticada no Brasil me foi enfatizada reiteradas vezes. Por sua vez, os posicionamentos a este respeito não deixaram de evidenciar como o medicamento fitoterápico industrializado ali planejado espelhava o desenvolvimentismo subserviente proposto pelos militares. À sua imagem e semelhança, corporificava a subjugação dos recursos naturais à dominação técnica e ascendia a razão instrumental sob as demais formas de produzir cuidados pela via das plantas. Tão por isso, no processo de reconstrução democrática, que no Brasil foi acompanhado por um movimento de intensas transformações no modo de entender e fazer-saúde pela via das instituições, as relações produzidas por este medicamento se tornaram objeto das críticas mais preponderantes.

3.3 Participação e controle social: princípios ativos do fazer-saúde

A emergência da pauta sobre plantas medicinais e conhecimentos populares/tradicionais no escopo da CEME não se reduzia às prerrogativas do desenvolvimentismo pretendido pelo Estado. A proposta também abarcava os desejos de reconstrução profissional e as críticas contra a iatrogenia e a tecnologização descompassada no setor da saúde, elementos que passavam a ser constituintes inexoráveis da identidade dos medicamentos alopáticos:

realizada por Nilton Luz Netto Júnior, o Ministério da Saúde solicitou o desarquivamento do material bibliográfico produzido para subsidiar as ações e políticas públicas na área de plantas medicinais e fitoterápicos que, à época, mantinham-se em vias de institucionalização sob a forma de política nacional. A leitura do relatório (Brasil, 2006) se torna imprescindível para acompanhar as influências da CEME na proposta endereçada em 2006 a partir da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.

A Fitoterapia vinha mobilizando muita gente. Quem estava na indústria, na assistência farmacêutica, na drogaria...todo mundo começou a se interessar. A gente já estava muito cansada de toda aquela coisa da indústria que nunca muda. O mundo farmacêutico é muito duro, tecnológico.

Silvia Beatriz Costa Czermainski. Depoimento concedido em 19/04/2021

Pelo empenho da CEME, tanto as ideias de “natural” como de “tradicional” evocadas pela fitoterapia se mostravam potentes para reaver o lugar do medicamento no debate público, que havia entrado no cotidiano das sociedades urbanas globalizadas marcado por um estatuto de ambivalência entre a saúde e a doença³¹. No entanto, esta proposta de cuidado figurava ainda como uma terapêutica diminuta frente ao predomínio sintético-alopático. O caminho para legitimá-la, então, se deu menos por oposição e mais pela produção de alianças com os regimes de conhecimento à época dominantes.

Plantas medicinais, o tema em debate

SONIA APOLINÁRIO

O desenvolvimento, no Brasil, da pesquisa sobre plantas medicinais, sua utilização farmacológica e os cuidados ecológicos e conservacionistas que essa utilização exige. Esses serão alguns dos assuntos discutidos a partir de amanhã, até quarta-feira, no IX Simpósio de Plantas Medicinais do Brasil, que vai ser realizado no auditório “Quilombos”, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro, no Fundão.

Promovido pelo Núcleo de Pesquisas de Produtos Naturais da UFRJ,

o Simpósio vai abordar também — entre conferências, mesas-redondas e painéis — os temas “Fitoterapia no Nordeste”, “Botânica e Etnobotânica”, “O Programa da CEME de Pesquisa de Plantas Medicinais”, “Etnofarmacologia na Amazônia”, “Plantas com Asegurada Ação Psicotrópica”, “Química das Plantas Medicinais” e “Aspectos Agrossômicos das Plantas Medicinais”.

O diretor do Núcleo, professor e pesquisador Walter Mors, 45 anos, um dos conferencistas do Simpósio, contou que a química de produtos naturais foi implantada, no Brasil, em 1950, pelo Instituto de Química Agrícola do Ministério da Agricultura,

órgão extinto 12 anos depois. Com isso, os poucos pesquisadores se espalharam pelas universidades brasileiras, sendo que o maior número deles — seis ao todo — foi para a Faculdade de Farmácia da UFRJ, que funcionava na Praia Vermelha. Em 1963, foi criado o Centro de Pesquisa de Produtos Naturais que se transformou em Núcleo, em 1971, quando começou a transferência de algumas faculdades daquela universidade para o Fundão. Hoje, disse ele, a situação do Núcleo é precária — “como em todos os centros de pesquisa do País” — onde, inclusive, não existe nenhum horto de plantas medicinais.

Medicina alternativa que cresce no Brasil

Para o professor, o interesse pelas plantas medicinais vem se intensificando a cada ano, motivado pela dificuldade, da maioria da população, em se tratar de modo tradicional, ou seja, com remédios alopáticos. Ele lembrou que essa “medicina alternativa” é muito desenvolvida na China, onde são comuns as hortas medicinais comunitárias e o ensino, à população, do uso correto de cada planta, através de cursos para a formação de agentes de saúde.

E é baseada nessa experiência chinesa, que está sendo desenvolvido, no Brasil, dois Projetos Pilotos de criação de hortas com ervas medicinais, previstos para funcionar nas feiras cariocas de Guararapes, Vila Cândido e Sero Curá — todas no Cosme Velho; na comunidade de Campo Alegre, no



O Professor Walter Mors fará conferência no Simpósio de Plantas Medicinais as plantas anti-helmínticas e as Roxo estão morrendo porque a



Se não cura, mal também não faz

Para quem deseja se tratar com plantas, Walter fez uma lista de algumas, “que apesar de não terem sua eficácia comprovada cientificamente, são confiáveis”: suco de sumo de Sálvia para limpar feridas; chá de broto de goiabeira para diarreia; chá de Guaco como expectorante; mascar semente de mamão ou de abóbora contra verminose;

Fonte: detalhe da página de meio ambiente do jornal O Globo em 31/08/1986

Figura 17: Alternatividade e inocuidade: práticas e identidades terapêuticas em mudança

³¹ A este respeito destaco sobretudo a insegurança, desconfiança e ceticismo provocado desde o desastre da talidomida. Para uma leitura precisa quanto a economia das relações entre saúde e doença na experimentação farmacêutica, vide tese de Rosana Maria Nascimento Castro Silva (2018).

A reportagem acima ilustra esta condição. Sob o título de “medicina alternativa”, que na década de 1980 passava a ganhar força na saúde global, anunciava a realização do IX Simpósio de Plantas Medicinais do Brasil, sediado na Universidade Federal do Rio de Janeiro em agosto de 1986. Em destaque à direita da página, a matéria comenta sobre as potencialidades do uso de plantas medicinais no campo médico e farmacêutico que, segundo um dos organizadores do evento, “apesar de não terem sua eficácia comprovada cientificamente, são confiáveis”.

Aos modos como apresentei na seção anterior, aqui é possível perceber que a partir de uma identidade tecnocentrada, mesmo quando não se torna possível entender como certas plantas produzem seus efeitos, ou qual é o mecanismo de ação das substâncias que delas fazem parte, a própria conversão a um produto tecnocientífico (no caso, um medicamento fitoterápico) opera como forma de legitimação.

Eu estava nesse congresso de 1986. Nessa época os congressos eram menores, não tinham tantos participantes como hoje em dia. E também não tinha internet para organizar a reunião [brincava comigo pela natureza do nosso encontro, conduzido virtualmente em função das restrições impostas pela pandemia de Covid-19]. Então era ali. A gente se encontrava, debatia e cada um voltava para o seu Estado. Mas os espaços [de fala no congresso] eram muito desiguais. Quem não fosse falar sobre *medicamento* só conseguia um banner, um painelzinho³².

Rinalda Araújo Guerra de Oliveira (Pela Universidade Federal da Paraíba, atuou no Centro de Ciências da Saúde entre 1987 e 2017, período em que lecionou e coordenou nos cursos de Farmácia e Medicina. Nessa mesma instituição, coordenou o Núcleo de Estudos e Pesquisas Homeopáticas e Fitoterápicas).
Depoimento concedido em 21/10/2021

Como se lê no trecho da conversa acima, sob a primazia da identidade e legitimidade tributária do medicamento sintético-alopático, as investidas da CEME em conhecer plantas de potencial terapêutico a partir do contato com sujeitos e formas de conhecimentos das mais diversas produzia pouco efeito para uma revisita aos compromissos das técnicas e ciências farmacêuticas.

³² Este predomínio pode ser observado nos anais do Simpósio de Plantas Medicinais do Brasil, disponível *online* em: https://www.sbpmed.org.br/admin/files/book/book_NHvVp6SqwbkL.pdf. Acesso: 16/10/2021.

Longe de qualquer exercício de alteridade, a dialética ciência/não-ciência fundamentalmente fortalecia os saberes de uma fitoterapia eurocentrada, aos moldes daquela anunciada pela OMS, mobilizando referências cosmopolitas que passavam a ter a ideia de “nacional”, “natural” e “tradicional” imperativos que renovam o estatuto do medicamento, sem, contudo, promover uma mudança substancial nos modos como as instituições do Estado produziam cuidados.

Faço este apontamento como forma de indicar que neste momento as propostas endereçadas pela via das plantas medicinais e dos medicamentos fitoterápicos não configuravam uma forma oposicionista ou reconstrutora dos modos estabelecidos de fazer-saúde. Tampouco a identidade terapêutica evocada pelo conceito de tradição/tradicionalidade fazia reverter os pressupostos culturais, econômicos, sociais e políticos imbuídos na noção de “desenvolvimento” mobilizada pelo Estado autocrático. Ao contrário. Como mostra um outro trecho da mesma conversa reportada acima, conforme a medicina e o medicamento eram convidados a se revisitarem a partir do encontro com saberes plurais, encontraram resistência justamente nos interstícios daquilo que se mantinha como mais “avançado”, no caso, as tecnociências e seus anunciantes:

Nos distritos em que eu atuava não tinha farmácia. Nem farmacêutico. A presença do farmacêutico no cotidiano do serviço de saúde é uma coisa mais recente. Os medicamentos que vinham da CEME ficavam em um armário e os próprios médicos dispensavam. Mas não chegava remédio suficiente. A realidade na região em que eu atuava era mesmo o uso de plantas. Era o recurso que o povo tinha, sabiam usar muito bem. Até antes da minha pergunta os pacientes já falavam “eu tive isso e tomei esse chá” [em referência aos sintomas e respectivas plantas utilizadas para tratá-los]. Havia uma observação grande deles para o próprio corpo, para as doenças da região e para as plantas que curavam as coisas dali. Por conta disso comecei um trabalho com *hortos medicinais*. Então veja, pra quem estava no dia a dia da população, todo aquele discurso de produção industrial de fitoterápicos era uma coisa muito distante da realidade. Já haviam outras propostas [de organizações tecnológicas para além da industrialização do medicamento fitoterápico]. Apenas demorou pra que fossem ouvidas.

Henriqueta Tereza do Sacramento. Depoimento concedido em 25/04/2021

Nesta passagem minha interlocutora comentava que mesmo em meio à hegemonia pretendida pela CEME, da relação entre acadêmicos e profissionais atuantes no serviço público, em meados da década de 1980 passavam a emergir novas propostas de trabalho-interação pela via das plantas medicinais, bem como diferentes organizações tecnológicas para a fitoterapia no meio institucional, muito embora não contassem ainda com a devida atenção.

Cabe destacar que a década de 1980 caracterizou o período de maior investimento da CEME no campo das plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos (Brasil, 2006, p.51). Paralelamente, confluíu com as mudanças sociais e políticas que se tornavam expressivas no Brasil ao passo que a repressão do regime militar chegava ao apogeu e declínio. Neste período, uma postura de rejeição às ortodoxias totalitárias passava a tomar parte no debate nacional, nas estruturas do Estado e também nos interstícios do fazer tecnocientífico, movimento que abriu espaço para a emergência de uma “cultura de imaginação e não de cálculo”, tomando de empréstimo um termo de Robert Bellah (1991, p.17).

Ao passo que a heteronomia das pautas vindas dos movimentos sociais reverberava a pluralidade terapêutica no sanitarismo brasileiro, fora das instituições de saúde estas pautas se amplificavam pelo encontro e ressonância com outras bandeiras e lutas, como o ambientalismo, o holismo, o bem-estar, a espiritualidade e a defesa dos direitos humanos. Ora protagonistas, ora coadjuvantes, estes conceitos paulatinamente tomavam parte no entendimento e definição do próprio conceito de “saúde” em voga nas proposições de reforma do Brasil pós-ditadura, tal como pode ser visto na definição apresentada no relatório final da 8^o Conferência Nacional de Saúde, em que o termo passa a ser definido como “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde” (Brasil, 1986, p.4).

Para além de expressividades valoradas pelo movimento de contracultura e abarcadas na forma sanitária, foi com a Constituição Federal de 1988 que passam a ser estabelecidos meios institucionais de fazer valer as propostas daqueles por quem as ciências e as técnicas falavam em seu nome:

Nós [estudantes e jovens profissionais] ainda tínhamos uma visão muito corporativista sobre a nossa inserção. Mesmo a saúde pública, não era uma coisa que farmacêutico participava muito. Era mais médico e enfermeiro. O SUS é que proporcionou uma ressignificação do papel profissional, ou seja, nos fez sair do corporativismo para ver a necessidade da população. Foi com os debates das pré-conferências que fomos entendendo as propostas nesse sentido.

Silvia Beatriz Costa Czermainski. Depoimento concedido em 19/04/2021

Nesta passagem, uma das interlocutoras desta pesquisa comentava comigo a respeito dos efeitos produzidos pela participação comunitária na elaboração das pautas de saúde endereçadas à assembleia nacional constituinte. Muito além de algo restrito à economia das relações dos medicamentos, ou mesmo circunscrito aos domínios do sanitarismo, as plenárias das conferências e pré-conferências nacionais, em especial a partir da 8^o Conferência Nacional de Saúde (1986), foram essenciais para a destituição da ideia de que um Estado “forte” seria aquele conduzido na esteira das tecnociências, produzidas e anunciadas por seus porta-vozes em nome de seu povo. Na via contrária deste autoritarismo travestido de altruísmo, conforme a deliberação e fiscalização de políticas públicas passavam a ser controladas pela participação tanto de gestores e trabalhadores como também de usuários dos serviços públicos de saúde³³, mais evidentes se tornavam as demandas vindas dos movimentos sociais organizados, dos coletivos estudantis, pastorais, rurais, de reforma agrária e entidades de classe profissional militantes no campo da saúde.

No momento em que as diretrizes para reformulação do sistema público de saúde eram debatidas, a descentralização da assistência farmacêutica se apresentava como ponto incontornável para superar o desabastecimento de medicamentos. Por sua vez, era também uma forma de fazer emergir, ampliar e fortalecer organizações tecnológicas que floresciam de experiências regionais até então invisibilizadas no debate nacional:

³³ Para os marcos legais que estabelecem a participação comunitária e o controle social na gestão do Sistema Único de Saúde, vide Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990 e Lei n° 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

Foi o SUS, com a participação popular, que trouxe o problema da falta de medicamentos e fez com que a gente se mexesse. Antes o trabalho era listar medicamento, comprar e distribuir. Foi com a participação social que a gente percebeu que o medicamento não chegava na ponta mesmo! Não tinha o que fazer, aquele sistema em que trabalhávamos não funcionava. Quando o SUS abriu a porta para o povo entrar, os farmacêuticos ficaram assustados, não se tinha a dimensão do problema do acesso! A gente não sabia de nada daquilo. A coisa começou a mudar mesmo foi ali.

Silvia Beatriz Costa Czermainski. Depoimento concedido em 19/04/2021

3.4 Regionalização: multiplicar os futuros possíveis

Com o SUS, a participação comunitária nas tomadas de decisão do Estado tornou evidente não apenas a precariedade do modelo de assistência farmacêutica centralizado. Na mesma medida, ao passo que se diversificavam as vozes participativas do debate político, também se multiplicavam os caminhos de promover, incentivar e institucionalizar a produção de cuidados pela via das plantas.

Nas décadas de 1980 e 1990 passava a ser expressivo no debate nacional a existência de organizações tecnológicas em que a sociobiodiversidade era considerada não somente como fonte para obtenção de insumos farmacêuticos, mas sim um modo local, original e particular de promover cuidados. Muitas delas floresceram de modo muito contextual e regionalizado, movimento que culminou na incorporação nas estruturas das instituições públicas de saúde de modos de trabalho-interação com as plantas muito próprios dos territórios em que estavam inseridos.

O Estado do Maranhão, por exemplo, até meados de 1960 se manteve distante de qualquer centralidade na economia nacional, condição que tanto obliterou a devida atenção por parte do poder público como fez preservar modos próprios de produzir cuidado pela via da sociobiodiversidade local. Além de privilegiado em termos de vegetação, devido à fronteira entre a amazônia e o cerrado, biomas mais biodiversos do planeta, o Estado é rico também no

conhecimento associado a este patrimônio material, sobretudo de influência negra jêje-mina e dos diversos grupos Timbira que se fazem presentes na região. Como comentou a farmacêutica e professora Therezinha Rêgo ao falar sobre o início do seu trabalho com plantas medicinais no Estado: “eu sentia uma revolta muito grande ao ver que ninguém se interessava em mostrar essa riqueza” (2019).

Formada em Farmácia em 1957, a professora Therezinha Rêgo conduziu sua trajetória invertendo o caminho histórico da bioprospecção farmacêutica, em que o desenvolvimento de tecnologias se inicia nas bases comunitárias, fonte inesgotável de conhecimento, e deliberadamente se converte em benesses para o capital. Sua trajetória se construiu a partir da salvaguarda do patrimônio material e imaterial relacionado à flora local, aliada ao manejo e cultivo de plantas medicinais em regiões desassistidas pelo Estado:

Comecei instalando hortas medicinais nas periferias. Implantei a primeira horta no Apeadouro [bairro do município de São Luís]. Eu fazia um trabalho de pesquisa junto com as comunidades, perguntando quais as doenças mais comuns naquela área, interessada em determinar quais as plantas que já tinham uma resposta na melhoria da qualidade de saúde e de tratamento das enfermidades (Therezinha Rêgo, em depoimento para Silva e Moraes, 2019).

No trabalho conduzido por Therezinha Rêgo, a organização tecnológica para o serviço de fitoterapia tem início com a construção de um horto de base comunitária, feito nas imediações de unidades públicas de saúde. As plantas que compõem este espaço são aquelas que tomam parte nas práticas de cuidado próprias da comunidade em que estão inseridas, somadas a outras, também próprias da região, identificadas pelos modos científicos de produção de conhecimento. Dessa forma, estes espaços de cultivo (que hoje são nomeados no Estado como *hortos terapêuticos*) se tornam espaços privilegiados para trocas e experiências entre curadores locais, profissionais e usuários do serviço público de saúde. Conforme idealizado, paralelamente à instalação destes canteiros, as plantas são estudadas pela universidade local para facilitar a

utilização e manejo de preparados terapêuticos produzidos pelos próprios cidadãos:

A gente prepara a comunidade para que eles comecem a fazer os seus próprios *medicamentos* e sair um pouco da farmácia convencional. Não só pela aquisição dos medicamentos ser muito cara, como também pelos efeitos colaterais que são mais intensos do que na fitoterapia (id. *ibid.*).

Ao eleger um canteiro de plantas como espaço de trabalho, esta organização tecnológica inverte a lógica operativa da prática farmacêutica, que restrita ao ambiente fechado do trabalho especializado, tem o entendimento do medicamento fundamentado na ideia inventiva de “separação”, “pureza” e “estabilidade”, ficções persuasivas que ambientam a noção de “eficácia” no pensamento sintético-alopático. Como se lê nesse excerto, o sentido atribuído por Therezinha Rêgo ao termo *medicamento* se faz apoiado em uma espécie de abertura ontológica desta materialidade, em que abdicar das formas farmacêuticas habituais e dos espaços protegidos das farmácias e dos laboratórios abre caminho também para a renúncia ao monopólio convocado por este termo.

No campo farmacêutico há uma acuidade muito grande em separar o conceito de *medicamento* de todo campo semântico evocado por outras materialidades terapêuticas, de modo que o termo certamente não seria evocado de modo acidental, impreciso ou equívoco por sua anunciante. Muito além de apenas promover uma expansão do conceito de medicamento, o que os mais de cinquenta anos de trabalho da Profa. Therezinha Rêgo produziram no Maranhão foi uma espécie de imunização contra formas idealizadas de tecnologia. Ao passo que nas décadas anteriores a tecnocracia farmacêutica havia se desenvolvido em torno do medicamento fitoterápico industrializado, transformando a sociobiodiversidade em um objeto técnico pronto, fechado, cujos mecanismos passavam desconhecidos de seus usuários, a atitude de democratizar a farmacotécnica para que os próprios cidadãos elaborassem suas preparações demarca o inverso. De uma “caixa preta”, restrita ao entendimento por parte do corpo técnico, o movimento que se vê é o de tornar o conceito de medicamento uma espécie muito particular de “caixa de ressonância” (Stengers,

2015), amplificando o conjunto de técnicas de preparação e eficácias tecnocientíficas a partir do campo de experiências comunitárias sobre o funcionamento do corpo, da doença e da manutenção da vida.

Neste movimento, o lugar das ciências farmacêuticas e seus modos particulares de intervenção deixava de ocupar a posição de autoridade e abria espaço para instaurar um regime colaborativo de cuidado, radicado no reconhecimento da diversidade de modos de ser e viver no mundo. Condição que começa por questionar os alcances, limites e possibilidades resolutivas do próprio medicamento quando tomado de modo desterritorializado do contexto em que atua.

No Maranhão, esta proposta de trabalho floresceu com amplo reconhecimento e legitimação por parte da população e, mais recentemente, se expandiu em forma de política pública da capital para demais regiões do Estado. Sobretudo na ilha de São Luís, o trabalho de Therezinha Rêgo é notório e pode-se ouvir dele em qualquer roda de conversa em que o tema seja o de plantas e curas.

Diferente desse modo de trabalho foi a organização tecnológica que se desenvolveu no Estado do Ceará. Criado pelo farmacêutico e professor universitário Francisco José de Abreu Matos no início da década de 1980, a proposta, que levou o nome de *Farmácia Viva*, procurava uma alternativa tanto ao desabastecimento de medicamentos da rede pública quanto à ampliação do cânone de uma tecnociência abstraída do contexto em que estava inserida. A saber, até a década de 1980 a mortalidade infantil no Ceará era de 150 por mil nascidos vivos, taxa muito superior à dos demais territórios brasileiros³⁴. Neste contexto, trazer a farmácia de volta à vida, longe da pertinência da metáfora, era uma forma de fazer valer as potencialidades e vocações regionais na resolução dos problemas situados localmente.

O projeto foi desenvolvido como extensão universitária e se organizava em torno de um canteiro central composto por plantas sugestivas de potencialidades farmacológicas reluzentes, coletadas nos rincões do Estado. Ao

³⁴ Faço este apontamento com base no *Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial*, realizado pelo Banco Mundial em 1990. Disponível *online* em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/biblioteca-catalogo.html?id=226612&view=detalhes>. Acesso em 15/12/2021.

invés do trabalho com plantas cosmopolitas e já padronizadas na literatura oficial, o investimento aqui despendido se dedicou às particularidades de seu próprio território. A biografia do professor Matos indica a condução de inúmeras expedições pelas regiões mais biodiversas do Ceará, interessado em coletar plantas que permitissem a produção de fitoterápicos passíveis de serem aviados para as regiões do clima semiárido, em que o cultivo *in natura* não se dá sem as inerentes dificuldades da seca (Magalhães, Bandeira, Monteiro, 2020).

Conforme idealizadas (Matos, 2002), as Farmácias Vivas tinham um dinamismo tecnológico atrelado ao território em que estavam inseridas. Uma vez que passavam a fazer parte das sociabilidades locais na forma de um pequeno horto, a partir dos entendimentos comunitários e do provimento econômico e técnico operacional gradativo, essas unidades públicas paulatinamente poderiam modificar sua organização tecnológica incluindo também o beneficiamento das plantas medicinais cultivadas, ou mesmo amplificar suas potencialidades criativas a partir de uma unidade equipada para o preparo autossuficiente de medicamentos fitoterápicos em pequena escala. Assim, além de dispensar a grande rede de fornecedores do setor privado farmacêutico, esta organização tecnológica serviria também de elemento para a articulação intersetorial e integração com a população do território. Uma vez que o funcionamento carece de matéria-prima vegetal para funcionamento, as Farmácias Vivas tinham a possibilidade de organizar sua cadeia produtiva gerando não apenas engajamento e valorização da sociobiodiversidade local, mas também trabalho e renda à rede de produtores locais, agricultores familiares e assentamentos rurais da região.

A proposta aposta na organização dos serviços de saúde a partir de modos muito contextuais, sem alimentar a tentação de projetar modelos prontos que supostamente valem para todos. Algo também interessante e que vale ser grifado sobre esta organização tecnológica é o modo inventivo com que revisita a relação entre humanos e plantas na produção técnica. Do modo como floresceram no Ceará, as Farmácias Vivas não foram posicionadas na fissura entre a experiência e a experimentação, separando os modos de aprender baseados na observação, na contemplação e no sensorial para investir na primazia dos enunciados dados pelos instrumentos laboratoriais de mensuração.

Sua mutação tecnológica gradativa e lenta, além de sensível a nuances sociais e econômicas, se elabora pela recomposição do trabalho e do trabalhador com o objeto produzido, movimento em que o medicamento deixa de ser um autômato e passa a ser uma forma de engajamento com o contexto do qual faz parte. Trata-se de um modo particular de pensar na ideia de uma “farmácia”, mobilizando para este conceito o aspecto mais dinâmico de considerá-la “viva”. Este avivamento se torna potente ao passo que convoca a pensar na conceitualização de *tecnologias* aos modos como ensinam as próprias plantas: a partir de *ecologias*, em que saberes, sujeitos e máquinas se elaboram mutuamente a partir das relações que estabelecem. Relações essas estritamente localizadas e particulares a cada território, vale destacar³⁵.

Para se referir ao espaço dedicado à preparação de medicamentos fitoterápicos, que junto com um canteiro de plantas medicinais compunha a organização tecnológica das Farmácias Vivas, Matos preferiu o termo “oficina farmacêutica”. Ao eleger um termo fora da jurisdição sanitária – que até este movimento não dispunha de normativas para regulamentar o recém criado termo “farmácia viva” ou mesmo “oficina farmacêutica” – conseguia balizar as dificuldades inerentes de se instalar um “laboratório farmacêutico”, ou seja, uma unidade produtiva aos modos como previa a vigilância sanitária da época e que era, bem ao certo, técnica, social, cultural e economicamente incoerente com a proposta anunciada.

Na estratégia de nomear hortos como “terapêuticos” e farmácias como “vivas”, a fitoterapia praticada no serviço público passava a compor sua identidade a partir de termos já reconhecidos no sanitarismo brasileiro, porém negociando definições mais abrangentes e inclusivas. Neste itinerário, ambos os termos se renovavam e passavam a produzir legitimidade no meio institucional em consonância com as transformações que marcavam o fazer-saúde nos anos 1980 e 1990, em que o próprio sistema público de saúde emergia afeito a novos entendimentos sob o conceito de saúde, acesso, participação e regionalização.

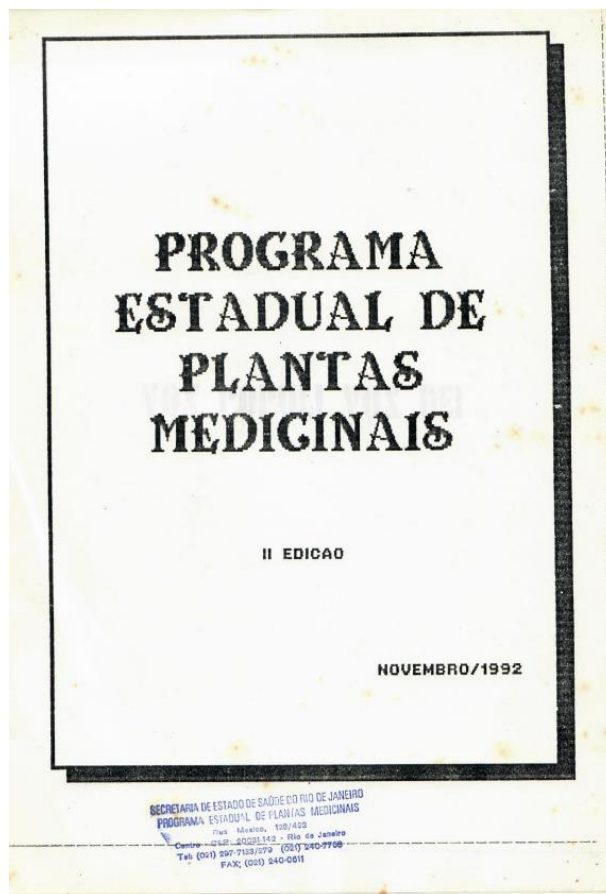
³⁵ Com o conceito de “território” faço aqui referência ao modo como é teorizado na saúde coletiva que, distante do limite geográfico, procura tomá-lo como lócus de sociabilidade. Contudo, no debate proposto, que diz respeito propriamente às identidades produzidas a partir dessa sociabilidade, talvez eu esteja mais próximo de conceitos que transcendam a territorialização, por exemplo, como prefere Ayres (2023) ao mobilizar a ideia de aldeamento.

A abertura desse campo semântico, por sua vez, também produzia efeitos para uma revisita ao estatuto ontológico do medicamento. Ao invés de conduzir uma farmacologização do mundo “natural”, como antes em voga, o que entra em cena são movimentos de naturalização do medicamento, colocando-o em similitude tanto com a biodiversidade local como com os saberes que resguardam seus usos terapêuticos.

Além de Ceará e Maranhão, os interlocutores que conheci no decorrer do trabalho de campo apontaram que, em Pernambuco, já em 1983, a prefeitura de Olinda apoiava o inventário da flora local, tendo-a incluído no repertório terapêutico municipal a partir de plantas frescas³⁶. A opção por “canteiros” e “hortos”, e não “laboratórios” ou “farmácias” inspirou ações também no Espírito Santo, Paraíba e Minas Gerais, movimento que se deu tanto a partir de trabalhadores individuais como equipes de trabalho e professores interessados no compartilhamento de experiências realizadas no âmbito do serviço público.

No Estado do Rio de Janeiro, em 1985, um canteiro de plantas medicinais passou a integrar a terapêutica municipal em Niterói, instalado no bairro Santa Rosa. De modo ainda extraoficial, visto que nem a fitoterapia nem a organização tecnológica dos canteiros terapêuticos contavam ainda com regulamentação no serviço público, a oferta tinha respaldo e amplo reconhecimento comunitário, e teve na articulação com a Universidade Federal Fluminense, parceira da proposta, também uma forma de legitimação. Ainda no Rio de Janeiro, uma unidade de produção de medicamentos fitoterápicos chegou a funcionar no Hospital Municipal Paulino Werneck, localizado na capital carioca, ampliando a oferta desta modalidade para além dos limites endereçados pelas agências internacionais de saúde da época, que entendia a fitoterapia enquanto terapêutica destinada exclusivamente à assistência de menor complexidade.

³⁶ Recuperando memórias deste período, a Prof^a Rinalda Oliveira de Araújo Guerra indicou que a integração entre Paraíba e Pernambuco começou já em 1978 a partir do Grupo de Estudos em Medicina Alternativa da Paraíba (GEMAP/UFPB). No ano seguinte (1979), a professora indica que se integrou com o movimento estudantil da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Paraíba que cursava especialização em Homeopatia no Recife com o médico José Laércio do Egito. Vale notar que o médico José Laércio do Egito parece ter sido pioneiro também no uso de “Florais de Bach” no Brasil, tendo publicado um artigo a este respeito na edição de 1976 da Revista da Associação Paulista de Homeopatia.



Fonte: Documento cedido por Maria José Martins de Souza. Acervo pessoal

Figura 18: Capa do Programa Estadual de Plantas Medicinais da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. 1992



Fonte: Jornal O Globo, 06/08/1989, p.27

Figura 19: Em Niterói/RJ, um canteiro de plantas medicinais passou a integrar a terapêutica municipal em 1985

Em Goiás, desde 1986, a capital contava com um centro de saúde dedicado a fitoterapia, ayurveda e homeopatia, à época chamado Hospital de Medicina Alternativa (hoje Centro Estadual de Referência em Medicina Integrativa e Complementar, CREMIC), habilitado para produção de seus próprios medicamentos.

Em Santa Catarina, o município de Balneário Camboriú iniciou a preparação autossuficiente de medicamentos fitoterápicos em 1989. No mesmo ano, no Estado de São Paulo, o município de Pindamonhangaba instituiu sua primeira comissão de trabalho dedicada à fitoterapia, ação que integrou o recém criado Grupo Especial de Desenvolvimento do Programa de Práticas Alternativas.



Fonte: Acervo pessoal da equipe municipal de saúde de Balneário Camboriú, s.d

Figura 20: Em Balneário Camboriú/SC, a “Farmácia Popular” iniciou a produção autossuficiente de medicamentos fitoterápicos em 1989



Fonte: Documento cedido por Iracelis Fátima de Moraes. Acervo pessoal

Figura 21: Publicação de 2011 que remonta a construção do programa municipal de fitoterapia em Pindamonhangaba/SP, iniciado em 1989

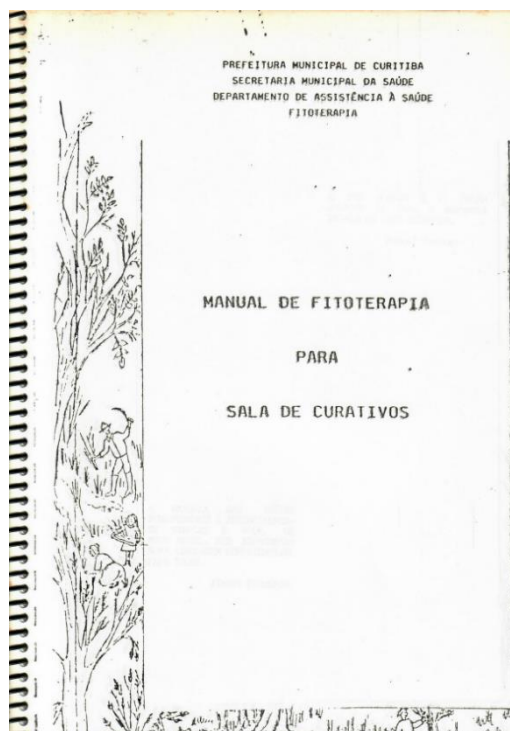
Em Brasília, a Farmácia Viva do Riacho Fundo teve início em 1986. Além da inspiração no modelo de trabalho proposto pelo Prof. Matos, o plantio e cultivo contou com a doação de mudas vindas do Ceará, mantendo uma relação de parentesco entre as plantas de ambos os espaços. Ainda na capital federal, já em 1983, Planaltina contava com um canteiro de plantas medicinais instalado junto ao Hospital Regional. O canteiro foi elaborado a partir da coleção botânica de um professor de agronomia da Universidade de Brasília e floresceu com a participação e engajamento das equipes de saúde e população assistida. Adiante o espaço serviu também como cenário de atuação, formação e prática para profissionais de saúde de outras regiões do Brasil. Inspirados neste trabalho, por exemplo, no início da década de 1990 o município de São Gotardo/MG desenvolveu seu próprio projeto para fitoterapia, chamado *Farmácia Verde*. Também em 1990, o município de Curitiba/PR inaugurou o seu programa municipal de fitoterapia e formou uma equipe multiprofissional para atuar nesta modalidade terapêutica. O Manual de Fitoterapia para Sala de Curativos (imagem abaixo), por exemplo, foi desenvolvido para orientação e

capacitação de profissionais que já atuavam com plantas medicinais em unidades de saúde municipais.



Fonte: O Jornal de Perdizes, 26/03/1994

Figura 22: “Farmácia Verde”: redes de cooperação entre São Gotardo/MG e Planaltina/DF



Fonte: Documento cedido por Maria José Martins de Souza. Acervo pessoal

Figura 23: Capa do Manual de Fitoterapia para Sala de Curativos, produzido pela Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba [1990]

O que procuro evidenciar nesta seção é a diversidade com que as organizações tecnológicas dedicadas a fitoterapia passaram a se multiplicar pelo território nacional, produzindo modelos originais e contextuais de trabalho-interação com as plantas a partir da variabilidade ambiental, biológica, cultural, social e tecnológica de cada território³⁷. Ao passo que se espelhavam umas nas outras a partir de visitas, treinamentos, estágios e cooperações intermunicipais e interestaduais, essas organizações tecnológicas nunca se limitaram a modelos previamente estabelecidos. Justamente enquanto um movimento dinâmico, vivo e criativo do sanitarismo brasileiro, a fitoterapia praticada no serviço público se desenvolveu afeita aos diferentes modos de entender e legitimar suas existências. A condução do trabalho essencialmente tecnocientífico, por sua vez, também nunca se limitou ao *status quo* definido pelas categorias profissionais, assumindo a biografia de seus anunciantes e os meios plurais que compuseram suas trajetórias de formação como elementos capazes de revisitar o universalismo generalizante pretendido pelos medicamentos. Justamente a reelaboração das diferenças entre conhecimentos locais e globais foi o que fez com que as tecnologias atreladas à fitoterapia se elaborassem de modo mais alargado do que o enquadramento sanitário da época dava conta de abarcar, produzindo modelos de trabalho-interação baseados na vida e história de seu território e, assim, requalificando os especialismos profissionais, as possibilidades de entendimento, aplicação e gestão das tecnologias utilizadas no fazer-saúde:

Nós defendíamos o uso de plantas medicinais e a fitoterapia, mas dentro do serviço público, com a população e os profissionais juntos. Muitas alternativas começavam a aparecer e já não era mais aquela coisa elitista, de quem não conhece o povo, nem era mais uma discussão concentrada em certos Estados do Brasil ou exclusiva da

³⁷ Complementarmente, vale pontuar que, além da diversidade de organizações tecnológicas para os serviços de fitoterapia no SUS, na década de 1990 passam a emergir estruturas administrativas regionais no campo da saúde, condição que favorece a formação de uma rede assistencial, jurídica e sanitária com contornos próprios, para o que procuro chamar a atenção neste momento. Como indica Gonzalo Vecina Neto (2021), até então os municípios brasileiros não dispunham ao menos de secretarias de saúde, movimento no qual a criação de uma vigilância nacional, capaz de abarcá-las todas, ganhava força na agenda pública.

academia. Os trabalhadores e a população já estavam dentro, era uma coisa muito mais dinâmica.

Henriqueta Tereza do Sacramento. Depoimento concedido em 25/04/2021

Em comum, todos estes projetos viveram o desinteresse do poder público, florescendo pelo território nacional sem contar com reconhecimento ou oficialização estatal. No Ceará, somente em 1997 as Farmácias Vivas foram institucionalizadas, tornando-se lei estadual em 1999. No Maranhão, até o momento de escrita dessa tese os Hortos Terapêuticos não contam com garantia legislativa para a oferta. Justamente pela autonomia que a não-institucionalização lhes proporcionou, ambos conseguiram se dinamizar amplamente, e não tardaram a ter sua legitimidade reconhecida e assegurada pelas populações que utilizam estes serviços. Na esfera da regulação de medicamentos, estas propostas cresceram à margem das normativas sanitárias até então instituídas, uma vez que não se enquadravam nos regulamentos vigentes, contando com a articulação dos movimentos sociais e de trabalhadores para angariar espaço e oficialização:

Nós, que éramos do serviço público, daquele *SUS*ão que estava nascendo, achávamos que tinha que ter um movimento de base. Tinha muita coisa acontecendo pelo Brasil e a gente se interessava por conhecer. Chamávamos o poder público, mas a verdade é que o Estado ainda não sabia olhar para o que não era medicamento.

Henriqueta Tereza do Sacramento. Depoimento concedido em 25/04/2021

Como indica a passagem acima, o movimento de reforma do sistema público de saúde foi ao mesmo tempo construído e construtor de abordagens que, embora tivessem ampla aceitação e reconhecimento da população participativa no cotidiano dos serviços de saúde, encontravam pouco espaço em meio à monocultura construída entorno do conceito de *medicamento*.

Aos modos como apresenta Jorge Luís Borges no conto “um jardim de veredas que se bifurcam”, os caminhos que surgiam para a fitoterapia passavam a ser muitos, se encontravam e do encontro se desdobravam em muitos outros

futuros possíveis para a saúde pública brasileira, limitada tanto pela criatividade de imaginá-la como pela habilidade de fazê-la existir.

3.5 Das experiências locais aos encontros nacionais

Entre a década de 1980 e 1990 a emergência e a diversidade dos serviços de fitoterapia fez surgir entre os trabalhadores da rede pública de saúde o interesse em organizar nacionalmente o debate.

O 1º Encontro de Fitoterapia no Serviço Público aconteceu na cidade de Carpina/PE, em 1986. Lá se escreveu a Carta de Carpina. O movimento dos profissionais de saúde em defesa da fitoterapia pública foi crescendo a partir de Carpina.

Henriqueta Tereza do Sacramento. Depoimento concedido em 25/04/2021

De um acentrismo nas pautas de interesse e sujeitos de fala, passando de eventos acadêmicos com participação de trabalhadores para, ao contrário, eventos de trabalhadores com participação de acadêmicos, o Encontro de Carpina marca também uma descentralização do Sul e Sudeste do debate sobre plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos, momento em que propostas endereçadas a partir do Nordeste passavam a se tornar nacionalmente proeminentes.

Sobretudo aquelas que emergiam a partir do Ceará e Pernambuco me foram apresentadas como influentes para o desenvolvimento de organizações tecnológicas que dessem conta de contextualizar a fitoterapia não mais como proposta única e comum a todo Brasil, mas sim como forma de produzir cuidado particular aos territórios em que estavam inseridos. Embora já conhecidos no cenário nacional, vale notar que estas propostas se tornaram expressivas fora do espaço acadêmico dominante, florescendo a partir do reconhecimento e legitimidade conferida em seus próprios territórios e pelo movimento de trabalhadores que passava a se organizar nacionalmente.

Depois de Carpina nós conseguimos outros espaços. Em 1998, no Simpósio de Plantas Medicinais, em Águas de Lindóia/SP [XV Simpósio de Plantas Medicinais do Brasil], nós conseguimos espaço e fomos convidados para organizar um pré-evento e discutir a fitoterapia no serviço público. A comissão organizadora nos convidou e garantiu para gente um espaço pago pela própria organização do Simpósio. Foi ali que vimos nossa força!

Henriqueta Tereza do Sacramento. Depoimento concedido em 25/04/2021

Além do torque temático e geográfico, o que torna o 1º Encontro de Fitoterapia no Serviço Público central nas mudanças endereçadas após reabertura democrática é o modo de reconhecer e legitimar a oficialização da fitoterapia. A Carta de Carpina, redigida como síntese desse encontro, foi o primeiro documento que enraizou a fitoterapia nos modos de ser e viver dos territórios em que era praticada³⁸.

Quando voltei de Carpina para João Pessoa, fui na Assembleia Legislativa falar com um deputado. Ele mal me recebeu! [ria com a ironia da persistência]. Mas deixei uma cópia da carta com ele. Eu andava pra todo canto com aquela carta, circulando e mostrando que a gente tinha uma referência para a fitoterapia no serviço público.

Rinalda Araújo Guerra de Oliveira. Depoimento concedido em 21/10/2021

Fruto da articulação popular e do movimento de união dos trabalhadores do serviço público, a identidade produzida para a fitoterapia não mais se limitava a do medicamento, nem tampouco sua legitimidade conferida exclusivamente pela academia. O mote do fortalecimento democrático abriu espaço para uma expressividade multifacetada desta prática no serviço público, compondo enredos com práticas e saberes plurais, por vezes até mesmo dissonantes, que encontravam espaço para aliança em conceitos que passavam a fundamentar o

³⁸ A dificuldade das instituições de acolher esta proposta se reflete no apagamento seletivo da Carta de Carpina entre as referências mobilizadas pelo poder público para se referir ao percurso de institucionalização da fitoterapia no Brasil. O documento é indubitavelmente extinto em forma de citação ou mesmo fisicamente e só pode ser recuperado pela memória dos interlocutores participativos no evento.

sistema de saúde recém criado, como a universalidade do acesso, regionalização dos modelos de trabalho e da integralidade dos cuidados.

Devido à expressividade que passava a ter no debate nacional, no ano seguinte, em 1988, a Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN), composta pelos Ministérios da Saúde, Previdência e Assistência Social, Trabalho e Planejamento, fixou as primeiras diretrizes para implementação da fitoterapia nos serviços de saúde pública (Brasil, 1988).



Fonte: Evani de Lemos Araújo. Acervo pessoal

Figura 24: 1º Encontro de Fitoterapia no Serviço Público. Centro de Treinamento da Emater. Carpina/PE, 1989. Na primeira fileira: Guilherme Azevedo, médico de Caruaru/PE (esq., de óculos); Evani Araújo, médica de Olinda/PE (ao centro, de vermelho) e Ronice Franco de Sá, médica da Funai (dir.)

Em um momento em que os movimentos sociais eram convidados a participar da construção de um sistema *único* de saúde, a recomendação se direcionava às tomadas de decisão do Estado para que a busca de unidade não

suprimisse a multiplicidade de vozes e existências que dela fazia parte. Esta proposta, bem ao certo, passava a exigir da produção de *políticas* a tarefa de se refazer como *cosmopolíticas* (Stengers, 2010, 2011), reenquadrando o particularismo e o universalismo em novas posições.

Faço este apontamento para indicar que o movimento de militância emergente na arena nacional não foi de negação das ciências, das técnicas ou das instituições, mas sim de requalificação daquilo que são e daquilo que podem ser, condição expressa na tentativa de não obliterar diferenças em nome de alguma equivalência totalizante. Faço conexão deste movimento com a proposição anunciada pela filósofa Isabelle Stengers, mas também amplamente mobilizada por Bruno Latour (2001, 2004), tanto pela sinergia como pelo antídoto possível de ser produzido a partir de sua referência.

Ao longo dos volumes que compõem a série *Cosmopolítica*, o que Isabelle Stengers endereça é antes uma tentativa de desestabilizar o que habitualmente se toma pronto como “política”. Tão por isso a autora grifa a pertinência de se pensar neste termo não como programa, mas sim como proposta, um convite para fazer “gaguejar as certezas”. A autora alerta contra a ideia de se pensar em uma política que age sob um mundo supostamente já feito, pronto, tão somente ao aguardo dos significados e dos acordos pactuados para guiar as ações dos seres vivos. Sua proposta incide justamente como hesitação a esta estabilidade e, também importante, como ressalva quanto à pressa de se produzir acordos quando se assume radicalmente a proposição ontológica de que diferentes modos de existência geram diferentes mundos.

Por este caminho³⁹, o *cosmo* aqui evocado não diz respeito a uma “cultura” ou um “saber” convidado a decorar um mundo já montado. Mas é antes

³⁹ Ao comentar sobre o desenvolvimento de seu projeto teórico, Stengers recupera o sentido dado por Kant ao termo *cosmopolítica*, colocando-se contrária à conceituação de *cosmo* tanto como uma forma bem delimitada de saber, como também ao ideário de que uma política cosmológica abriria caminho para um projeto humanista baseado no pleno entendimento, pacífico e unificador. A autora parte justamente da desconfiança da produção de um mundo “comum”, criando hesitação contra ações que procuram englobar diferenças como forma de apaziguar suas dissensões. Tão por isso, a autora anuncia o conceito de cosmopolítica mais próximo da acepção de *caos* e *instabilidade* que norteiam a química e a matemática, ou mesmo a multiplicidade (*caosmo* ou *multiverso*) tributária da filosofia de Deleuze e Guattari. O jogo de palavras reflete não apenas a oposição ao ordenamento do mundo proposto pelo pensamento kantiano, mas é também uma forma de indicar que a coerência da proposta está na

uma forma desacelerar a montagem e fazer valer aqueles que “não têm, não podem ter ou não querem ter voz política” (Stengers, 2018). No contexto que aqui apresento, não se trata de considerar o *cosmo* nos modos vigentes de se fazer política, mas sim de considerá-lo como diferença capaz de refazer os modos de se fazer política, tornando-a qualitativamente outra. A proposta vai ao encontro de uma “autorregulação”, mas com particular interesse nos constituintes que regem e participam deste “auto” quando ele é composto na coletividade por falas e vozes que não recorrem a ou não reconhecem a mesma língua. Tão por isso, a proposição cosmopolítica é muito pouco afeita ao desejo de acordos éticos e se coloca em profunda cautela contra a boa vontade individual ou a tolerância como caminhos para se resistir ao relativismo ou à captura de regimes de subjetividade.

Stengers (2020) coloca a questão nos modos como as dissensões ontológicas são tomadas na produção de um suposto mundo “comum”, sobretudo quando este mundo é tomado pelo primado da racionalidade tecnocientífica. Neste sentido a questão não se coloca nos saberes articulados, mas na pretensão que se desdobra desta articulação, ressaltando a importância de se buscar uma gramática dos encontros em que seja proibido qualquer diferenciação *a priori* entre aquilo que conta e aquilo que não conta. Por esta via, e nesse sentido, é que considero pertinente avançar com o argumento da autora, que aposta justamente na hesitação como forma de prolongar o debate e a reflexão, abrindo espaço para que emergjam formas de participar que preservem a vitalidade das diferenças.

Nessa época era comum aos pacientes chamar planta pelo nome do medicamento: *Anador, Insulina, Penicilina*. Veja, o nome é que dá sentido para a vida e a gente estava perdendo isso! Então a gente se preocupava muito com a manutenção dos saberes comunitários. Mas era complicado. Você vê, lá pra 1995, 1996, não me lembro bem...saiu uma portaria para regulamentar o fitoterápico [Portaria nº 6, de 31 de janeiro de 1995]. Era uma coisa totalmente voltada para a indústria! A

incontingência, nunca pronta e sempre a ser construída, inclusiva, não-teleológica e especulativa (Stengers, 2002, 2018a).

gente queria sair dessa ditadura, queria achar uma maneira da fitoterapia ser uma forma de preservar o que se tinha em cada lugar que estava presente.

Henriqueta Tereza do Sacramento. Depoimento concedido em 25/04/2021

A Portaria nº 6, de 31 de janeiro de 1995, foi criada no ano seguinte a uma consulta pública dedicada à normatização e registro junto ao Ministério da Saúde. A proposta procurava resolver uma controvérsia regulatória de mais de duas décadas pois, uma vez criado um sistema nacional de vigilância sanitária para controle de medicamentos, cosméticos, saneantes, insumos e correlatos (Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976), havia-se deixado uma lacuna para a definição do fitoterápico, gerando uma polêmica sobre seu enquadramento enquanto “medicamento”, “alimento” ou “suplemento alimentar”. A Portaria nº 6, então, não só colocava embarco a novas discussões a este respeito, como introduzia conceitos e requisitos a uma clara feição de mercadoria industrial. Segundo a definição, um *produto fitoterápico* passava a ser definido como “todo medicamento tecnicamente obtido e elaborado, empregando-se exclusivamente matérias-primas ativas vegetais com finalidade profilática, curativa ou para fins de diagnósticos, com benefício para o usuário. É caracterizado pelo conhecimento da eficácia e dos riscos de seu uso, assim como pela reprodutibilidade e constância de sua qualidade: é o produto final acabado, embalado e rotulado” (Brasil, 1995).

Quando a gente leu essa portaria, quem pensava no social ficou de cara! [em referência oposicionista a uma concepção tecnocrática]. A gente começou a se reunir pra fazer uma discussão sobre como deveria ser esse fitoterápico. Ter uma portaria era importante, pois precisava mesmo. Mas a regulamentação tinha que ser feita contra esse tipo de apropriação privatista. Então a gente entendia que pra peitar esse entendimento, pra ir lá e falar com o Ministério [da Saúde], tinha que ter organização social, tinha que se apresentar como um coletivo. Foi nessa época que criamos a Associação Nacional de Fitoterapia em Serviços Públicos. Fizemos CNPJ, estatuto, tudo.

Henriqueta Tereza do Sacramento. Depoimento concedido em 25/04/2021

O argumento apresentado acima tematiza a institucionalização da fitoterapia sem deixar de lado as hesitações e controvérsias deste intento. Por um lado, a passagem mostra como as consultas públicas endereçadas pelo Estado podem ser pouco inclusivas ou, paradoxalmente ao seu enunciado, muito pouco “públicas” quando entendidas no sentido da produção de acesso e meios para fazer participar (a este respeito, vide observações de Lopes; Novaes; Soárez, 2020). Por outro lado, fala de uma desaceleração necessária para produzir conhecimentos e entendimentos – esses sim coletivos e públicos – que levem em conta necessidades e consequências divergentes e em conflito. Isso foi o que a criação de coletivos de representação de trabalhadores militantes pela institucionalização da fitoterapia produziu no decurso das décadas de 1980 e 1990. Assim foi também o intento das novas organizações tecnológicas que emergiram no mesmo período de modo contextual aos seus territórios. Foi justamente para dar meia volta àquilo que especialismos tecnocientíficos fizeram desaprender ao conferir a noção de realidade sobre o mundo exclusivamente aos cientistas, farmacêuticos e outros experts. Esse tipo de proposição é bem diferente das inovações técnicas e políticas que separam as pessoas como princípio de constituição do mundo comum. Aqui, trata-se de restaurar vínculos e buscar escapar das evidências já prontas. Bem ao certo, uma outra definição do progresso.

É nesse sentido que o *cosmo* evocado por Stengers (op. cit.) é aqui convocado, arrefecimento do ritmo das tecnociências para que possam experimentar mais, ousar mais, conectando diferentes seres e saberes ao refino das sensibilidades necessárias para formular novos modos de existência e resistência.

Faço este comentário atento ao itinerário e às pautas dos trabalhadores nacionalmente organizados no decurso dos anos 1990. Pensar nos meios de fazer participar diferentes seres e sujeitos na produção dos enunciados da fitoterapia e, ao mesmo tempo, resguardá-los todos da pasteurização normativa e tecnológica foi a discussão que ocupou a Associação Nacional de Fitoterapia em Serviços Públicos nos anos que seguiram àquela publicação. Curioso notar que pela Portaria nº 6/1995 o fitoterápico foi nomeado como *produto* (categoria deveras genérica para os conceitos em voga na época), mas ficou definido à

imagem e semelhança do *medicamento*, mobilizando entendimentos como o de “princípio ativo”, “marcador” e apostando em requisitos tecnológicos como garantidores únicos da ideia de “qualidade”. Este balizamento conceitual, acionado para se produzir meios institucionais de legitimação, não deixa de evidenciar a origem e destino das proposições ali endereçadas.

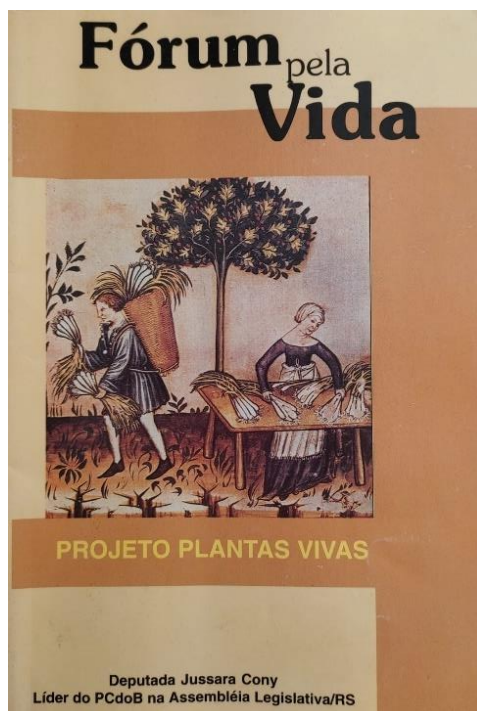
Se por um lado as instituições tecnocientíficas anunciavam o fitoterápico de modo afeito à farmacologia e seus meios de produção, os movimentos sociais, sobretudo pastorais de saúde e de saúde no campo, tensionavam os limites vigentes no regulamento sanitário a partir de outras formas de saber, modos de ser e ritmos de produzir:



Fonte: Documento cedido por Maria José Martins de Souza. Acervo pessoal

Figura 25: Publicações sobre “medicina comunitária” e “cura pelas plantas” produzidas pela Diocese de Dourados/MS (s.d.) e Arquidiocese de Fortaleza, 1983 (Esq). Publicação da Associação Brasileira de Tecnologia Alternativa na Promoção da Saúde. São Paulo: Ed. Paulinas, 1985 (Dir.)

Central neste percurso foi a organização que se deu a partir do Rio Grande do Sul sob o nome de *Projeto Plantas Vivas*. Além de não restringir o uso de plantas exclusivamente pela via do fármaco e do medicamento, essa organização estadual se tornou expressiva no debate nacional também por recolocar em campo sujeitos encapsulados na Portaria nº 6/1995.



Fonte: Documento cedido pela Deputada Jussara Cony (PCdoB/RS). Acervo pessoal

Figura 26: Encarte do Fórum pela Vida - Projeto Plantas Vivas

O Projeto Plantas vivas tomou forma no Rio Grande do Sul como resposta organizativa vinda do Fórum Pela Vida, movimento social atuante em nove regiões do Estado. Em seu primeiro seminário estadual (1996), o Fórum Pela Vida já endereçava uma resposta direta para recolocar em disputa o medicamento em suas relações. Na palavra da Federação Nacional dos Farmacêuticos, e em alinhamento com a frente ampla que havia se formado no campo da saúde pública no Sul do Brasil⁴⁰, se indicava o medicamento “como um dos instrumentos da estratégia de dominação técnica e econômica, a partir da qual são definidas e implementadas políticas claramente antagônicas aos interesses populares e nacionais” (FENAFAR apud Cony, 2002).

⁴⁰ Paralelo ao movimento gaúcho, como neste apontamento os coletivos organizados a partir de Santa Catarina, que em 1998 organizou a I Jornada Catarinense de Plantas Mediciniais (realizada na cidade de Tubarão), movimento que se desdobrou no ano seguinte com a fundação da Associação Catarinense de Plantas Mediciniais (1999) e a instauração da Câmara Setorial de Plantas Mediciniais no ano 2000. Assim como no Rio Grande do Sul, faz parte deste coletivo formador a presença ampla de representantes da academia, movimentos religiosos, holísticos, sindicatos de trabalhadores e instituições estatais, como foram as secretarias de saúde e meio ambiente. Para tanto, vide Chechetto (2013).

Ao indicar a instrumentalidade como uma forma em si mesma de dominação, o argumento produzia efeitos capazes de recolocar o debate técnico-operacional e estabelecer novas conexões para o fitoterápico, colocando o Plantas Vivas em diálogo com diferentes outras propostas que se evidenciavam pelo Brasil e que passavam a ganhar força atrelando a identidade do fitoterápico a elementos valorados no sanitarismo público, como o “natural”, o “social” e o “tradicional”⁴¹. De todo modo, e é o que procuro indicar nesta passagem, não se trata aqui de criar um artifício de simples oposição à exploração ou à dominação, mas sim de produzir antídoto contra uma ideia mais globalizante de “progresso”:

A proposta do Plantas Vivas era formar uma Sociedade Viva, e se revelou estratégica como forma de integração entre os saberes popular e científico, tradicional e acadêmico.

Jussara Cony (Coordenadora do Fórum pela Vida na Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul, onde também foi deputada estadual entre 1991 e 2006 pelo Partido Comunista do Brasil). Depoimento concedido em 04/11/2021

Em 1998, o Projeto Plantas Vivas se instituiu na Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul como instância de representação social para debater uma política estadual de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos no Estado⁴². Os objetivos centrais desta política giravam em torno da produção pública de medicamentos fitoterápicos, elaborados a partir do Laboratório do Estado do Rio Grande do Sul (LAFERGS), apostando no desenvolvimento da

⁴¹ Esta dinâmica de reconfiguração das relações do medicamento também produziu efeitos no campo e no corpo de formação, educação e trabalho farmacêutico. Neste mesmo ano, 1996, a Federação Nacional dos Farmacêuticos (Fenafar) apresentou ao Ministério da Educação uma proposta de reformulação do ensino de Farmácia no Brasil, colocando a assistência à saúde como dinâmica não restrita ao medicamento em suas relações internas, mas, justamente ao contrário, em suas relações com “o conjunto da sociedade, representado no seu microuniverso pelas ações de promoção, manutenção e recuperação da saúde” (FENAFAR; ENEFAR, 1996). A proposta implica em circunscrever a esfera técnica de modo a recolocar seu lugar em agências múltiplas, das quais evidencio a participação de diferentes atores que passam a tomar parte no campo técnico-operacional relacionado ao medicamento fitoterápico.

⁴² O Rio Grande do Sul foi o segundo estado federativo a ter aprovado, em forma de lei estadual, encaminhamentos para institucionalização da fitoterapia no serviço público (Lei Estadual/RS nº 12.560, de 12 de julho de 2006). Antes disso, o Estado do Ceará já contava com o marco regulatório (Lei Estadual/CE nº 12.951, de 7 de outubro de 1999), sendo que ambos antecedem e são referentes na elaboração nacional que tomou forma sobre a PNPMF.

cadeia produtiva de plantas medicinais vindas de cultivos cooperativista como forma de subsidiar esta produção, gerando trabalho, renda e vínculo com o movimento da agricultura familiar.

Como contraponto a qualquer entendimento essencializado nas tecnociências, o Projeto Plantas Vivas foi hábil em articular e fazer participar um coletivo amplo de atores sociais relacionados com essa pauta, como agricultores familiares, sindicatos trabalhistas, pastorais da criança, da saúde e outros movimentos militantes na saúde e nos cuidados, como clube de mães, estudantes, pesquisadores, instituições de ensino e pesquisa agrícola, deputados e a própria Secretaria de Ciência e Tecnologia do Estado. Nesse intento, a posição das tecnociências como modelo de racionalidade se mantinha, porém sem propor um retorno à concepção que credita ao medicamento um caráter dado, politicamente neutro e socialmente inerte. Desta mudança, justamente o alvo do medicamento passava a ser não só o corpo biológico individual, mas sim coletivo e público.

Eu trabalhei na Secretaria de Ciência e Tecnologia do Estado [SCT]. Ali a discussão era com economistas, químicos, engenheiros, eram outras áreas e perfis. Minha discussão sempre foi mais técnica, me surpreendia com o campo tradicional/popular, eu não tinha essa experiência, apesar de sensibilizada. Mas a gente conseguiu coisas muito interessantes. Veja, a Secretaria de Ciência e Tecnologia não conhecia o SUS [*em referência às pautas populares relacionadas a plantas medicinais e fitoterapia motivadas pela criação do SUS*]. Foi através desse encontro com o Plantas Vivas que o SUS entrou em pauta ali na SCT.

Silvia Beatriz Costa Czermainski. Depoimento concedido em 19/04/2021

Como mostra o trecho acima, ao passo que o SUS passava a ser sinônimo de representatividade social nas pautas da saúde, a fitoterapia conseguia produzir porosidades mesmo em núcleos duros do fazer tecnocientífico, como é o próprio campo industrial farmacêutico. Como indica Isabelle Stengers (2018) ao falar da hesitação como acontecimento cosmopolítico, o movimento de ouvir a voz e levar a sério coletivos subjugados ou ameaçados é obriga-los a pensar

que suas decisões são “atos de guerra”. Guerra, aqui, cosmológica, ao certo, uma vez que as tecnociências são hábeis em fazer sumir mundos quando estes estão ausentes nas suas vivências e decisões cotidianas.



Fonte: Imagens cedidas por Jussara Cony. Acervo pessoal

Figura 27: Registros dos encontros comunitários promovidos pelo Projeto Plantas Vivas. Rio Grande do Sul, [1990]



Fonte: Imagem cedida por Jussara Cony. Acervo Pessoal

Figura 28: Encontro da Associação dos Produtores Ecológicos de Plantas Medicinais Aromáticas e Condimentares de Sobradinho/RS, [1990]



Fonte: Imagem cedida pela assessoria da bancada do PCdoB/RS. Acervo de imprensa

Figura 29: Encontro do Governador Olívio Dutra [ao centro] com a Deputada Jussara Cony (dir.) e produtores rurais participativos no Projeto Plantas Vivas. Assembléia Legislativa do Rio Grande do Sul, 1999

Pela capacidade de articulação, não tardou para que o Projeto Plantas Vivas se tornasse expressivo também no cenário nacional, passando a compor força na militância de trabalhadores interessados na institucionalização da fitoterapia na esfera federal.

Em 1999, dez anos após a reunião inaugural de Carpina, o coletivo organizado em torno da Associação Nacional de Fitoterapia em Serviços Públicos não só tinha se fortalecido em visibilidade perante o poder público, como também formado aliança com outras pautas e bandeiras de luta da redemocratização brasileira, como o acesso à terra e sua posse, a extensão rural por meio da agricultura familiar, o ensino público gratuito e o reconhecimento da tradicionalidade como forma de expressão identitária autorreferida e coletiva. Desta sinergia, o caráter antes sucinto de um *encontro* entre pares para discutir a institucionalização da fitoterapia no serviço público deu espaço para uma *jornada*, realizada por quatro dias com ampla participação do movimento popular e do poder público.



Fonte: Henriqueta Sacramento. Acervo pessoal

Figura 30: Encarte da 1ª Jornada Brasileira de Fitoterapia na Saúde em Serviços Públicos Vitória/ES, 1999



Fonte: Imagem cedida por Henriqueta Sacramento. Acervo pessoal

Figura 31: mesa de abertura da I Jornada Brasileira de Fitoterapia na Saúde em Serviços Público. Vitória/ES, 1999

A escolha pela realização do evento no Espírito Santo estava relacionada tanto com o pioneirismo do Estado na proposta endereçada naquela jornada (cujos encontros regionais de fitoterapia ocorriam desde 1991) como pela capacidade organizativa dos trabalhadores da rede pública da época e apoio da gestão, que juntos conseguiram mobilizar para o evento representantes da fitoterapia no Amapá, Ceará, Paraíba, Paraná, São Paulo e Rio Grande do Sul. Diferente do Encontro de Carpina, a Jornada de Vitória contou também com dotação e participação do Ministério da Saúde:

Só do Rio Grande do Sul vieram umas 40 pessoas. Foi um ônibus cheio! Quando o pessoal do Ministério da Saúde viu aquele monte de gente chegando...aquele movimento grande, cheio de gente do campo, trabalhador rural, pastoral, bandeira, faixa, toda aquela vida...eles não tinham mais como nos negar. Viram a força do que se tinha ali! Então decidimos fazer uma nova carta, a Carta de Vitória. Foi incrível a nossa conexão. Aquele documento era um desejo do pensamento de todos nós. Teve muita colaboração. Teve discórdia também, mas a gente conseguiu se organizar e fazer um documento robusto. Era um dossiê do que existia no Brasil.

Henriqueta Tereza do Sacramento. Depoimento concedido em 25/04/2021

Os materiais apresentados e as assinaturas coletivas na Jornada de Vitória foram formadores de debates e discussões no cenário nacional e se compilaram na Carta de Vitória, redigida ao final do evento e endereçada ao Ministério da Saúde como proposição de se criar uma comissão nacional para discutir a institucionalização da fitoterapia tomando por base a participação dos movimentos sociais relacionados com esta pauta. Quando conversávamos para recuperar as memórias sobre este período, Nilton Luz Netto Júnior destacou que as propostas e abaixo-assinados produzidos nos encontros de fitoterapia realizados por todo Brasil entre os anos 1980 e 1990 foram provocadores e propositores dos desdobramentos institucionais que, nos anos seguintes, abriram espaço para diálogo e discussão de uma política nacional de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos na esfera federal. Por este caminho, se anteriormente indiquei que a participação dos movimentos sociais no percurso da institucionalização da fitoterapia foi, antes de tudo, um movimento de “fazer

hesitar”, destaco que este argumento não é um retruque cosmológico incitando à paralisia, mas sim uma forma de criar antídoto a um progresso subserviente e ausente de subjetividades, uma forma de obrigar a pensar em modos de se fazer mundos que emerjam sem se sobrepor ou obliterar outros tantos mundos que possam existir ou se fazer⁴³.

As cartas de Carpina e Vitória, embora não sejam expressamente citadas, têm suas propostas refletidas no relatório final da 10^o Conferência Nacional de Saúde, em que se recomenda ao Ministério da Saúde “incentivar a fitoterapia e a homeopatia na assistência farmacêutica pública e elaborar normas para sua utilização, amplamente discutidas com os trabalhadores em saúde e os especialistas” (Brasil, 1996, p.85).

Tendo se fortalecido amplamente na década de 1980 e 1990 enquanto processo de trabalho produtor de diferenciações nos regimes de cuidado endereçados pelo Estado, neste mesmo relatório, produzido pela participação de trabalhadores, gestores e usuários do sistema público de saúde, a fitoterapia passa a ser referida enquanto modalidade terapêutica alinhada à *atenção integral da saúde*, que nos termos colocados é entendida como a “capacidade de desenvolver ações para o usuário *como um todo* – superando as tradicionais ações fragmentárias voltadas exclusivamente para órgãos e sistemas do seu corpo” (Brasil, 1996, p.71, grifo meu).

O que está em jogo nesta recomendação é a tentativa de institucionalização, uma vez que até este momento não havia reconhecimento desta prática enquanto modalidade terapêutica oficial no Brasil. Esta institucionalização, como se lê, era apresentada como proposta de superação de antinomias e fragmentações do fazer-saúde, recompondo uma certa unidade totalitária do sujeito a partir de abordagens terapêuticas holísticas. Por esta via,

⁴³ Paralelo aos movimentos sociais e de trabalhadores tematizados neste capítulo, vale notar que em 1994 o Brasil se tornou signatário da CDB. Já no ano seguinte, 1995, a primeira tentativa de regulamentação do conceito de tradição/tradicionalidade enquanto tentativa de equiparar os detentores de sociobiodiversidade e das biotecnologias foi endereçada pela então Senadora Marina Silva, do Partido dos Trabalhadores do Estado do Acre. Nurit Bensusan e André Lima (2003) acompanham o itinerário jurídico deste primeiro projeto de lei, que se tornam fundamentais para acompanhar como a “hesitação”, nos termos de Stengers, se torna fundamental para alimentar os debates sobre como criar meios institucionais de proteção e participação dos sujeitos e conhecimentos autorreferidos tradicionais sem cristalizá-los em concepções pré-definidas ou insensíveis às suas características particulares.

na assistência farmacêutica a fitoterapia passava a ser encarada como tentativa de superação da mera medicamentação das experiências humanas como, também, da simples naturalização dos modos farmacológicos de intervenção. Justamente a possibilidade de transgressão dessas estruturas binárias (corpo/sujeito, regional/universal, natureza/cultura) é que dava contexto e legitimidade à sugestão, uma maneira pela qual se tornava distinta das práticas de saúde já existentes, ao mesmo tempo que as evocavam para compor recombinações e novos regimes de cuidado.

3.6 “Produto Tradicional”: uma nova categoria terapêutica

Embora a fitoterapia fosse endossada pelo Conselho Nacional de Saúde, neste momento ainda se mantinha à margem das regulamentações necessárias para reconhecimento e oficialização perante o Estado. Como forma de consolidar as bases para o enquadramento sanitário desta proposta e seus termos, em 1998, após forte articulação dos movimentos sociais, o Ministério da Saúde criou a Subcomissão Nacional de Assessoramento em Fitoterápicos (CONAFIT). Entre suas atribuições, coube à subcomissão assessorar a então Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) na apreciação proposta.

A CONAFIT elaborou uma série de prerrogativas para reconhecer e legitimar a fitoterapia em um aspecto amplo de possibilidades terapêuticas, dando espaço e margem para que cada estado e município se fizesse autônomo na construção de organizações tecnológicas dedicadas à fitoterapia. Para isso, usou largamente das referências de Medicina Tradicional mobilizadas desde a OMS, culminando na sugestão do conceito de *plantas medicinais* como “aquelas que tem uma história de *uso tradicional* como agente terapêutico” (Brasil, 2001, p.12).

Paralela ao estabelecimento da CONAFIT, a estrutura administrativa, técnica e organizacional do Ministério da Saúde passava por mudanças. Especialmente a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), instituída no ano de 1999 em substituição da SNVS, à época emergia levando em seu marco fundador o conceito de “tradicionalidade” como elemento de identidade de terapêuticas sob sua jurisdição. Como mostra a Lei nº 9.782, de 26 de janeiro

de 1999, que cria a ANVISA e define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, passa a caber às ações deste órgão a regulamentação tanto de “medicamentos fitoterápicos” como também do “produto tradicional”:

4			
4.1	Registro, revalidação e renovação de registro de medicamentos		
4.1.1	Produto novo	80.000	Cinco anos
4.1.2	Produto similar	21.000	Cinco anos
4.1.3	Produto genérico	6.000	Cinco anos
4.1.4	Nova associação no País	21.000	---
4.1.5	Monodroga aprovada em associação	21.000	---
4.1.6	Nova via de administração do medicamento no País	21.000	---
4.1.7	Nova concentração no País	21.000	---
4.1.8	Nova forma farmacêutica no País	21.000	---
4.1.9	Medicamentos fitoterápicos		
4.1.9.1	Produto novo	6.000	Cinco anos
4.1.9.2	Produto similar	6.000	Cinco anos
4.1.9.3	Produto tradicional	6.000	Cinco anos
4.1.10	Medicamentos homeopáticos		
4.1.10.1	Produto novo	6.000	Cinco anos
4.1.10.2	Produto similar	6.000	Cinco anos
4.1.11	Novo acondicionamento no País	1.800	---

Fonte: Anexo II da Lei nº 9.782/99

Figura 32: em detalhe, a instituição do "produto tradicional" como categoria terapêutica oficial no Brasil

Ao criar um novo termo no regulamento sanitário a Lei nº 9.782/99 acabava por diferenciar os modos de identificação ao mesmo tempo que produzia uma semelhança nos regimes de legitimação terapêutica, resguardando à Anvisa a função de definir, vigiar e controlar os elementos qualitativos desta “tradição”, que se tornava um dos critérios possíveis para o registro das tecnologias de saúde no Brasil.

A Anvisa nasceu com muita participação popular. Mas essa é a função dela: regulamentar. Se é produto para a saúde, tem que ter regulamentação. A gente lutou muito para que essa ideia de *tradição* não entrasse desse jeito. A gente sabia que poderia dar muito equívoco. Afinal, quem pode definir o que é uma tradição? Isso pode ser muito segregador.

Identidade preservada⁴⁴. Depoimento concedido em 09/09/2020

⁴⁴ Entre as/os servidoras em exercício no âmbito federal com quem mantive contato durante a pesquisa, fui reiteradas vezes apresentado às suas dificuldades para conceder entrevistas ou depoimentos de modo nomeadamente referido. “vai ser entrevista? Pensei que seria uma conversa”. O aspecto mais dualista da formalidade/informalidade em pesquisas etnográficas, amplamente discutido na literatura antropológica (Sarti; Duarte, 2013; Schepers-Hughes, 2009; Ceres *et al.*, 2004), ressoa em dois sentidos que considero importante destacar. O primeiro, quanto às possibilidades, limites e alcances dos diálogos mediados por Termos de

Da luta por um sistema de saúde público e inclusivo, um paradoxo: legalidade e legitimidade nem sempre andam juntas. Ao regulamentar a oferta de um “produto tradicional” (curiosamente grafado no singular, tal como o conceito *Traditional Medicine* nos guias e relatórios da OMS) a Anvisa partiria de um entendimento fixo e determinado deste conceito, obliterando sujeitos, conhecimentos e direitos nas concepções fixadas em suas regulamentações.

Com este argumento não pretendo ancorar minha abordagem em nenhuma forma de determinismo técnico ou burocrático, anulando as possibilidades de reinvenção dos cuidados ou dos modos de produzi-los pela via das instituições. Afinal, inventar termos é também uma forma de se inventar mundos e a trajetória do sanitarismo brasileiro foi hábil em conversões oportunas. O que procuro indicar, atentando ao movimento de substancialização do conceito de “tradição” enquanto argumento de identidade e legitimidade no setor de regulamentação sanitária, são os meios para se reconhecer e valorizar as possibilidades evocadas por este termo sem torná-lo “produto”. Ao que me parece, é aí que o conceito deixaria de ser o da simples intervenção no mundo *dos outros* e passa a ser uma intrusão *pelo mundo dos outros*, dando às tecnociências outros futuros possíveis⁴⁵. Como uma espécie de alquimia necessária para reverter uma longa história de apropriações indevidas por parte do setor farmacêutico, o desafio que se coloca a este respeito, e algo que parece ser imprescindível no contexto sanitário brasileiro, é transmutar o caráter substantivo do conceito de “tradição” em participações e direitos substantivamente atrelados aos sujeitos referidos por este termo. Por esta via, a

Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Na passagem reportada acima, por exemplo, recebi o seguinte apontamento: “eu vou te explicar tudo, mas não é uma entrevista, ok?”. Em outro momento dessa mesma conversa, em que reiterei a condição do TCLE: “sendo servidor(a), até pra a Controladoria Geral da União eu tenho que pedir autorização”. A suposta informalidade construía, assim, uma abertura para que as/os servidores em exercício pudessem apresentar as controvérsias inerentes aos seus fazeres sem a coerção, ou mesmo a mediação daqueles que acompanham seus trabalhos. Uma vez suspensa a formalidade do TCLE, e é esse o segundo ponto que gostaria de grifar, maior me parecia a possibilidade de registrar o mundo pela perspectiva daquelas/daqueles que eu paulatinamente conhecia em campo. Pra balizar esse tipo de conflito, e na ausência de consentimento documentado, atendi às solicitações que me foram colocadas pelas/pelos próprios interlocutores da pesquisa: suas contribuições serão referidas sem referência direta aos seus nomes, cargos e atribuições.

⁴⁵ Neste sentido, aciono a ideia de intrusão mais próxima daquela que propõe Stengers (2018b), dando continuidade à proposição cosmopolítica apresentada anteriormente.

necessidade de “regulamentar”, “decidir” ou “definir” traria implícito a reinvenção dos limites e das restrições, forçando os sujeitos implicados nestas definições à tarefa da hesitação, de decidir “em presença” de mundos que se tornarão objeto de sua decisão.

3.7 Podem os frutos ultrapassar a promessa das flores?

Na partilha de suas memórias, as interlocutoras e os interlocutores que conheci em campo foram juntos tecendo uma malha de recordações que uma a uma puxava a outra e ajudava a tramar os fios deste capítulo. Muitas dessas recordações foram partilhadas comigo no intervalo exigido pela lembrança ao recuperá-las. Outras exigiram resistência do presente para buscar nos registros do passado as fotografias, os panfletos e os recortes de jornal que compuseram essa história. Algumas ainda ficaram reservadas ao capricho da memória. Aos modos como fazem as plantas, recordar e esquecer exige sempre um trabalho de jardineiro: selecionar, desbastar, cultivar. Como bem ilustra Marc Augé a esse respeito (2001), algumas inclusive precisam ser rapidamente eliminadas para ajudar outras a desabrochar e florescer.

Digo isso pois enquanto conversávamos sobre os itinerários da fitoterapia entre 1970 e 1990, meus interlocutores viam a necessidade de recompor suas histórias, presenças, bandeiras e lutas aos conceitos que se cristalizaram nas políticas que ajudaram a construir. Como se a estabilidade pretendida pelas políticas públicas não desse conta de abarcar a potência de vida das ideias e dos sujeitos que as fizeram, as memórias comigo compartilhadas nunca foram apresentadas como recordações do passado, mas sim elaborações do futuro.

No decorrer desta pesquisa diversas vezes fui apresentado à ideia de que no SUS nunca houve ponto final, nem tampouco a oficialização foi a linha de chegada para aquilo que pensavam: um sistema de saúde aberto, participativo, inclusivo, criativo. Nesse caminho, a presença, resistência e oposição dos movimentos sociais se modulam justamente na proibição do esquecimento daqueles que divergem. Um movimento de constante expansão das possibilidades de entendimento, mediado pela diferença. O fato de terem saído

da subalternidade para partilhar o campo institucional me foi apresentado como vitória, mas não como luta ganha.

Para fazer um novo mundo, você começa certamente com um mundo velho. Para encontrar o mundo, talvez você precise ter perdido um. Talvez você precise estar perdido. A dança da renovação, a dança que faz o mundo sempre foi dançada aqui, na beira das coisas, no limite, na costa enevoadas (Le Guin, 1997, tradução minha).

4 ENTRE REMÉDIOS E MEDICAMENTOS: FICÇÕES PERSUASIVAS NO CAMPO INSTITUCIONAL

4.1 Sociobiodiversidade e as implicações de uma certa brasilidade

Nos anos 2000 a saúde pública brasileira se fez marcada por uma profusão de seminários e conferências nacionais, condição que guiou o fluxo dos movimentos sociais e das instituições de Estado para uma maré cheia de políticas emergentes. Somente nesta década, e tratando apenas daquelas que se relacionam com a mobilização do conceito de “tradição” nas pautas farmacêuticas, foi publicada a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNPAF, 2004), Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS, 2006), Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF, 2006), Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPIC, 2006) e a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais (PNPCT, 2007).

Longe de qualquer coincidência ou acaso, essa crescente institucional aproava ao vento de um governo popular que chegava ao planalto federal em 2003 com os votos de fazer valer as demandas sociais nas tomadas de decisão do Estado. Porém, mesmo nos anos anteriores, um episódio bastante particular já dava o tom da mudança. Em novembro de 1999 a Câmara dos Deputados havia instaurado uma comissão parlamentar para investigar o regime de precificação e a possibilidade de fraude em acordos pactuados entre laboratórios farmacêuticos e o governo federal. Embora a denúncia se concentrasse sobre a comercialização de medicamentos sintético-alopáticos, a ampla cobertura midiática e mobilização do debate público fez com que o relatório final deste episódio sugerisse medidas mais amplas. À época, a taxa de crescimento do mercado internacional de fitoterápicos chamava atenção de industriais e parlamentares, que aproveitaram o ensejo da CPI para também promover os medicamentos elaborados a partir da sociobiodiversidade nacional, considerada patrimônio comum da população brasileira:

As possibilidades da investigação biotecnológica aliada ao *nosso rico patrimônio genético e fitoterápico*, evidenciadas nessa CPI pelos

depoimentos dos diretores dos CNPq e do IBAMA, ganham novas facilidades e perspectivas com a possibilidade de contar com centros bem aparelhados de pesquisa clínica nessa área. Muitos de *nossos fitoterápicos*, por exemplo, poderão ser submetidos a ensaios toxicológicos e farmacológicos que os coloquem em condições de serem produzidos e vendidos com maior poder de competitividade no nosso e em outros mercados. Esta CPI realizou investigação na Unidade de Farmacologia Clínica da Universidade Federal do Ceará, que tem uma equipe de pesquisadores altamente qualificados e conta com infraestrutura adequada para a realização da etapa clínica dos testes de bioequivalência. A unidade realiza estudos farmacocinéticos e ensaios clínicos para verificação da segurança, qualidade e eficácia dos medicamentos em seres humanos (Brasil, 2000a, p.176).

A CPI dos Medicamentos fortaleceu amplamente a necessidade de reconstruir a assistência farmacêutica no Brasil, condição que passava por repensar desde o regime patentário até os modos de controle e vigilância sanitária vigentes. Essa discussão, por sua vez, recobrava posicionamentos que haviam se tornado diminutos durante a guinada liberal das décadas anteriores a um preço já alto demais para ser desconsiderado.

Por parte do regime patentário, naquele momento o país se posicionava na ambiguidade de entender a produção de medicamentos elaborados a partir da sociobiodiversidade como domínio público ou propriedade privada, condição que se inseria em um imbróglio político-econômico de seguir as pactuações da Organização das Nações Unidas ou sucumbir às sanções da Organização Mundial do Comércio⁴⁶. Por parte do controle e vigilância sanitária, do mesmo

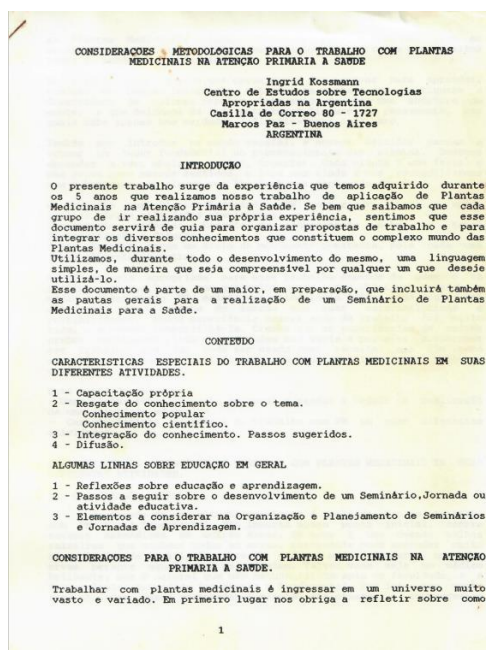
⁴⁶ Para uma contextualização pontual, vale indicar que a Convenção da Biodiversidade pactuava três principais objetivos: a conservação da diversidade biológica, o uso sustentável e a distribuição equitativa dos benefícios advindos do seu acesso e exploração. Esta pactuação, promovida pela ONU e ratificada por 168 países (no qual se incluía o Brasil), previa fundamentalmente a soberania de cada país-membro sobre o patrimônio existente em seu território. Os Estados-Unidos, não signatários e propulsores dos acordos e sanções da OMC, por sua vez, tensionavam a pactuação para as definições da TRIPS (*Trade Related Aspects of Intellectual Property Rights*), firmada em 1994 com a premissa de adequação das legislações nacionais às medidas de proteção da propriedade intelectual internacional. O posicionamento controverso do Brasil entre estas pactuações reverberava, à época, na tentativa de fortalecimento da Lei dos Genéricos, colocando a questão das patentes – e por consequência o acesso, entendimento e proteção da sociobiodiversidade nacional – em diferentes regimes de imaginação sobre posses e direitos. Para este debate, vide Bermudez (1992), Manuela Carneiro da Cunha (2009) e Gonzalo Vecina Neto (2021). Complementarmente, o próprio relatório da CPI dos Medicamentos traz elementos de interesse para esta discussão (Brasil, 2000a).

modo, havia a procura por se construir distante de uma concepção euro-americana de agência meramente administrativa e policiaria, condição que colocava o Brasil em alinhamento e diálogo com os demais países do Mercosul na tentativa de elaborar um arcabouço regulatório afeito às particularidades de seus territórios (Neto, 2021).



Fonte: Imagem cedida pela Deputada Jussara Cony. Acervo Pessoal

Figura 33: Debate sobre a institucionalização de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos na América Latina. Senado de La Nación Argentina [2000]



Fonte: Documento cedido por Maria José Martins de Souza. Acervo pessoal

Figura 34: artigo apresentado pela Coordenação Nacional de Fitoterapia nos Serviços Públicos de Saúde (à época sediado em Curitiba/PR) ao Senado de La Nación Argentina, [2000]

Ao passo que o relatório final da CPI endereçou propostas para reconstrução da assistência farmacêutica, também abriu caminho para apresentar os rumos desta reconstrução.

Como se sabe, no Brasil a saúde institucionalizada se desenvolveu cavando um abismo entre a oficialidade e a clandestinidade das práticas de cura. Essa condição ascendeu determinados ofícios, saberes, sujeitos e terapêuticas à condição de oficialidade ao mesmo passo que rebaixou outros tantos à marginalidade. Com o advento do SUS, no entanto, muitos desses modos proscritos de fazer-saúde passaram a ser fortemente reivindicados como forma de recompor uma certa identidade nacional plural.

Nesse sentido, a CPI dos Medicamentos foi ávida em apresentar o fitoterápico como uma terapêutica genuinamente brasileira, um legado para o desenvolvimento do país, em face do qual caberia ao Estado propor a proteção, ou, como acabou por acontecer, ao menos a mediação entre os interesses locais e internacionais. Além de se referir ao “nosso rico patrimônio genético e fitoterápico”, colocando a noção de riqueza no domínio do comum e do público, a CPI foi atenta em fazer referência às experiências da Universidade Federal do Ceará, que na farmacologia de plantas medicinais havia se tornado protagonista pela originalidade do trabalho com as Farmácias Vivas. Pelo fato de ter emergido do serviço de ensino e saúde públicos, no cenário nacional as Farmácias Vivas passavam a ser porta-estandartes de algo verdadeiramente nacional, uma farmácia “do povo para o povo” (MATOS, 2002).

Ao colocar a fitoterapia como uma terapêutica em que o “natural” passava a ser entendido como elemento de identidade terapêutica e o contexto “local” capaz de subjazer qualquer generalidade ou imprecisão dos efeitos universais, a proposta construída desde as décadas anteriores também espelhou no Estado a condição do “público” como instância naturalizada da vida social, como se esse fosse o terreno comum a todas as comunidades ou formas de sociabilidades, ou até mesmo um território plenamente seguro para abrigar as riquezas da terra⁴⁷.

⁴⁷ Para um antídoto contra qualquer essencialismo a este respeito, vide a discussão que Renato Sztutman (2013) faz sobre os modos como no alto Xingu diferentes cosmologias se entrelaçam com a metafísica institucional dando corpo e forma a políticas ameríndias contraefetivas às do Estado-nação.

Assim, muito distante de ser apenas reflexo de uma dada conjuntura, o episódio da CPI dos Medicamentos foi igualmente produtor dos contextos que abriram campo para o reconhecimento da fitoterapia enquanto modalidade terapêutica pública e nacional.

Não por menos, as medidas sugeridas durante a investigação ecoaram nas propostas endereçadas no ano seguinte pelo Conselho Nacional de Saúde em sua 11^o conferência, que levou o curioso nome “O Brasil falando como quer ser tratado”:

Os participantes da 11a CNS recomendam, com ênfase, a *implementação* de Programa de Fitoterapia na rede pública com *regularização* do uso de plantas medicinais, garantindo parcerias com universidades para pesquisas e controle de qualidade, e sob fiscalização da Vigilância Sanitária. Recomendam criar *legislação* que facilite a *produção* e *comercialização* de produtos fitoterápicos e plantas medicinais, e implementar programas de incentivo ao desenvolvimento de projetos de fitoterapia e outros tratamentos alternativos, assim como o fomento à *implantação* de laboratórios fitoterápicos inseridos dentro da Política de Assistência Farmacêutica do Estado. Consideram fundamental o incentivo às terapias naturais, em ações de Promoção da Saúde, *integrando saberes populares e científicos*, no sentido de desenvolver o acesso dos usuários dos serviços a essas práticas. (Brasil, 2000b, p.144, grifos meus).

Assegurar que a *integralidade seja colocada como questão central* e fio condutor para a construção do Modelo de Atenção e para a atuação dos profissionais que o compõem, com *respeito à diversidade, sem distinção* de etnias, sem restrição de minorias, gênero, opção sexual, portadores de todas as deficiências, patologias, faixas etárias, população indígena, rural, urbana e ribeirinha (Brasil, 2000b, p.111, grifo meu).

No relatório final da 11^o CNS não se trata de apenas sugerir a incorporação da fitoterapia no repertório de cuidados do SUS, como nas versões anteriores. O que entra em jogo neste momento é a definição do contexto que produzirá a oficialidade terapêutica necessária para o reconhecimento nacional. Como mostram os grifos acima, a cadeia implementação-regularização-

legislação-produção-comercialização-implantação tece uma rede de relações que vai desde a criação de políticas públicas, passando por sua exequibilidade, até a oferta e dispensação. Articulados em conjunto a partir de uma trama bem definida, esses elementos não só produziam a noção de oficialidade que era válida perante as instituições, mas, e mais importante, evitava que o fitoterápico fosse confundido com terapêuticas que transitavam por outras redes de relações, reiterando oposições mesmo em nome de alguma integração.

Falo do modo como a fitoterapia, entendida como modalidade terapêutica pública, passava a construir uma identidade de suposta coesão, em que o particularismo da noção de tradição/tradicionalidade, ou mesmo os efeitos terapêuticos mais contextuais de certas plantas ou regimes de cuidado assumiam um caráter supraindividual em nome do “nacional”. Aos modos como apresentou Madeleine Akrich (1995), para se tornar um objeto técnico, os medicamentos (e aqui incluo as plantas medicinais em contexto de institucionalização) exigem a participação de certos atores — humanos e não-humanos — na mesma medida que excluem a participação de outros, condição que acaba por conformar uma rede de relações que assegura sua própria definição. Sobre esta condição, ao Conselho Nacional de Saúde, sugerir que o fitoterápico fosse reconhecido de modo diferente daquele já praticado pelo regime sanitário vigente seria colocar embargo a possibilidade de nacionalização, visto que na saúde o Estado opera por enunciados generalizantes. Da mesma maneira, remover o fitoterápico deste contexto bem articulado e assumir sua sociabilização em relações matizadas fora das redes institucionais seria uma forma de questionar sua credibilidade institucional. Assim, para se tornar oficial, a composição das relações desta oficialidade passava a produzir um conteúdo político que nele mesmo obliterava as possibilidades de reinvenção – quer do “público”, do “nacional” ou mesmo do “tradicional”.

Digo isso porque, passados doze anos desde a conferência que fundamentou o SUS sob as bases da universalização da oferta, da equidade do acesso e da integralidade dos serviços e dos cuidados, esta última em especial produzia nos trabalhadores e movimentos sociais o desejo e reivindicação de um

sistema de saúde público afeito a uma brasilidade plural e sinérgica⁴⁸. Por genuína que fosse, a aposta exigia as pactuações deste empenho, condição que passava pela necessidade de se criar os meios para articular o binômio cientificidade-tradicionalidade não só como elemento identitário e ideológico, mas também institucional e jurídico.

Neste percurso, ao qual me dedicarei nas seções seguintes, fica certo que se quisermos acompanhar como a proposta de integralidade passou a ser operativa nos modos de reconhecer e legitimar a fitoterapia no SUS, precisamos pensa-la através da relação que o “popular” e o “tradicional” passou a estabelecer com o “público” e o “nacional” e esses, por sua vez, com as populações e os saberes autorreferidos por esses termos.

4.2 A questão (mal resolvida) da propriedade intelectual

Conforme o conceito de “tradição” passava a compor a autoimagem do setor farmacêutico pós crise, a proposta retomava um longo debate sobre os bens e direitos mobilizados a partir deste termo. Desde 1992, ao se tornar signatário da CDB⁴⁹, o Brasil havia pactuado a elaboração de regimes de paridade entre os produtores das biotecnologias e aqueles que geram e preservam a biodiversidade, notadamente as comunidades autorreferidas tradicionais. Afinal, se os usos indicados pela etnofarmacologia passavam a ser um regime válido de legitimação no campo farmacêutico, esta convenção esbarrava na participação e nos direitos assegurados aos sujeitos contidos no prefixo.

Essa era uma discussão em curso no Senado Federal, que procurava construir um projeto de lei e uma comissão de recursos genéticos em articulação

⁴⁸ Destaco como a proposta de confluência deliberadamente desconsidera as dissensões ontológicas deste empenho. Por esta via, às revisitações teóricas feitas ao conceito de integralidade tal como se faz operativo no SUS (Kalichman; Ayres, 2016), acrescento que uma controvérsia inerente a esta proposição reside em assumir o relativismo cultural como forma de consonância capaz de superar a fragmentação do sujeito, do corpo e dos cuidados praticados no campo da saúde institucional.

⁴⁹ Embora tenha se tornado signatário em 1992, durante a Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e o Desenvolvimento (Eco-92), no Rio de Janeiro, a promulgação da CDB no Brasil ocorreu somente seis anos mais tarde, com a publicação do Decreto nº 2.519 de 16 de março de 1998.

com os seguimentos sociais relacionados com a pauta⁵⁰. O aspecto mais amplo e comunitário desse debate, no entanto, foi abruptamente interrompido pela publicação de uma medida provisória expedida em agosto de 2001 (MP 2.186-16).

A publicação se deu no contexto da urgência: ao passo que os industriais começavam a mobilizar o conceito de tradicionalidade, esbarravam em um regime de paridade e proteção intelectual sobre a biodiversidade ainda sem regulamentação. Em seu texto base a medida provisória seguiu as pactuações sugeridas na CDB, sobretudo quanto às formas de acesso ao patrimônio genético e à proteção do conhecimento tradicional associado, bem como a repartição de benefícios e transferência de tecnologia para sua conservação e utilização. Por complemento, tomou como entendimento parte das definições pactuadas na convenção de Paris (1983), quando se criou a ideia de proteção da propriedade intelectual industrial em torno de produtos manufaturados e/ou processos de produção⁵¹. A partir desse entendimento, a MP 2.186-16 se fez direcionada às invenções elaboradas a partir da sociobiodiversidade, mas sem exclusividade, direito ou monopólio sobre o material biológico de origem. De um lado, uma “natureza” de bem comum, de outro, uma “invenção” de bem privado. O aspecto mais limitante desta condição, bem se vê, reside justamente na manutenção da oposição, que deliberadamente desconsidera essa mesma “natureza” como resultado de técnicas, tecnologias e inovações de certos povos para mantê-la em pé.

De todo modo, em um contexto antes sem regulamentação, a MP 2.186-16 contribuiu como um primeiro esforço institucional para avançar na paridade entre aqueles que tomam parte na inovação pela biodiversidade. Antes da pactuação, a ideia de que os recursos genéticos e conhecimentos associados seriam patrimônio comuns da humanidade não só obliterou a produção de direitos, mas fundamentalmente assentou certos povos e saberes na serventia e objetificação, condição que no Brasil gerou um movimento de profunda desconfiança por parte das populações tradicionais em relação ao que é e o que faz a pesquisa nacional a partir do conhecimento que acessa. Como exemplo

⁵⁰ Proposta endereçada através do Partido dos Trabalhadores pela então Senadora Marina Silva.

⁵¹ Para uma recuperação historicizada desta definição, vide Bermudez, (1992).

disso vale destacar a Carta de São Luís do Maranhão, assinada em dezembro de 2001 por um coletivo expressivo de lideranças indígenas na ocasião de um debate promovido pelo Instituto Nacional de Propriedade Intelectual (INPI) sobre “a sabedoria e a ciência do índio”. Segundo a manifestação, que defende dezesseis medidas de proteção e salvaguarda do conhecimento tradicional, além de reivindicar “o direito à participação plena nos espaços de decisões nacionais e internacionais sobre biodiversidade e conhecimentos tradicionais”, expressa oposição “a toda forma de patenteamento que provenha da utilização dos conhecimentos tradicionais” além da “criação de mecanismos de punição” para coibir o acesso indevido à biodiversidade nacional⁵².

Entre outras mudanças, é a partir da MP 2.186-16 que o acesso aos bens materiais e imateriais associados à biodiversidade passaram a ter o Estado como principal mediador, sendo necessário às prospecções estrangeiras estabelecer vínculo direto com as instituições de pesquisa do Brasil e, por meio dessas, pleitear a autorização de pesquisa, à época sob jurisdição do Conselho de Gestão do Patrimônio Genético (CGEN), criado pela mesma medida provisória. Mesmo à pesquisa nacional, o acesso ao conhecimento tradicional associado ao patrimônio genético deixou de ser direto, sendo realizado tão somente após autorização (ou não) desse conselho deliberativo.

De modo contraefetivo ao seu próprio fim, no entanto, as polarizações que fundamentam esta medida provisória – da qual são exemplo as oposições público-privado, tecnologia-sociedade, natureza-cultura – ressaltaram a condição de assimetria dos conhecimentos populares/tradicionais e tecnocientíficos, sugerindo que os primeiros operariam por alguma descoberta/imitação/reprodução e os segundos por alguma inovação, esses sim passíveis de serem resguardados. Longe de uma particularidade do contexto brasileiro, esta condição se deu de modo semelhante em outros territórios em que a CDB operou como forma de instaurar uma medida de equidade entre os grandes produtores industriais e os grandes geradores dos motores de suas inovações.

⁵² A Carta de São Luís (2001) pode ser acessada *online* em: <https://acervo.socioambiental.org/index.php/acervo/documentos/carta-de-sao-luis-do-maranhao>. Acesso em 05/03/2022.

Marilyn Strathern (1999), por exemplo, tematiza os efeitos controversos das medidas de proteção intelectual na Papua-Nova Guiné, indicando como a ideia de “tradição” passou a ser objeto de imaginação dos sujeitos delegados a elaborar medidas protetivas a seu acesso e prospecção. A autora atenta como “proteger saberes” e reivindicar a “retribuição dos benefícios” se tornaram modos de retirar conhecimentos de suas sociabilidades habituais para lhes outorgar um outro tipo de valor, que não é mais aquele que recebiam e nem é necessariamente o mais valorado ou legítimo perante o grupo ao qual o retorno se destina.

Guillaume Boccara (2011, 2010) também é provocado pelo embaraçoso projeto de tornar contextos locais em peças jurídicas nacionais. O autor analisa como o Programa de Desenvolvimento Integral de Comunidade Indígenas instaurado no Chile pós ditadura fez emergir um processo de reinvenção da ideia de “nação” pela conversão de determinadas identidades em patrimônio nacional e recurso econômico, transformando a ideia mais genérica de “cultura” e “tradição” em objetos afeitos a um neoliberalismo multicultural.

Em ambos os casos, tal como se deu no Brasil com a MP2.186-16, as medidas de proteção do conhecimento tradicional associado ao patrimônio genético colaboraram para produzir novas identidades terapêuticas, novas estratégias de patrimonialização da biodiversidade e novas artes de governo. Do modo como entendo neste momento, parte fundamental deste empenho reside em colocar a ideia de diversidade, etnicidade e pluralidade ao gosto dos projetos de desenvolvimento pela lógica de uma cidadania participativa, como se “participar” – seja nas tomadas de decisão, na produção de direitos ou na repartição de benefícios – pudesse dar conta de fazer o Estado se reinventar. Não que o empenho seja de todo em vão. No que pesam as diferentes formas de se fazer existir uma coletividade ou um Estado, a “participação social”, conceito caro ao SUS, tem a possibilidade de ampliar os debates e reconfigurar os processos estatais ao trazer para a mesa de decisão experiências da vida cotidiana que configuram a luta dos movimentos sociais. No entanto, sob o léxico da “participação” pela via da burocracia estatal, ou mesmo do já custoso conceito de “social”, a imaginação de um futuro forjado sobre outros pactos tem pouco espaço para se expressar. Resultado desta imaginação limitada, pode-se dizer

que a MP2.186-16 é um excelente exemplo, visto que seu referencial criou um embargo legislativo que tanto impediu a devida proteção e valoração da sociobiodiversidade nacional como obliterou o desenvolvimento do setor industrial nacional pelos anos que se fez vigente⁵³.

4.3 Negociando identidades terapêuticas

Ao passo que a discussão sobre propriedade intelectual transitava no Ministério de Ciência e Tecnologia, o Ministério da Saúde avançava com a proposta da reconstrução da assistência farmacêutica e da vigilância sanitária também afeitas aos efeitos que a “tradição” produzia no campo institucional.

Ainda no ano 2000, como um primeiro aceno institucional de acolhimento das pautas geradas nas décadas anteriores, a Secretaria Executiva do Ministério da Saúde reuniu em Brasília representantes dos trabalhadores organizados desde os encontros de Carpina e Vitória. Neste mesmo ano, a Associação Nacional de Fitoterapia em Serviços Públicos, gestada no decurso destes dois eventos, realizava o seu segundo encontro nacional⁵⁴, assentando presença e participação nos debates sobre a institucionalização da fitoterapia no SUS. Frente a este protagonismo, parte da associação foi convidada a integrar a constituição de um novo coletivo, instituído no Ministério da Saúde com o nome de Grupo de Estudo de Fitoterápicos.

Neste grupo, junto dos trabalhadores da rede pública de saúde, também se somaram acadêmicos, representantes de entidades de classe profissional, do setor comercial e industrial farmacêutico, como a Associação Médica Brasileira de Fitomedicina (SOBRAFITO), o Instituto Brasileiro de Plantas Mediciniais (atual

⁵³ Mais recentemente, em 2015, a Lei da Biodiversidade (Lei nº 13.123, de 20 de maio de 2015) e o Decreto nº 8.772, de 11 de maio de 2016 trouxeram novos marcos jurídicos para o acesso e regulamentação dos patrimônios genéticos e conhecimentos tradicionais associados à biodiversidade. Visto que neste capítulo tematizo o contexto de criação da PNPMF, que é de 2006, mantenho atenção sobre a medida provisória então vigente.

⁵⁴ Evento conduzido na Universidade Federal de Pernambuco, em conjunto com o XVI Simpósio de Plantas Mediciniais do Brasil. Em uma leitura pontual e referenciada dos anais deste simpósio é possível perceber como o processo de institucionalização da fitoterapia no SUS também foi mediador de novos temas e debates em uma pauta acadêmica antes fortemente essencializada na farmacologia e fitoquímica.

Associação Brasileira de Fitoterapia) e a Rede Latino-americana Interdisciplinar de Plantas Medicinais (RELIPLAN).

Quem encapou a ideia e permitiu que a gente pudesse avançar foi a Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica. Nós não tínhamos ainda um Departamento de Assistência Farmacêutica no Ministério da Saúde, o que tínhamos era essa gerência, que ficava na então Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde. O grupo de Estudo de Fitoterápicos era composto por 11 profissionais de representatividade nacional. Esse grupo trabalhou na construção da primeira proposta de política nacional. O texto foi levado para uma discussão muito maior, em dezembro de 2001, em um fórum que reuniu cerca de 400 profissionais aqui em Brasília. A partir desse fórum foi eleito um grupo de sistematização para redigir a proposta a ser apresentada no Conselho Nacional de Saúde.

Nilton Luz Netto Júnior (Coordenador do Núcleo de Farmácia Viva da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal).
Depoimento concedido em 21/10/2021

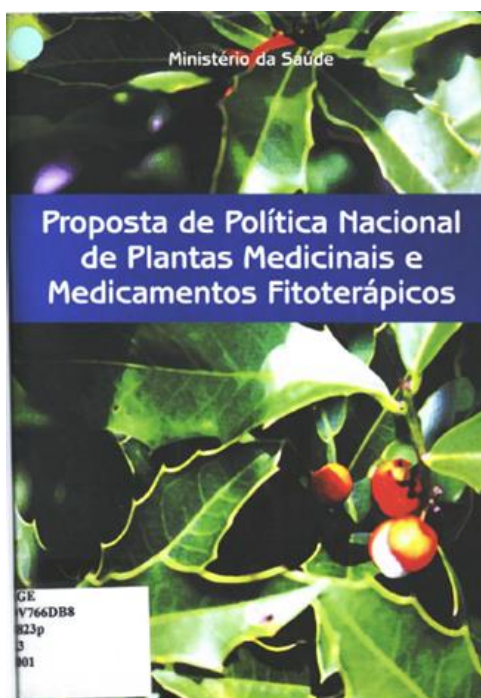
A passagem de parte da Associação Nacional de Fitoterapia em Serviços Públicos para compor um coletivo estatizado marca um momento importante do processo de construção e legitimação da fitoterapia como modalidade terapêutica oficial no SUS. Se antes a posição desse grupo era a de prolongar o debate, ou mesmo de “fazer gaguejar as certezas” do Estado, como apresentei no capítulo anterior, a partir de Isabelle Stengers, na virada do milênio repousou sobre seus ombros o dever do acordo, guinando o estatuto de suas participações à condição de produtores das convenções pactuadas. Nessa conversão, o imperativo de "fazer existir" fundamentalmente alterava o sentido de suas participações.

Na primeira reunião eles [em referência aos agentes do Estado articulados a partir do Ministério da Saúde] convidaram algumas pessoas. Eram professores, pesquisadores, e nós também fomos chamados [em referência a Associação Nacional de Fitoterapia em Serviços Públicos]. A gente tinha um monte de atribuição. Não era remunerado, mas tinha muito trabalho! Tínhamos até um prazo

determinado de trabalho, que ao final virou a primeira proposta de política nacional para plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos.

Henriqueta Tereza do Sacramento. Depoimento concedido em 25/04/2021

Reporto ao comentário acima atento à construção de uma agenda comum que passava a se formar em Brasília, fruto do encontro dos trabalhadores, movimentos sociais militantes pela institucionalização da fitoterapia no SUS, agentes de Estado e o empresariado farmacêutico, que naquele momento ainda esbarrava em dificuldades para acessar as benesses do mercado. Ao recuperar essa confluência com as interlocutoras e os interlocutores com quem mantive contato no decorrer da pesquisa, antes de ser apresentado às diferenças que os diferenciavam, fui colocado a ver um ambiente propício e favorável a pactuações necessárias para uma política nacional em gestação. “Nessa época trocamos e aprendemos muito uns com os outros”. Essa coesão se vê expressa mesmo no título que batiza o grupo, que faz referência ao trabalho e empenho coletivo como *estudo*, no singular, confluindo suas diferenças em nome das pactuações que entravam em cena.



Fonte: *Proposta de Política Nacional de Plantas Mediciniais e Medicamentos Fitoterápicos*

Figura 35: detalhe do relatório final expedido em 2001 pelo Ministério da Saúde como parte das propostas endereçadas pelo Grupo de Estudo de Fitoterápicos

Por parte dos trabalhadores do SUS, a participação no Grupo de Estudo e no Fórum de Fitoterápicos fez conhecer com maior profundidade os trâmites institucionais e o modo como as negociações corriam por Brasília:

Todo mês a gente ia pra lá e ficava dois ou três dias. Nesse período nós adoecemos muito. Brasília é muito nociva. Mas a gente suportava pois acreditava naquilo. Pra mim o dia mais emocionante foi quando saí da sala em que estávamos trabalhando, passei por uma janela, olhei pra fora e vi a bandeira do Brasil. Aquilo me emocionou. Comecei a chorar. Era um sonho pra gente que a fitoterapia chegasse para as pessoas.

Fátima Chechetto (Participante do fórum nacional de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos, em 2001 e, do Grupo de Fitoterapia para Construção da PNPMF, entre 2003 e 2004). Depoimento concedido em 04/05/2021

Por parte dos agentes de Estado mobilizados pelo tema da fitoterapia, esta era uma forma também de fortalecer uma discussão que, dentro do Ministério da Saúde e da Anvisa, era diminuta e fortemente orientada à monocultura sintético-alopática:

A verdade é que ninguém queria trabalhar com fitoterapia [na Anvisa]. Dá muito trabalho! [Medicamento] sintético todo mundo sabe como é, é mais fácil. Fito não, a gente tem que ficar criando. Então os movimentos sociais davam muita força pra gente na Anvisa.

Identidade preservada. Depoimento concedido em 09/09/2020

Já para o setor industrial e comercial farmacêutico se abria ali um grande espaço para rever as exigências da Portaria nº 6/1995, cujos critérios de autenticidade se direcionavam a tecnologias em dissonância com a indústria nacional. Ademais, ao setor também motivava o debate em torno da criação de uma legislação direcionada ao tema das patentes, movimentado na arena pública desde a Convenção da Biodiversidade e da CPI dos medicamentos, mas ainda sem uma legislação de suporte institucional⁵⁵.

⁵⁵ Como forma de ilustrar esse cenário, ao analisar os depósitos de pedidos de patentes de fitoterápicos publicados no INPI, de França e Vasconcellos (2019) indicam que dos 876 pedidos de patente realizados entre 1995 e 2017, apenas 12 foram deferidos, relação que explicita tanto o entrave como o interesse de ambos atores pela temática O debate em torno das patentes é

A partir de uma demanda ministerial daquele momento, um primeiro esforço coletivo do Grupo de Estudo de Fitoterápicos foi acionar, contextualizar e justificar a inclusão dos termos “popular” e “tradicional” em um campo até então limitado ao “técnico” e pelo “científico”. Longe de qualquer mudança que colocasse em risco a pretensão de autenticidade desses últimos pelos primeiros, um aporte de sustentação para o grupo foi recorrer a um denominador comum entre essas frações.

Desde a década de 1990 a Organização Mundial da Saúde defendia o conceito de tradição como um conjunto de características que poderiam ser perdidas se não preservadas (daí o foco no debate sobre plantas “nativas”, conhecimentos “tradicionais” e patrimonialização) ou mesmo tomadas de empréstimo para legitimar a inclusão de novas terapêuticas no arsenal terapêutico oficial de seus Estados-membros (como se vê na proposta de instituir oficialidade ao que nomeou como *Traditional Medicine*). Para tanto, apostava que para uso seguro da “cultura” no campo dos cuidados, bastaria lhe atribuir uma conceituação bastante determinada e determinante, passível de ser controlada aos modos como se entendia a própria “natureza”: compreensível em sua matéria e forma.

Nos guias e relatórios da OMS, assim como se deu nas farmacopeias, formulários e mementos fitoterápicos no Brasil, uma planta de uso medicinal e seus preparados fitoterápicos foram definidos pelo estabelecimento de alguns critérios, como a reprodutibilidade de características externas observáveis, mensuração de parâmetros convencionados, ausência de toxicidade e efeitos adversos graves. Tão por isso, se deu preferência ao uso de plantas já conhecidas e registradas pela literatura tecnocientífica, que de modo muito contraenfático a qualquer uso mais contextual, inscreveu a fitoterapia em torno de plantas cosmopolitas. Do mesmo modo, como se a conceituação de uma determinada tradição ou tradicionalidade pudesse ser definida por seus aspectos mais externos e diacríticos, a OMS passou a considerar o estabelecimento de

referido em muitos dos documentos oficiais que registram as pactuações, discussões e deliberações em que os movimentos militantes pela institucionalização da fitoterapia participaram (cuja discussão pode ser acompanhada em Brasil, 2001). No entanto, do meu contato e interação com as interlocutoras e os interlocutores desta pesquisa, me chamou a atenção como o tema foi pouco recuperado, mesmo entre aqueles que efetivamente participaram ou construíram as referências documentadas a este respeito.

um conjunto de regras para sua qualificação, como o tempo de uso documentado, o tipo de indicações a que se destinam e a correspondência das formas de utilização com aquelas já conhecidas e moralmente aceitas pela medicina em exercício. Para a OMS, com a ajuda dessas características, seria mais fácil de estabelecer juízos sobre o que é ou não uma “tradição”, permitindo tanto o controle e vigilância por parte das agências sanitárias nacionais como uma harmonização internacional, o que muito favoreceria a circulação de produtos, mercadorias e ideias entre seus Estados-membros.

A partir dessa referência, o conceito de tradição/tradicionalidade assumido pelo Ministério da Saúde passou a ser estabelecido não como um referente autodefinido e contextual, mas sim como um atributo qualificado previamente, cosmopolita e universal.

No Brasil, ao passo que o conceito de tradição/tradicionalidade produzia uma identidade bastante localizada, negociando com a sociobiodiversidade nacional e com uma certa brasilidade expressa na matéria e forma terapêutica, o aspecto mais generalizante da proposta colocava essa identidade inscrita em torno da OMS e da saúde global. Essa passagem, em que informação e conteúdo criam uma cadeia que simultaneamente transporta e modifica o contexto do termo, também pode ser vista na primeira proposta de Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, em que “tradição” e “tradicionalidade” se tornam justificativas técnicas para inclusão da fitoterapia no repertório de cuidados do SUS:

[...] Embora a medicina moderna esteja bem desenvolvida na maior parte do mundo, grande setor da população dos países em desenvolvimento depende dos profissionais tradicionais, das plantas medicinais e dos medicamentos fitoterápicos para a sua atenção primária. Além do mais, durante as últimas décadas, o interesse do público nas terapias naturais tem aumentado enormemente nos países industrializados, e acha-se em expansão o uso de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos (Brasil, 2001, p.11);

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde - OMS 80% da população dos países em desenvolvimento utiliza-se de práticas

tradicionais na atenção primária, e desse total, 85% usa plantas medicinais ou preparações destas (id. Ibid.);

Ainda segundo a OMS as práticas da medicina tradicional expandiram globalmente na última década e ganharam popularidade. Sendo incentivadas não somente pelos profissionais que atuam na rede básica de saúde dos países em desenvolvimento, mas também naqueles onde a medicina convencional é predominante no sistema de saúde local. Em tal sentido, tem elaborado uma série de Resoluções com objetivo de considerar o valor potencial da medicina tradicional em seu conjunto para a expansão dos serviços de saúde regionais (id. *ibid.*).

No decurso dos anos 2000, a negociação local/global entre fármacos e medicamentos não foi exclusiva do contexto brasileiro, nem restrita aos fitoterápicos. Stefan Ecks (2005) atenta a este respeito, ao discutir sobre o comércio de antidepressivos na Índia. Segundo o autor, conforme uma certa identidade terapêutica é produzida por tomadores de decisão do setor farmacêutico, essa mesma identidade se torna produtora de reconhecimentos durante as performances de uso e consumo. Na observação de Ecks, a promessa comercial de afastar a depressão da classe média indiana se elaborou também como uma proposta estatal de desmarginalizar sujeitos em contexto depressivo, fazendo emergir uma forma bastante particular de cidadania farmacêutica. Para tanto, os elementos constitutivos da felicidade prometida a partir da medicamentação, desenhados nos escritórios de marketing farmacêutico de modo bastante distante dos modos de ser e viver dos contextos de vulnerabilidades e depressões indianas, parecem ter produzido uma felicidade tão sintética quanto o conteúdo dos comprimidos antidepressivos.

Ainda sobre a produção de identidade terapêutica e aquilo que elas produzem, em uma etnografia que acompanha atendimentos públicos e privados direcionados à saúde reprodutiva em Salvador, Emília Sanabria (2010) chama a atenção à maneira como os hormônios sexuais comercializados performam diferentes sujeitos a partir daquilo que expõem desde suas embalagens até as abordagens médicas e consumos que se direcionam, por vezes mais próximos da autonomia pessoal, da escolha individual e do autoaprimoramento, por vezes

da responsabilidade coletiva com um corpo e com uma concepção tutelada pelo Estado.

Ao encontro de ambos autores, noto que uma característica particular ao contexto da fitoterapia pública brasileira foi produzir uma identidade terapêutica inscrita sob a proposta da integração dos plurais pela via do Estado, mas sem englobar o que deles poderia haver de inventivo ou disruptivo para a metafísica institucional. Ou ainda, sem atribuir às instituições a tarefa de se refazer pela diferença ontológica instigada nesta proposição.

Adiante voltarei a este ponto. No entanto, gostaria de aproveitar a passagem dos coletivos autogestionados à composição de comissões nacionais em Brasília para indicar como o processo de trabalho na saúde institucionalizada, na exigência de estabelecer horizontes comuns entre diferentes práticas e serviços, como discute José Ricardo Ayres (2001, 2004, 2009), justamente pelo modo como objetos, sujeitos e saberes se elaboram como elementos de trabalho no fazer-saúde, como indica Mendes-Gonçalves (1992), mantém uma relação intrincada entre convenção e invenção que oblitera parte significativa de sua possibilidade de se reconstruir.

Faço este apontamento de modo atento e interessado à maneira como o tema da reconstrução dos cuidados me foi apresentado durante o trabalho de campo. Para as interlocutoras e os interlocutores com quem mantive contato, a institucionalização da fitoterapia refletia a possibilidade de reconstruir os cuidados, os profissionais e também os pacientes do SUS. Tematizando a metafísica institucional como o terreno em que este debate incide, a mim essa questão se voltou sobre como pensar em diferentes regimes de criatividade sem a pretensão da comensurabilidade e do comum, ou seja, sem recapear ontologias em epistemologias, mundos em práticas, existências em interpretações, dando cabo de compor uma coexistência de ser sem redução.

Sob a vicissitude desta proposta entendo que o grande empenho surgido do encontro entre movimentos sociais, trabalhadores da rede pública, agentes estatais e representantes empresariais não foi propriamente “integrar” saberes ou práticas, mas *inventar* uma tradição passível de integração: bem diagramada, estável, tão local quando global, mensurável e controlável à revelia de contestações quanto à sua possibilidade, existência ou objetividade.

Grifo a ideia de invenção não para sugerir alguma artificialidade desse empenho. Ao contrário, entendo a invenção como um processo que está em toda parte e a todo momento, mas que escapa à devida atenção quando se procura esquivar de uma participação cocriativa no mundo.

Penso neste termo à maneira como Roy Wagner (2010) sugeriu: toda invenção tem sua realidade definida por um certo conjunto de convenções e, por sua vez, toda convenção em determinado momento foi também inventada. À vista disso, faço referência ao modo como o estabelecimento de uma linguagem comum, a escolha de termos, a pactuação de entendimentos e a definição de um campo relacional bem delimitado para sua atuação acabou por fazer existir uma tradicionalidade operativa como qualitativo farmacêutico.

Sem me aventurar a um mergulho no denso projeto wagneriano, faço referência à sua proposição teórica tão somente como forma de dar maior coesão ao argumento que pretendo seguir. Diferente de seus compatriotas norte-americanos, que na década de 1970 procuravam definir a antropologia em torno da interpretação e da significação, ao apostar na invenção como linha de fuga, Roy Wagner acabou por produzir um antídoto potente e que muito vale na discussão que aqui proponho: o fato de as tradições serem inventadas – e para ele todas o são – não faz delas menos verdadeiras⁵⁶.

Deste modo, o argumento recai não sobre a invenção, mas àquilo que elas inventam, ou seja, nos processos, nas questões e nos compromissos implicados no ajuste das gramáticas culturais. É a eles que dedico atenção.

Antes de avançar, no entanto, ainda com Roy Wagner vale notar como se torna abjeto pensar em uma integração científicidade-tradicionalidade aos modos como tomou parte nas propostas endereçadas pela fitoterapia pública brasileira. Através da incessante dialética convenção/invenção, conferir ou receber associações de um contexto para o outro não seria possível sem reinventar seus domínios e existências, ou seja, sem reconvenicionar um novo

⁵⁶ Roy Wagner não poupa críticas à sua própria tradição, a antropologia norte-americana do fim do século XX. Incide sobre este aspecto justamente o flanco teórico do autor: pensar a antropologia de seu tempo como um empreendimento que fez do convencionalismo a marca da cultura. Paralelamente a esta condição, o autor ainda aposta em uma assimetria radical dos modos como modernos e não-modernos elaboram a dialética invenção/convenção. Retomo a questão adiante.

estatuto e uma nova forma de existência para os atores que tomam parte nesta composição. Nos termos do próprio autor: “[...] toda vez que fazemos com que outros se tornem parte de uma “realidade” que inventamos sozinhos, negando-lhes sua criatividade ao usurpar seu direito de criar, *usamos* essas pessoas e seu modo de vida e as tornamos subservientes a nós” (ibid:46, grifo do autor).

Se o argumento é claro, me limito a ilustrá-lo com dois exemplos.

4.4 De “produtos” a “medicamentos”: um novo estatuto para o fitoterápico nacional

Conforme apresentado no capítulo anterior, a Lei nº 9.782/99 já havia atribuído à Anvisa a função de definir, controlar e vigiar aquilo que foi nomeado pelo Congresso Nacional como “produto tradicional”. Da generalidade de um conceito vago e difuso, no entanto, se tornava necessário definir o lugar desta “tradição” na produção dos regimes de autenticidade convencionados pela agência, empenho que ocupou o Grupo de Estudo de Fitoterápicos e o setor regulador durante seu primeiro ano de trabalho com a elaboração de um termo mais preciso (e não menos controverso):

Medicamento Fitoterápico Tradicional: aquele elaborado a partir de planta medicinal de uso alicerçado na tradição popular, sem evidências, conhecidas ou informadas, de risco à saúde do usuário, cuja eficácia é validada através de levantamentos etnofarmacológicos e de utilização, documentações tecnocientíficas ou publicações indexadas” (Brasil, 2000c).

A proeminência da pauta indica como a fitoterapia mobilizava uma agenda de interesses nos quais o conceito de “tradição” se colocava como novo regime de legitimação possível no setor regulatório. Segundo me foi apresentado em campo, a principal “vantagem” desta terminologia foi trazer celeridade para o setor produtor industrial, que sem a obrigatoriedade da execução da etapa clínica passava a ter maior facilidade para obtenção do registro sanitário. De fato, uma das frentes mais ativas da mobilização do conceito de tradição/tradicionalidade na saúde pública brasileira foi aquela que se empenhou em transformar o

conhecimento tradicional em uma base de recursos nacionais para o desenvolvimento farmacêutico não para estrangeiros, mas sim em nome do “Estado”. Fenômeno semelhante também ocorreu no México, como aponta Gabriela Soto Laveaga (2005) sobre a reorganização da vida rural e extrativista a partir da exploração farmacêutica do inhame *barbasco*.

No Brasil, tendo o Congresso Nacional anteriormente definido o “medicamento fitoterápico” como produto farmacêutico legitimado por ensaios clínicos, o “medicamento fitoterápico tradicional” passava a criar referência à mesma qualidade de objeto tecnocientífico, porém, a despeito da mesma exigência de autenticidade⁵⁷. Por esta via, o termo exemplifica como a aporia da integração científicidade-tradicionalidade se tornava não só uma forma de produzir identidade, mas também de reconhecer e validar o fitoterápico perante os órgãos de controle e vigilância sanitária.

Com a publicação da RDC nº 17, de 24 de fevereiro de 2000, o conceito de “tradição”, antes abstrato para o setor de registro de medicamentos, passou a ser um qualitativo determinável pela inspeção de certos critérios, como a comprovação de uso seguro por um período igual ou superior a 10 anos, a ausência de risco tóxico em humanos ou mesmo de grupos ou substâncias químicas tóxicas, além de ser empregado de modo esporádico ou em tratamentos curtos, havendo clara correspondência entre as formas de uso e as indicações terapêuticas a que se destinam⁵⁸. Nessa perspectiva, o termo

⁵⁷ Entre as duas categorias inscritas em torno do medicamento fitoterápico (quer “tradicional” ou não), embora haja uma certa continuidade entre ambas (afinal são igualmente *medicamentos* e *fitoterápicos*), há uma hierarquização que opera pela primazia dos ensaios clínicos quando tomado como regime explicativo. Essa relação pode ser vista nas indicações terapêuticas de menor valor clínico atribuídas ao que se nomeia como *medicamento fitoterápico tradicional* e também na temporalidade perecível da referência à tradicionalidade. Nesse argumento, talvez esteja próximo de assumir a noção de pureza, aos modos como Louis Dumont (1992) tratou do “englobamento das diferenças” na produção de hierarquias. Sem a pretensão de comensurabilidades ou paralelismos, me restrinjo tão somente à inspiração da leitura para construir referências futuras.

⁵⁸ Ainda em diálogo com Roy Wagner, são esses os elementos constitutivos daquilo que o autor nomeia como *controle*. Na metafísica institucional da qual participa a Anvisa, a “natureza” seria uma entidade inata, e não uma invenção. Roy Wagner, no entanto, aposta na inseparabilidade do sujeito com o mundo que interage, condição que o coloca em recusa da separação natureza-cultura como uma instância dada *a priori*. Seguindo seu argumento, para sustentar a existência de uma “natureza” inata e convencional (logo, não inventada), a modernidade se fiaria a um rigoroso *controle* do seu polo oposto, a “cultura” (que nos termos do autor é grifada como “contra invenção” da convenção), eliminando tudo o que esta poderia ter de criativo e indeterminado. Reporto a um trecho do próprio: “o elemento objetificado que serve como “controle” para sua

passava a operar fundamentalmente como marco temporal e referente cultural, elementos que juntos tomavam parte como qualitativo farmacêutico perante a Anvisa. Uma tradicionalidade feita não de gente, mas de papel.

Ao se tornar um critério de autenticidade, essa mesma referência conceitual exigia os critérios da conceituação, compondo um enredo tautológico em que a descrição e a explicação do que é uma “tradição” não bastam em si mesmos, mas circulam em um movimento heurístico autodeterminado e incontestado. Falo do movimento circular e autorreferido em que a tradicionalidade se comprova por critérios temporais e culturais determinados e, por sua vez, esses mesmos critérios indicam e tornam irrefutáveis a autenticidade da tradicionalidade referida, condição que coloca sobre a pretensão de autenticidade uma forma bastante específica de segregação conduzida através de objetos técnicos.

É nesse sentido que pontuo o conceito de tradição/tradicionalidade distante de qualquer renovação ou reconstrução do caráter elusivo de autenticidade terapêutica mobilizada pela saúde institucionalizada⁵⁹. Para tanto, retorno ao argumento de Roy Wagner.

Se antes referi que para o autor a relação entre invenção e convenção seria o cerne de todas as culturas humanas, sua operatividade, no entanto, não se daria sempre da mesma maneira, condição que ilustra com o contraste entre sua própria tradição, o culturalismo norte-americano, e o grupo que acompanhou em campo, os Daribi da Nova Guiné. Em sua proposição, o ocidente moderno operaria fundamentalmente pela generalização de convenções em um nível amplo e coletivo, produzindo um pano de fundo para as ações individuais feitas a partir de regras inventadas. A invenção, para o autor, seria justamente o mistério do ocidente moderno, uma vez que teria desenvolvido interessantes recursos para apagar ou mesmo negar sua participação cocriativa no mundo que convencionou como “natural”. Um bom exemplo é apresentado pelo autor a partir

invenção, é inventado por meio de analogias que incorporam articulações cada vez mais abrangentes, de modo que um conjunto de impressões é recriado como um conjunto de significados. O efeito dessa invenção é tão profundo quanto inconsciente; cria-se o objeto no ato de tentar representá-lo mais objetivamente e ao mesmo tempo se criam (por meio de extensão analógica) as ideias e formas por meio das quais ele é inventado” (Wagner, 2010, p.41).

⁵⁹ Para amplificar esta discussão através de uma etnografia da autenticidade em processos de mercantilização, vide Brian Spooner (2008).

do empreendimento tecnocientífico. Ao descrever como as técnicas e tecnologias baseadas na mensuração operam pela convenção de parâmetros observáveis, Wagner indica como acabam por criar dispositivos que inventam a ideia de uma fenomenologia externa e inerte. Assim, “ao assumir que apenas medimos, prevemos e arregimentamos esse mundo de situações, indivíduos e forças, mascaramos o fato de que o criamos” (Wagner, 2010, p.123).

De volta à identidade terapêutica dos fitoterápicos no SUS, com este exemplo procuro indicar que, ao produzir um regime explicativo pelo qual a tradicionalidade se torna um qualitativo farmacêutico baseado em uma cultura não-farmacológica, mas também estável, mensurável, persistente no tempo e passível de encaixe na metafísica institucional, seus contornos passaram a ser assumidos em torno dos modos modernos de existência e imaginação. Além de operar como uma forma ontológica de exclusão, a etnicidade presente na definição “medicamento *tradicional* fitoterápico” se vê abolida de qualquer dinamismo ou reivindicação de autenticidade, capaz de ser tomada ao gosto da estética com qual é retratada por sua descritora, a etnofarmacologia.

O modo como o fenômeno acadêmico da etnofarmacologia é aqui referido, dando anuência ao conceito de “tradição” no aparato regulatório farmacêutico, levaria a uma convidativa e pertinente discussão sobre os compromissos políticos da interdisciplinaridade. Trabalhos anteriores já trafegaram por essas águas e permitem avançar o argumento destacando como esses estudos passaram a assumir o lugar das coletividades geradoras dos conhecimentos que referem⁶⁰. Essa situação, bem se vê, recapitula um longo histórico de segregações produzidas no seio do Estado pela via das ciências e

⁶⁰ Nesta discussão me parecem fundamentais os apontamentos de Cori Hayden (2021, 2005), sobre como o ideário da “representação” incide sobre a prática das etnociências em forma de um duplo reducionismo, que opera tanto em um aspecto político (o de “representar” sujeitos) como epistemológico (o de insistir na “representação cultural” que diferentes grupos humanos têm sobre plantas). De modo mais direcionado ao tema que discuto neste momento, fundamentais também são os apontamentos de Heather Anne Swanson, Nil Bubandt e Anna Tsing (2015) ao tratar da inclusão da pauta sobre aquecimento global na agenda da ONU. Os autores atentam como a figura de uma “grande ciência” permitiu reunir diferentes campos de conhecimento em torno de um tema comum, que mantiveram seus projetos de trabalho sem a exigência de negociar, questionar ou mesmo pôr em disputa o mundo que cada qual produz. Desse relativismo cômodo e problemático os autores chamam atenção ao encontro da Eco-92, propulsor da Conversão da Biodiversidade que aqui tematizo, indicando como a proposição interdisciplinar “levantou a promessa dos indígenas como forma de intrusão dos negócios modernos” e paradoxalmente guinou para “quem falará em nome dos indígenas”.

das técnicas, que muito facilmente convertem formas particulares de produzir subjetivação em novos dispositivos de sujeição.

4.5 O curioso caso do laboratório Fulni-ô

Nas seções acima grifei o modo como os elementos constitutivos da sociobiodiversidade nacional foram evocados na reconstrução do setor farmacêutico após a CPI dos Medicamentos e, por consequência, como se substancializaram em atributos de identidade e legitimidade da fitoterapia pública brasileira. Por complemento, entendo que pode ser produtivo pensar nesta questão ao contrário, ou seja, considerando como a reconstrução do campo farmacêutico no SUS foi também de reinvenção de identidades e legitimidades produzidas pelo conceito de tradicionalidade.

Tomando como ponto de partida a instituição do termo *medicamento tradicional fitoterápico*, procuro pensar: o que acontece quando a reivindicação de pertencimento cultural recai sobre os objetos terapêuticos? E, por consequência, como essa reivindicação reconvenção vínculos, identidades, reconhecimentos e expressividades identitárias entre sujeitos?

Faço esse questionamento atento ao movimento que se inscreveu no percurso de institucionalização da fitoterapia no SUS. Conforme a ideia de “tradição” passou a ser mobilizada pela Anvisa e pelo Ministério da Saúde como elemento participativo na construção da identidade de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos em vias de institucionalização, muitos grupos reconheceram no conceito de “tradição” a valorização de elementos constitutivos de suas próprias biografias e histórias. Assim, é de se esperar a produção de formas originais de reinvenção de suas sociabilidades a partir de uma certa tradicionalidade que, inclusive, em muitos momentos, foi produtora de acessos a espaços forjados para a não-participação desses coletivos. Assim, antes de qualquer acusação descabida de perda de identidade, autenticidade ou de um simples mimetismo, tematizo aqui uma específica forma de resistência e que está implicada (novamente com Roy Wagner) com formas muito originais de existência.

No decurso do sanitarismo brasileiro pós-ditadura, quer seja pela via da integralidade, da regionalidade ou da participação popular, o conceito de tradicionalidade foi e segue sendo um dispositivo produtor de criatividade e imaginações no campo da saúde institucionalizada. Para parte dos trabalhadores e movimentos sociais esse foi um elemento de reconstrução. Para os agentes de estado, de regulação. Para os industriais, de expansão. Já no cotidiano dos serviços de saúde em que a fitoterapia se faz presente este termo abriu muito espaço para que um longo período de apagamentos e esquecimentos pudesse ser revisitado. Afinal, bem se sabe, no Brasil o processo secular de perseguição étnica das populações autorreferidas tradicionais foi eficaz em fazer com que diversas identidades virassem cinza, mesmo sem a fogueira da inquisição. É certo que parte desse etnocídio foi interrompido com a Constituição de 1988, ao menos judicialmente. Mas, precisamente no campo dos cuidados, e falando especificamente sobre o reconhecimento de modos particulares de tratar e curar pela via das plantas, foi a mobilização do conceito de “tradição” pelo SUS que fez com que muita gente se reconectasse com suas próprias histórias.

Tive contato com esta situação em diversos momentos do trabalho de campo. Tanto ao visitar hortas e canteiros em unidades básicas de saúde, como jardins terapêuticos montados por agentes comunitários em comunidades afastadas do poder público. Muitas das interlocutoras e dos interlocutores com quem tive contato me relataram como o encontro com a fitoterapia provocou um movimento de reencontro com saberes, paisagens, fazeres e plantas vindas de suas mães, avós, bisavós. Falo de sujeitos que se tornaram técnicos de saúde, de agricultura, farmacêuticos, enfermeiros e médicas sendo filhas e filhos de parteiras, benzedadeiras, curadores e outros tantos mestres e mestras que operam não pela esterilidade dos equipamentos de laboratório e da pretensão de pureza dos princípios-ativos, mas por tecnologias mais complexas de comunicação e interatividade do sujeito doente com seu mundo. No curso desses encontros, muito trocamos sobre a carga do especialismo profissional sobre outras formas de ser, viver, tratar e cuidar. Contudo, a questão nunca foi de ceticismo com as ciências da saúde. Nem teve espaço qualquer tecnofobia ou algo como querer

ou voltar a “ser tradicional”. A questão foi sempre deixar de negar ou mesmo de sofrer com essa herança.

Entre muitos relatos como esse que pude ouvir em campo, vou me ater a apenas um, que considero emblemático: o do laboratório Fulni-ô.

Meu contato com essa história se deu em 2020. Eu estava em Pernambuco, em visita a uma Farmácia Viva e procurei chegar à região do seminário para conhecer o trabalho com plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos naquela região. Em campo eu já tinha ouvido dizer sobre o pioneirismo do Estado com a fitoterapia e também sobre a tentativa dos Fulni-ô do município de Águas Belas para angariar uma unidade pública para preparo de seus próprios fitoterápicos.

Digo *fitoterápicos* não porque esse termo faça parte do sistema classificatório Fulni-ô⁶¹. Justamente ao contrário, ele indica a tentativa vinda desse grupo para montar um laboratório para preparo de suas próprias terapêuticas, empenho que foi comum em muitos outros territórios do Brasil e que motivou (e ainda motiva) diversos outros coletivos, comunidades e municípios no intento de oficialização da fitoterapia no SUS.

Apenas como uma contextualização inicial e panorâmica, vale notar que esse caso se passa na terra indígena Fulni-ô, que está intrincada com a história do município de Águas Belas e com a urbanização do Vale do Ipanema, fronteiro entre o agreste e o sertão pernambucano. A cidade está ao centro e totalmente rodeada pela terra indígena demarcada, que se organiza em três núcleos distintos: um urbano, permeado e constitutivo do município, um rural, a aldeia Xixiaklá e um terceiro já mais afastado ao sul da cidade, ocupado entre os meses de setembro a outubro para realização do ritual do Ouricuri. Ao passo que este último se mantém restrito aos Fulni-ô e a quem possa ser convidado, o primeiro se caracteriza pela permeabilidade com as dinâmicas do centro urbano, com as instituições públicas e com os devires do “progresso” que nunca tardam em chegar.

⁶¹ Para tanto, vide os artigos de Lilliane Cunha de Souza, Mônica Maria Henrique dos Santos e Ângelo Giovanni Rodrigues nos anais da I Reunião de Monitoramento do Projeto Vigisus II (FUNASA, 2007).

Na década de 1980 a terra indígena foi interposta por um amplo projeto da Funai para povoar a região com saneamento, assistência médica e educacional. Na década seguinte, com o advento da Fundação Nacional de Saúde (Funasa)⁶², os equipamentos de saúde da região se integraram às ações de saúde indígena e outros dispositivos do SUS, tornando as sociabilidades Fulni-ô parte da vida cotidiana do município, e vice versa.

No início dos anos 2000, conforme me foi relatado pelos interlocutores que conheci em campo, os serviços de assistência à saúde indígena se concentraram na área urbana de Águas Belas e contavam com uma unidade básica de saúde, uma farmácia para dispensação de medicamentos dos mais essenciais e um hospital municipal para consultas médicas, cirurgias simples e partos de menor complexidade. Vale grifar que, além de usar os equipamentos de saúde do município, parte importante das práticas de cura dos Fulni-ô se elaboram através de tecnologias próprias, entre as quais parece ser central o Ouricuri, as rezas, os partos, os benzimentos, aconselhamentos com os mais velhos e o uso de plantas coletadas na região onde se realiza o ritual anual. O que procuro evidenciar é a porosidade e as inúmeras articulações nas quais os modos de vida Fulni-ô estão implicados.

De modo atento às permeabilidades das instituições públicas com outros modos de produzir e gerir saúde, na virada do milênio a Funasa passou a investir em um projeto de atualização do seu sistema de vigilância sanitária, com interesse em desenvolver estratégias de articulação da medicina oficial com as gramáticas de cuidado dos povos autorreferidos tradicionais.

Sob o nome de *Projeto Vigisus, Modernização do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde*, se construiu um plano de ação dividido em diferentes fases. Parte da proposta era fomentar e acompanhar programas e intervenções que pudessem trazer adaptações e especificidades para os serviços de atenção básica e saúde indígena. As ações que me refiro foram conduzidas pela Área de Medicina Tradicional Indígena (AMTI), que contou com uma equipe ampla de antropólogos na elaboração de laudos e pareceres técnicos sobre estas

⁶² A transferência da assistência à saúde indígena da Funai para a Funasa se deu através da Medida Provisória n.º 1.911-8/99 e pela Lei n.º 9.836/99, de 23 de setembro de 1999, que estabelece o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do SUS.

intervenções, além de profissionais da saúde que também integravam as frentes de trabalho⁶³.

O financiamento do Vigisus, por sua vez, nasceu de um empréstimo feito pelo governo federal junto ao Banco Mundial, que à época já dispunha do cargo *Knowledge Manager* para lidar com o tema dos conhecimentos associados à biodiversidade. O empréstimo, bem se vê, não foi somente financeiro, mas também conceitual, em que o natural e tradicional indígena se fundia com o natural e tradicional institucional mobilizado desde as agências e órgãos internacionais⁶⁴.

Em Águas Belas o projeto Vigisus apoiou técnica e financeiramente a demanda vinda da Associação Mista Cacique Procópio Sarapó, a mais antiga instância de representação indígena na região, que reivindicava a instalação de uma *oficina de manipulação Fulni-ô*.

O termo elegido, *oficina de manipulação*, embora se referisse a um laboratório equipado para produção fitoterápica, era uma forma de evitar o monopólio dos termos e dos especialismos que incidem sobre as atividades de preparação terapêutica quando tomadas como mercado e profissão. Este balizamento conceitual se deu de modo semelhante no Estado do Ceará durante o percurso de regulamentação das Farmácias Vivas, que anos antes escolheu nomear as unidades produtivas como *oficinas farmacêuticas*, termo que também não encontrava parâmetro para regulamentação. Em ambos os casos, a questão se fez longe de um mero subterfúgio conceitual. Tanto no Ceará como em Pernambuco os serviços de fitoterapia se desenvolveram por dentro das estruturas do Estado. Assim, ao passo que se apresentavam perante os órgãos

⁶³ No decorrer do trabalho de campo fui apresentado a diversos laudos antropológicos que colaboraram com a produção e gestão de práticas, serviços e políticas públicas entre os anos 2003-2006. Grifo, portanto, o modo como estes materiais, tomados enquanto artefatos etnográficos (Hull, 2012; Riles, 2006) para a discussão que apresento, passaram também a fabricar e dar contexto para a institucionalização da “tradição” no campo farmacêutico. Esta questão é problematizada em um interessante volume temático sobre saúde dos povos indígenas organizado por Esther Langdon e Luiza Garnelo (2004).

⁶⁴ Atento às relações intrincadas entre as agências internacionais e a condução de programas, políticas e tecnologias de saúde em âmbito nacional. Para além das pactuações promovidas pela ONU e pela OMS, discutidas anteriormente, vale notar que o Banco Mundial foi também produtor da instituição e internacionalização do conceito de “tradição” no campo dos cuidados. A agência financeira dispõe de cargos regionalizados para gestão desta pauta, nomeada como *Knowledge Management*. Anualmente os relatórios do Banco Central indicam os valores e os direcionamentos dados pela instituição a este tema.

de vigilância sanitária, indicando a diversidade de modos de nomear e conduzir as organizações tecnológicas que emergiam no SUS, somavam esforços na construção de um repertório imaginativo sobre como reconhecer suas especificidades sem reduzi-las a modelos já prontos. Conforme apresentei anteriormente, essa era uma questão que ocupava o Ministério da Saúde, a Anvisa e os coletivos reunidos em Brasília para pensar em uma proposta de política nacional para plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos.

No projeto arquitetônico apresentado à Funasa, a oficina de manipulação Fulni-ô era composta por um canteiro para cultivo de plantas comunitárias e, complementarmente, uma unidade para beneficiamento destes vegetais em unidades padronizadas. Parte do argumento que endossava a criação da oficina de manipulação Fulni-ô era a possibilidade de desidratar plantas, ou mesmo transformá-las em diferentes preparados fitoterápicos, evitando a sazonalidade ou mesmo as intempéries do cultivo de plantas no contexto da seca. O mesmo argumento endossou as Farmácias Vivas no Ceará, condição que não deixa de evidenciar como a lógica da oferta ininterrupta, própria dos medicamentos sintético-alopáticos, passava a ser mobilizada como denominador comum também a outros regimes terapêuticos.

No entanto, se grifo uma certa lógica do concreto transposta para a lógica do sensível, o contrário também é verdadeiro. Em um laudo antropológico em que apresenta as observações realizadas junto à oficina de manipulação Fulni-ô, Liliane Cunha de Souza comenta que “os equipamentos farmacêuticos, tais como a vidraria, as painéis de inox, a estufa de secagem e o moedor elétrico são manipulados a partir da lógica da medicina tradicional Fulni-ô. Os remédios são elaborados a partir das plantas que são concebidas pelos Fulni-ô como entidades sagradas, que ao serem rezadas em yatê [língua pertencente ao tronco macro-jê], seu poder de cura é potencializado”. Nesse mesmo laudo a autora ainda faz referência às práticas de manipulação produzidas nessa oficina, em que os Fulni-ô “[...] criam soluções para seus problemas lançando mão de conhecimentos e materiais da biomedicina, a partir de sua visão de mundo, com o intuito de fortalecerem seus sistemas médicos tradicionais” (SOUZA, 2006).

Em uma outra publicação, que se insere em um interessantíssimo debate entre os agentes de Monitoramento do Projeto Vigisus II sobre o caso dessa

oficina de manipulação, a antropóloga ainda indica como a implantação do laboratório passava a ser tida como forma de geração de trabalho e renda comunitária:

“[...] a ideia inicial dos Fulni-ô era a implementação de um horto. Entretanto, para a Associação Indígena Cacique Procópio Sarapó construir um “laboratório” significa ter meios para empregar pessoas. Essa é a dimensão econômica do empreendimento. Eles querem esse “laboratório”! Eles estão ansiosos por esse “laboratório”! A comunidade vem demonstrando interesse nos remédios e nas mudas de plantas produzidas pelo “laboratório”. Realmente o projeto precisa ser repensado, redimensionado para ser bem conduzido. No discurso da liderança Fulni-ô [...] aparece o entendimento de que o “laboratório” contribuirá para a medicina tradicional, na medida em que haveriam práticas de medicina tradicional usadas neste contexto. Nesse ponto de vista, os remédios produzidos no “laboratório” fazem parte da sua cultura, orientados pela forma como eles concebem as plantas, os remédios e os tratamentos terapêuticos” (FUNASA, 2007, p.69).

Com base neste argumento é pertinente notar que, mesmo quando regadas aos exotismos do ocidente moderno, a “tradição” não demora a se tornar um poderoso reorganizador das dinâmicas internas dos coletivos autorreferidos como tradicionais. Afinal, ao passo que a medicina e o medicamento moderno olham para os regimes de cuidado “dos outros” como forma de reinventar a si mesmos, inversamente, esses coletivos também tomam as metáforas da modernidade pelo ponto de vista de seus modos de existência.

Desse modo, o que parece estar em jogo nesse caso não é se a identidade Fulni-ô se tornaria mais ou menos indígena ao ter suas práticas mediadas por uma oficina capaz de beneficiar plantas em forma de fitoterápicos. A este respeito, aliás, a própria história Fulni-ô no percurso de urbanização de Águas Belas dá cabo de ilustrar como resistir à intrusão do mundo branco passa fundamentalmente por permitir seus modos de existência falar de outras formas, como são aqui os equipamentos e técnicas de laboratório. Complementarmente, parece ser claro que produzir objetos tecnocientíficos através de conhecimentos tradicionais não é exatamente a mesma coisa que produzir uma tradicionalidade aos modos do conhecimento tecnocientífico. Trata-se aqui do direito à invenção.

A este respeito, vale recuperar uma anedota. Na abertura do livro *Esperando Foucault, ainda*, Marshall Sahlins retrata uma passagem da história da Europa ocidental ocorrida entre os séculos XV e XVI, época em que artistas e intelectuais, um tanto nostálgicos dos valores de uma vida burguesa em transformação, passaram a reinventar suas próprias tradições – imaginadas aos seus modos, é claro. Sahlins fala como as referências mobilizadas nesse empenho se anunciavam como elementos de uma cultura autêntica, muito embora neste empenho tenham redecorado suas igrejas seguindo os “preceitos da arquitetura romana estabelecidos por Vitrúvio - sem se darem conta de que esses preceitos eram gregos” (Sahlins, 2004). É certo que a ironia de Sahlins recai sobre o Renascimento e seu peculiar modo de invenção do mundo moderno. Retomo a passagem pela pertinência do desfecho: quando são os europeus que inventam suas tradições, trata-se de um renascimento cultural genuíno, fruto mesmo do “progresso”. Quando são outros povos que o fazem, não demora até que o debate caia para a perda de autenticidade.

Da instituição da Anvisa a partir do marco regulatório da Lei nº 9.782/99 até a invenção, convenção e publicação do termo *medicamento fitoterápico tradicional* a partir da RDC nº 17/2000 se passaram exatos 394 dias. Já a oficina de manipulação em Águas Belas ainda hoje não foi concluída. Ao passo que as instituições de saúde muito rapidamente reinventam a ideia de tradicionalidade, parece que o mesmo direito não é concedido para que os povos tradicionais reinventem as instituições de saúde. Em sua história mais recente, para que a vigilância estadual de saúde de Pernambuco liberasse o funcionamento da oficina de manipulação, foi solicitada uma readequação do projeto Fulni-ô frente às normas de “boas práticas” sanitárias. O processo de adequação da obra chegou a ser iniciado em novembro de 2006, mas o laboratório segue até hoje paralisado.

4.6 Redefinições em torno do “tradicional”

Para além da oficina de manipulação Fulni-ô em Pernambuco, na virada do milênio diversas outras iniciativas passavam a se apresentar no debate sobre a institucionalização da fitoterapia no SUS. Também de atenção da Funasa, por

exemplo, no leste de Roraima as tinturas, pomadas e xaropes produzidos pela Escola Indígena de Surumu em parceria com agentes de saúde, instituições religiosas e não governamentais, embora não reconhecidos pela Anvisa, faziam gaguejar o termo instituído pela RDC nº 17/2000, *medicamento fitoterápico tradicional*.

De Goiás e Tocantins, desde a Eco-92 a Rede Cerrado e a Articulação Pacari já mobilizavam indígenas, quilombolas, fundos e fechos de pasto, pescadores, vazanteiros, geraizeiros, veredeiros e outros povos dos campos e das florestas para discutir formas autorrepresentativas da sociobiodiversidade. Em São Paulo, uma associação de agricultoras formada no interior do Estado a partir do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) para produzir plantas medicinais e, no oeste do Paraná, uma associação de mulheres campestres reunidas em torno do movimento pastoral para produção de fitoterápicos passavam a educar a atenção da agenda governamental para um contexto de tecnologias emergentes⁶⁵. Junto de outras muitas iniciativas que passavam a se apresentar no território nacional, a fitoterapia se difundia por propostas terapêuticas e organizações tecnológicas ainda sem a regulação ou o reconhecimento pretendido pelo Estado:

No Brasil o que existia até então eram portarias de saúde soltas [falava em oposição a construção de políticas nacionais intersetoriais]. Com a ascensão do governo Lula a diretriz passou a ser normatizar os serviços existentes, em diálogo com os movimentos sociais.

Carmem de Simoni. Coordenadora da PNPIC entre 2006 e 2011.
Depoimento concedido em 04/11/2021

No âmbito federal a diversidade com que a fitoterapia era praticada no cotidiano dos serviços públicos de saúde tornava-se foco da atenção em um duplo exercício de legitimação: reconhecer cuidados, serviços e sujeitos através de uma política nacional e, consecutivamente, regulamentar a oferta dentro do regime sanitário vigente. No empenho de reconhecer “medicamentos fitoterápicos”, mas também (e principalmente), “plantas medicinais” como

⁶⁵ Para tanto, vide referências de Cony (2002), Czermainski (2009), Magalhães (2019), Moreira (2007a,b), Torres (2013), Apolinário (2021) e D’Almeida (2021).

terapêuticas passíveis de emprego no SUS, foi decisiva a participação da recém criada Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) do Ministério da Saúde, sobretudo em seus primeiros anos de atividade.

A institucionalização da SCTIE ocorreu em meio à transição do governo presidencial de Fernando Henrique Cardoso e Luiz Inácio Lula da Silva, em 2003⁶⁶. No entanto, o escopo de atuação desta Secretaria já havia sido proposto quase uma década antes, em 1994, durante a 1ª Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde. O longo intervalo entre a sua idealização e implementação aflui com uma série de transformações que passaram a tomar parte da saúde pública brasileira neste período. Dessas, parece ser particular a incorporação de demandas de Ciência, Tecnologia e Inovação para dentro das políticas públicas de saúde e, conjuntamente, de novos compromissos políticos assentidos nos modos de se fazer Ciência, Tecnologia, Inovação na saúde. Como um encontro entre esses dois caminhos, a fitoterapia se apresentava como proposta capaz de renovação na assistência farmacêutica, trazendo consigo os efeitos que o conceito de tradicionalidade passava a produzir no campo institucional:

O DECIT tinha interesse em espécies de potencial terapêutico que pudessem aliar a promoção e reconhecimento dos saberes populares e tradicionais. Era uma secretaria que pensava nas relações comunitárias e discutia formas de viabilizar arranjos produtivos locais para a fitoterapia no serviço público. Se falava em valorização de saberes, em participação, parcerias, integração...como se nenhum conhecimento pudesse ser desperdiçado quando se pensa em SUS. Nessa época era uma secretaria de ciência e tecnologia muito atenta à necessidade de transformação das formas de fazer ciência e tecnologia. Ali já se tinha consciência da crise planetária que vivemos.

Fátima Chechetto. Depoimento concedido em 04/05/2021

Em agosto de 2003 a SCTIE realizou um evento preparatório para a I Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, sob

⁶⁶ Mediante ao Decreto nº 4.726, de 9 de junho de 2003.

incentivo e organização do Departamento de Assistência Farmacêutica (DAF)⁶⁷. Como um prólogo que já em seu título anunciava a ampliação do debate em torno da fitoterapia, a etapa de preparação levou o nome de Seminário Nacional de “Plantas Medicinais, Fitoterápicos e Assistência Farmacêutica”:

Em 2003, com a criação do DAF, eu fui ajudar na realização do seminário, em algumas reuniões. Além dos representantes dos estados, também tinham as empresas. Lembro que foi a Boticário e a Herbarium, e também muita gente de movimento social, indígenas, universidades, trabalhadores do SUS. A ideia era acolher propostas de todos os campos, do popular e tradicional ao acadêmico.

Silvia Beatriz Costa Czermainski. Depoimento concedido em 19/04/2021

Como mostra a fala acima, as palavras criam mundos. E os participantes daquele momento disputavam quais mundos tomariam parte em uma possível política nacional. A construção de uma futura “conferência nacional de *medicamentos* e assistência farmacêutica” foi realizada a partir de um evento preparatório, o “seminário de *plantas medicinais, fitoterápicos* e assistência farmacêutica”. Entre “plantas” e “medicamentos”, os termos elegidos não se colocavam agora polarizados, como no passado, mas refletiam as tentativas de integração das propostas direcionadas à assistência farmacêutica, fazendo

⁶⁷ Ainda de acordo com o Decreto nº 4.726 de 9 de junho de 2003, três departamentos integravam a estrutura administrativa da SCTIE no momento de sua criação: o Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT), o Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde (DGITIS) e o Departamento de Assistência Farmacêutica (DAF). Em especial, esse último foi propulsor das demandas da fitoterapia dentro do Ministério da Saúde e, de modo mais amplo, referência construtora para a assistência de medicamentos, hemoderivados, imunobiológicos e vacinas no SUS. Até 2002, ou seja, antes da criação da SCTIE/DAF, a pauta da fitoterapia encontrava espaço sobretudo na então Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, que dispunha da Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica. Como nota que merece ser referida para dar contexto ao momento em que esta tese foi escrita, durante a redação desse capítulo, em 2021, em meio à investigação de favorecimento indevido no processo licitatório de vacinas por parte do Ministério da Saúde sob gestão do Ministro da Saúde Marcelo Queiroga – evento conhecido como CPI da Covid – o então presidente Jair Messias Bolsonaro cogitou a extinção do Departamento de Assistência Farmacêutica, em um ato de descontinuidade jamais visto na trajetória do SUS. Uma nota de repúdio publicada pelo Conselho Nacional de Saúde recupera a passagem: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1935-nota-publica-cns-repudia-possivel-extincao-do-departamento-de-assistencia-farmaceutica-do-ministerio-da-saude>. Acesso em 09/05/2022.

participar aquilo (e aqueles) que antes eram restritos e limitados tão somente ao fornecimento de matéria-prima para o trabalho em laboratório:

Incluir plantas medicinais no SUS era uma forma de sair de uma proposta de cuidado feita só pela via do medicamento. Nessa época, por exemplo, o Ministério da Saúde pensava em construir uma Polícia Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares⁶⁸. Mas nas consultas públicas o nome foi rebatido, pois, sendo uma *medicina*, só os médicos poderiam atuar. Com *medicamento* seria a mesma coisa. São os farmacêuticos que tem domínio sobre esse termo. Mas *planta medicinal* não. Era algo mais amplo, sem um domínio e um regulação tão forte. Então era isso que se queria: que a fitoterapia abrisse, e não fechasse portas, e o conceito de *planta medicinal* era fundamental para isso.

Carmem de Simoni. Depoimento concedido em 04/11/2021

⁶⁸ As propostas inicialmente elaboradas a partir do termo Polícia Nacional de “Medicina Natural” e “Práticas Complementares” se tornaram instituídas a partir da Política Nacional de “Práticas Integrativas e Complementares”. Rodrigo Toniol (2015, p.40-51) apresenta uma etnografia que acompanha o itinerário, as conversões e compromissos políticos destas categorias, cujas observações se tornam fundamentais para complementar o argumento aqui apresentado.


MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS
DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E INSUMOS ESTRATÉGICOS
Medicina Natural e Práticas Complementares
"Grupo de Fitoterapia"
MODELO DE PROGRAMA

1. Definições

Droga vegetal – planta medicinal ou suas partes, após processo de coleta, estabilização e secagem, podendo ser íntegra, rasurada, triturada ou pulverizada.

Fitoterapia – terapêutica caracterizada pela utilização de plantas medicinais e suas diferentes preparações farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal.

Fitoterápico – medicamento obtido empregando-se exclusivamente matérias-primas ativas vegetais. É caracterizado pelo conhecimento da eficácia e dos riscos de seu uso, assim como pela reprodutibilidade e constância de sua qualidade. Sua eficácia e segurança são validadas por meio de levantamentos etnofarmacológicos de utilização, documentações tecnocientíficas em publicações ou ensaios clínicos fase 3. Não se considera medicamento fitoterápico aquele que, na sua composição, inclua substâncias ativas isoladas, de qualquer origem, nem as associações destas com extratos vegetais.

Matéria prima vegetal – planta medicinal fresca, droga vegetal ou seus derivados.

Planta medicinal - é toda aquela que administrada ao homem ou a animais por qualquer via e sobre qualquer forma, exerce alguma espécie de ação farmacológica (OMS, 1987).

Planta medicinal: é uma espécie vegetal, cultivada ou não, utilizada com propósitos terapêuticos (OMS). - colocar data - 2003.

Planta seca -

Planta fresca -

Planta medicinal - / Med. Nat
Prat Comp

Fonte: Documento cedido por Maria José Martins de Souza. Acervo pessoal

Figura 36: rascunhos de reunião feitos sobre o Modelo de Programa de Medicina Natural e Práticas Complementares do Ministério da Saúde, à época trabalhado pelo Grupo de Fitoterapia. 2003



Fonte: Imagem cedida por Henriqueta Sacramento. Acervo pessoal

Figura 37: Registro do Seminário Nacional de Plantas Medicinais, Fitoterápicos e Assistência Farmacêutica, 2003

29 de agosto 2003

Grupos de trabalho orientados nos painéis e segundo os sub-temas:

Painel I:
1 - O uso das plantas medicinais e fitoterápicos e a questão do acesso ao medicamento e à assistência farmacêutica;
2 - A fitoterapia no serviço público, os insumos e a legislação necessários;

Painel II:
3 - A integração dialética dos saberes tradicional e acadêmico e a questão patentária;

4 - A cadeia produtiva do fitoterápico: pontos críticos para a qualidade, eficácia e segurança de processos e produtos e condições para a inovação;

Painel III:
5 - A formação de recursos humanos para a cadeia produtiva de fitoterápicos;

6 - Infra-estrutura laboratorial e redes de cooperação técnica para a qualidade dos fitoterápicos.

9h: Início dos trabalhos em grupo
12h: Almoço
14h: Continuação dos trabalhos em grupo
18h: Encerramento das atividades

30 de agosto de 2003

9h: Plenária - apresentação das recomendações
13h: Encerramento do evento

Público Alvo

Profissionais da cadeia produtiva de fitoterápicos, representantes de instituições, associações governamentais e não-governamentais afins e controle social.

Comissão Organizadora:

Coordenação:
Dr. Norberto Rech - Diretor (DAF/SCTIE/MS)

Comitê Executivo:
Dra. Cláudia Cunha - Assessora Técnica (DAF/SCTIE/MS)
Dra. Jamaira Giora - Coordenadora Geral de Acompanhamento, Monitoramento e Avaliação da Qualidade de Produtos e Serviços Farmacêuticos (DAF/SCTIE/MS)
Dra. Jussara Cony - Coordenadora do Fórum pela Vida - Projeto Plantas Vivas / RS. Deputada Estadual
Dra. Sílvia Czeremainski - Coordenadora do Grupo Temático de Fitofármacos da Fundação Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul
Neide Rodrigues dos Santos - Coordenação Administrativa (DAF/SCTIE/MS)

Informações e Inscrições

Informações - (61)315.2244
Inscrições - (61)234.1600/361.2340
e-mail: daf_fit@divents.com.br
Vagas limitadas

Realização

Ministério da Saúde
Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos

Apoio:
REFORUS
BRASIL
UM PAÍS DE TODOS
GOVERNO FEDERAL

Seminário Nacional de Plantas Medicinais, Fitoterápicos e Assistência Farmacêutica



Preparatório à Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica

28 a 30 de agosto de 2003

Hotel Nacional
SHS - QD 01 - BL A
Brasília/DF

Fonte: Documento cedido por Sílvia Beatriz Costa Czeremainski. Acervo pessoal

Figura 38: Programação do Seminário Nacional de Plantas Medicinais, Fitoterápicos e Assistência Farmacêutica, parte 1/2 (frente), 2003

Introdução

As discussões desencadeadas a partir da convocação da Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, a ser realizada no período de 15 a 19 de setembro de 2003, tem sido mais uma oportunidade que evidencia a abrangência e complexidade da Assistência Farmacêutica, e essa como área estratégica para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os relatórios das conferências estaduais e municipais têm apresentado, sistematicamente, a importância da incorporação do uso de plantas medicinais e fitoterápicos no SUS.

Essa prática tem se mostrado um instrumento coerente com o princípio da integralidade e com a necessidade de humanização e ampliação do acesso à Assistência Farmacêutica. Deve se orientar por um conjunto de diretrizes que envolva todos os setores e disciplinas da área.

Além disso, a biodiversidade brasileira constitui um grande potencial para a pesquisa e é estratégica para ações que visam a reduzir a dependência tecnológica em fármacos e medicamentos no Brasil.

O desenvolvimento tecnológico deve considerar, entretanto, as questões relacionadas ao conhecimento popular e ao desenvolvimento sustentável.

Assim, o Ministério da Saúde, diante desse contexto e da iminência da Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, promove o Seminário Nacional de Plantas Medicinais, Fitoterápicos e Assistência Farmacêutica.

Objetivo

Oportunizar o debate sobre plantas medicinais e fitoterápicos no âmbito da Assistência Farmacêutica e elaborar recomendações para a Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica.

Programação

28 de agosto de 2003

10h: Abertura

Dr. Humberto Costa - Ministro da Saúde
Dr. José A. Hermógenes de Souza - Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS)
Dr. Norberto Rech - Diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica (DAF/SCTIE/MS)
Dr. René José Moreira dos Santos - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde - Conass
Dr. Luiz Odorico Monteiro de Andrade - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - Conasems

11h: Palestra inaugural: **As plantas medicinais e fitoterápicos na Política Nacional de Assistência Farmacêutica**

Palestrante:
Dr. Norberto Rech - Diretor do DAF/SCTIE/MS

12h: Almoço

14h: Painel I: **"O acesso à assistência farmacêutica: a relação dos setores público e privado de atenção à saúde"**

Coordenadora:
Dra. Jamaira Giora - Coordenadora Geral de Acompanhamento, Monitoramento e Avaliação da Qualidade de Produtos e Serviços Farmacêuticos (DAF/SCTIE/MS)

Expositores:
Dra. Jussara Cony - Coordenadora do Fórum pela Vida - Projeto Plantas Vivas / RS e Deputada Estadual
Dra. Henriqueta T. do Sacramento - Coordenadora de Fitoterapia da SMS de Vitória/ES
Dra. Anny Trentini - Associação Brasileira da Indústria Fitoterápica (ABIFITO)

15h20: Painel II: "Pesquisa e desenvolvimento tecnológico para a produção nacional de medicamentos"

Coordenadora:
Dra. Sílvia Czeremainski - Coordenadora do Grupo Temático de Fitofármacos da Fundação Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul

Expositores:
Dr. Paulo Péret de Sant'Anna - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq
Dra. Ana Cláudia F. Amaral - Chefe do Departamento de Produtos Naturais de Farmanguinhos/FIOCRUZ
Dr. Eloi Paulo Schenkel - Professor titular de Química Farmacêutica da UFSC

16h40: Intervalo

17h: Painel III: **"Qualidade na assistência farmacêutica, formação e capacitação de recursos humanos"**

Coordenador:
Dr. Jorge Z. Bermudez - Diretor da ENSP/FIOCRUZ

Expositores:
Dra. Marení Rocha Farías - Professora Adjunta de Farmácia da UFSC
Dr. Isaac Almeida de Medeiros - Vice-diretor do Laboratório de Tecnologia Farmacêutica da UFPA
Dra. Laura Camargo M. Feuerwerker - Coordenadora Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde (SGTES/DGES/MS)

18h20: Encerramento das atividades

Fonte: Documento cedido por Sílvia Beatriz Costa Czeremainski. Acervo pessoal

Figura 39: Programação do Seminário Nacional de Plantas Medicinais, Fitoterápicos e Assistência Farmacêutica, parte 2/2 (verso), 2003

O Seminário Nacional de Plantas Medicinais, Fitoterápicos e Assistência Farmacêutica contou com a presença de cerca de 260 participantes, reunidos por três dias no Hotel Nacional de Brasília. Além de pesquisadores, professores, gestores da saúde pública, industriais farmacêuticos e fornecedores de insumos ativos vegetais, o movimento estudantil e diversas organizações sociais tomaram parte, como a Associação Nacional de Fitoterapia no Serviço Público, MST, Movimento Popular do Rio Verde/GO, Centro Nordestino de Medicina Popular, organizações religiosas e pastorais⁶⁹:

Nós fizemos o possível para o seminário ser bem abrangente. Não deu para ter a presença de todos que gostaríamos, mas foi bastante amplo. É interessante, pois havia rumores se esse era mesmo um primeiro seminário nacional de plantas medicinais e fitoterápicos. De fato, teve um anterior, feito em 2001 pelo Ministério da Saúde. Muitos subsídios vindos de lá foram incorporados. Mas o teor agora era muito diferente.

Silvia Beatriz Costa Czermainski. Depoimento concedido em 19/04/2021

Nessa conversa minha interlocutora falava da mudança no público participante do seminário. Não mais restrito ao referencial industrial e aos acadêmicos farmacêuticos, que congregam do mesmo monismo. O debate passava por incluir *plantas* em um repertório material, político e epistemologicamente antes restrito ao *medicamento*:

A inclusão de plantas medicinais na pauta da assistência farmacêutica era uma coisa nova. Dava muita briga! No seminário a gente fez de tudo pra integrar as pessoas acima dos conflitos. Apesar das diferenças, todo mundo ali já estava ligado com o interesse por trabalhar com um ideal maior, político, democrático. O que se discutia era qual fitoterapia a gente queria para o Brasil. Eram coisas dessas que discutíamos. Ali o principal conflito era de visão de mundo mesmo.

⁶⁹ Do Seminário Nacional de Plantas Medicinais, Fitoterápicos e Assistência Farmacêutica, participou a Paróquia de São Pedro de Alcântara/SC, que à época oferecia *oficinas de fitoterapia* em suas atividades pastorais. A paróquia é parte constituinte da história da fitoterapia pública no sul do Brasil, sobretudo a partir da criação do Centro Popular de Saúde Yanten e seu laboratório de fitoterápicos. Para uma etnografia sobre como as plantas participam de missões católicas e como transportam fluxos de religiosidade ao passo que manipuladas em forma de medicamentos, vide Juliano Florczak de Almeida (2016).

Fátima Chechetto. Depoimento concedido em 04/05/2021

Nesta conversa, minha interlocutora me falava sobre o interesse expresso por parte dos participantes em modelar o conceito de *planta medicinal* longe das matrizes do capitalismo transnacional e sua peculiar maneira de se relacionar com o valor intrínseco da vida: tão somente enquanto matéria-prima. Nesse sentido, um primeiro aporte do Seminário de 2003 parece ter sido mostrar que plantas comportam cosmologias inteiras, e não apenas frações moleculares de representação e participação. Essa condição, por sua vez, não escapava dos desafios para que florescessem também como novas formas de subjetividade, disputando os limites do possível no campo técnico e político de que passavam a tomar parte. Afinal, embora algumas plantas passassem a ter espaço institucional assegurado, sua carta de convite só foi aceita quando chancelada como ciência, tecnologia e inovação, mesmo sob o mote de alguma tradição.

No Seminário [Nacional de Plantas Medicinais, Fitoterápicos e Assistência Farmacêutica] a discussão era muito industrial. Acesso e uso racional eram as palavras-chave. Esses eram temas importantes naquele momento. Para discutir a fitoterapia nesse grupo tinha que se escolher as palavras certas, se não, nada ia acontecer.

Silvia Beatriz Costa Czermainski. Depoimento concedido em 19/04/2021

Na programação oficial do Seminário o painel “a integração dialética dos saberes tradicional e acadêmico e a questão patentária” recuperou os debates construídos desde a Convenção da Biodiversidade. Ademais, das 68 recomendações elaboradas nesse evento – todas acolhidas e ratificadas na Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica – seis tematizavam o conceito de tradicionalidade como elemento constitutivo da identidade e da legitimidade da fitoterapia no SUS, sendo elas:

Estimular a participação de organizações com domínio do conhecimento da Fitoterapia popular/tradicional nos Conselhos Municipais de Saúde (Brasil, 2003, p.2);

Construir uma base de dados única e integrada como meio de resguardar o direito coletivo e a democratização do saber tradicional e popular sobre as plantas medicinais e nutricionais baseada nos preceitos da Convenção da Biodiversidade (CDB) assegurando a proteção do conhecimento e da autoria (id. *ibid.*, p.3);

Traçar legislação justa e adequada considerando a realidade nacional, atentando para a implementação de Fitoterapia no serviço público e as experiências dos movimentos sociais; o estágio de desenvolvimento científico e tecnológico e a incorporação do tradicional (id. *ibid.*, p.4);

Promover pesquisa e desenvolvimento científico com base no uso tradicional das plantas medicinais nativas e exóticas, priorizando as necessidades epidemiológicas da população com ênfase nas plantas nativas e naquelas que estão sendo usadas no setor público e nas organizações dos movimentos sociais (id. *ibid.*);

Estimular e viabilizar o cultivo e o manejo sustentável de plantas medicinais, nos sistemas de produção familiar e tradicional, visando o uso na atenção básica de saúde (id. *ibid.*);

Identificar e avaliar as iniciativas existentes de cultivo agroecológico, extrativismo sustentável, bancos de reserva genética e utilização de plantas medicinais, de produção e uso de medicamentos fitoterápicos, sejam essas iniciativas com embasamento científico, tradicional ou popular e incentivar as experiências relevantes, que contribuem para a qualidade e a melhoria da saúde pública (id. *ibid.*, p.7).

Como se vê nas proposições acima, a SCTIE teve um papel importante para definir a fitoterapia como tecnologia, que naquele momento se redesenhava no imaginário institucional como um elemento de valorização das identidades construídas em torno do conceito de tradicionalidade. Longe de qualquer irrelevância, esse foi um tema que deu cabo de reunir todo o eixo monumental de Brasília. Acompanhando os ministérios que participaram do Seminário Nacional de Plantas Medicinais, Fitoterápicos e Assistência Farmacêutica, inicialmente três ministérios se articularam: Saúde, Ciência e Tecnologia e Meio Ambiente. Em 2006, às vésperas de pactuar a Política Nacional de Plantas

Medicinais e Fitoterápicos, mais oito ministérios tomaram parte nesse tema, posicionando a fitoterapia de modo transversal à agenda pública:

No total nós éramos onze ministérios. E ainda tinha o movimento social! Juntar o maior número de pessoas era uma forma de mostrar que nós estávamos construindo um projeto de nação.

Jussara Cony. Depoimento concedido em 04/11/2021

Por sua vez, essa mesma nação, que surgia de conferências nacionais e dos gabinetes de Estado – um Estado que anunciava o prelúdio de um período participativo, aberto, inclusivo, talvez mesmo democrático – esbarrava na condição inerente da sua própria existência: quem pode e como pode participar.

Digo isso, pois, se tratando da produção de cuidados pela via das plantas, institucionalizar tecnologias sob o nome de alguma tradicionalidade é antes estabelecer direitos e, principalmente, comprometimentos do Estado com as cosmologias que se identificam em torno desse termo.

No Ministério da Saúde, muito embora o conceito de “planta medicinal” tenha aberto caminho para outras práticas de cuidado (que não clínicas), outros sujeitos (que não médicos) e outros modos de existência dos objetos terapêuticos (que não farmacológicos), o conceito de “tradição” mantinha-se ainda sobre domínio das definições chanceladas pela Anvisa.

Já no Ministério do Meio Ambiente essa era uma questão que recobria um debate mais alargado: sendo o conceito de tradicionalidade um qualitativo produtor de direitos assentidos desde a CDB, a quem caberia definir o que (ou quem) é tradicional?

Essa pergunta se tornou fecunda em Brasília entre 2003 e 2006. Como um norteador das políticas nacionais gestadas neste período, parte importante do debate construído na presença dos movimentos sociais e agentes de Estado foi reconhecer a produção de identidades como algo em constante reelaboração, despojando-se de qualquer sentido cristalizado, inerente ou inerte. Um contraponto aos empenhos sanitários daquele momento.

Vale notar que por muito tempo o conceito de cultura, e também o de tradição, foi entendido pelo Estado como parte biológica de uma certa descendência, em que os “Tradicionais”, nessa acepção, seriam os

descendentes “puros” e “diretos” de populações “originárias”, talvez pré-colombianas, para dar ênfase à hipérbole. Segundo este critério é fácil ver que raríssimos seriam os coletivos de direito sobre as riquezas da terra, assentindo seus benefícios novamente a um terreno de livre exploração (para um debate sobre os conflitos implicados nesta condição, vide Cunha, 2009; Diegues; Moreira, 2001; Lima; Bensusan, 2003; Little, 2002).

Dedicado a esse debate, parte importante do empenho conduzido pelo Ministério do Meio Ambiente em articulação com o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e com os movimentos sociais foi instituir um fórum popular para discutir a produção de reconhecimento, direito e identidade elaborada a partir do conceito de tradicionalidade.

No I Encontro Nacional de Comunidades Tradicionais, realizado em agosto de 2005 em Luziânia/GO⁷⁰ foram levantados questionamentos a respeito de quem seriam as “comunidades tradicionais” a que se referia o Estado, e quais seriam as principais demandas e políticas públicas relacionadas a esses coletivos:

No Ministério do Meio Ambiente nós fizemos um esforço para trazer grupos dos mais diversos e ter o máximo de diversidade nas pautas que iriam construir a Política [Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais, PNCPT]. Também convidamos antropólogas e antropólogos que pudessem nos ajudar a construir esse debate da melhor forma possível. A ideia era criar uma definição de tradicionalidade que fosse representativa para as comunidades e que contasse com o suporte teórico. Esse período foi muito interessante. Os antropólogos falavam sobre identidade. As comunidades falavam sobre ancestralidade. Ancestralidade não era um conceito que os antropólogos lidavam bem, mas foi uma referência construtora em toda política.

Identidade preservada. Depoimento concedido em 20/03/2022

Na conversa reportada acima, que tive com uma das antropólogas atuantes no Ministério do Meio Ambiente durante os eventos preparatórios da PNCPT, falávamos sobre como o conceito de ancestralidade, se não servia

⁷⁰ Organizado a partir da Comissão Nacional de Desenvolvimento Sustentável das Comunidades Tradicionais (CNPCT). Para tanto, vide Decreto nº 10.408 de 27 de dezembro de 2004.

como categoria analítica, muito bem operava como referência de articulação entre os coletivos ali reunidos. Todo modo, das dissonâncias entre os propositores do debate, se tornava comum o entendimento de que definições identitárias, quaisquer que fossem, caberiam tão somente aos seus próprios referentes.

Por parte do Ministério do Meio Ambiente essa autorreferência passava a ser uma forma institucional de atribuir existência ao conceito identitário, sem reduzi-lo à retórica utilizada para demarcar um grupo, um saber ou uma prática a partir de uma realidade exterior. Por este empenho, das muitas idas e vindas⁷¹ que marcaram a trajetória do conceito de “povos e comunidades tradicionais” no Decreto nº 6.040, de 07 de fevereiro de 2007, que institui a PNCPT, ficou definido o entendimento em torno de “grupos culturalmente diferenciados e que se reconhecem como tais, que possuem formas próprias de organização social, que ocupam e usam territórios e recursos naturais como condição para sua reprodução cultural, social, religiosa, ancestral e econômica, utilizando conhecimentos, inovações e práticas gerados e transmitidos pela tradição”.

Grifo que, neste movimento, diversidade e identidade se fundem em uma só acepção. Afinal, sendo autorreferida, a genealogia do reconhecimento de si – ou mesmo a invenção daquilo que se é ou mesmo do que se pode ser, lembrando de Roy Wagner – passava pela produção de diferenças percebidas em relação ao outro. Afinal, só há identidade onde possa ser notada diferença, originando daí uma miríade de diferenciações.

Distante de um entendimento restrito a um só ministério, essa pactuação foi feita em colaboração e pelo trânsito de posições e sujeitos atuantes entre o Ministério do Meio Ambiente e da Saúde, e dentro desse último, entre o Departamento de Atenção Básica e o de Assistência Farmacêutica. Esse movimento também contou com o fluxo de lideranças comunitárias participativas desde o Encontro Nacional de Comunidades Tradicionais até o Grupo de Trabalho Interministerial para Formulação da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos:

⁷¹ Pode acompanhar esse itinerário a partir das atas das reuniões da Comissão Nacional de Desenvolvimento Sustentável das Comunidades Tradicionais, disponíveis *online* em <http://portalypade.mma.gov.br/atas-de-reunioes>. Acesso em 12/05/2022.

Sobre a participação das comunidades na construção e implementação das Políticas, é importante dizer que o “pessoal da ponta” participou das discussões. Todos os grupos de trabalho realizados até o momento para a discussão destas Políticas foram feitos de forma participativa. Apesar de não se constituir em uma política pública ideal para todos os setores, tais políticas podem ser entendidas como grandes avanços, na medida em que introduzem nos sistemas oficiais de saúde, práticas que apresentam uma outra forma de ver e entender o ser humano. O objetivo não é o de institucionalizar práticas tradicionais e sim o de pensar de que forma tais práticas podem contribuir para o sistema oficial de saúde (Ângelo Giovani, à época Assessor Técnico do DAF/SCTIE/MS. Apud FUNASA, 2007, p.176).

Com o conceito de tradicionalidade sendo definido como elemento autorreferido, se ampliava a participação e legitimidade de coletivos dos mais diversos para dentro das políticas e dos direitos gestados desde a CDB. No Ministério da Saúde, no entanto, o tema era lido com preocupação, pois conflitava com os modos de reconhecimento e legitimação próprios do regime sanitário, que mantém sob sua tutela a definição das realidades que governam:

Fitoterápicos não era uma coisa só falada no Ministério da Saúde. Entre a gente, no MMA [Ministério do Meio Ambiente], também se falava muito disso. Era a bola da vez naquele momento. As comunidades tinham interesse em produzir e comercializar seus produtos, mas havia um embargo muito grande quanto a isso.

Identidade preservada. Depoimento concedido em 20/03/2022

No caso dos fitoterápicos reconhecidos pela Anvisa sob a alcunha da tradicionalidade, como já foi apresentado a partir resolução vigente na época (RDC nº 17/2000), a referência identitária passou a ser mobilizada como marco temporal e a despeito de seus anunciantes. Guiná-la a uma autorreferência seria uma antítese ao empenho de atribuir estatuto de oficialidade, cujo

reconhecimento é de domínio da Anvisa e a Anvisa, por sua vez, de domínio dos participantes que tomam parte nas consultas públicas e diretorias colegiadas⁷²:

Se a fitoterapia entrasse no Ministério da Saúde pela via do conhecimento popular e tradicional seria no âmbito dos serviços e das tecnologias de saúde. E então a Anvisa precisaria regular, não é mesmo? Imagina a Anvisa regulando Pajé [demonstrava embarço]. Imagina a Anvisa regulando as ações de educação popular que nos ensinam sobre saúde a partir daquilo que temos em nossos próprios quintais. Nós tivemos muito trabalho e nos custou muito assumir a *fito* científica [...] Nós vivíamos o momento do “o que é possível”. Não se pode conseguir tudo de uma vez. Então ampliar acesso sem comprar brigas e, principalmente, não proibir ninguém de fazer o que fazia de melhor – que era colocar o seu conhecimento a serviço de todo mundo – foi o que nos fez seguir com a fito científica

Carmem de Simoni. Depoimento concedido em 04/11/2021

Precisamos deixar claro que a fitoterapia não é tradicional. Ela é uma terapêutica caracterizada pelo uso de plantas medicinais de diferentes formas farmacêuticas. Ela segue a linha alopática (Ângelo Giovani, à época Assessor Técnico do DAF/SCTIE/MS. Apud FUNASA, 2007, p.176).

Os posicionamentos apresentados acima, dirigidos por quem pensava em como e quem participaria caso uma política nacional dedicada à fitoterapia fosse aprovada, reconhece os limites e responsabilidades da pactuação produzida no âmbito federal. Quanto mais a regulamentação forma consensos na saúde institucionalizada, tanto mais complexa se torna a rede de relações controladas e restringidas pela regulamentação. Através de uma tradicionalidade já pronta, moldada a partir dos guias e relatórios inscritos na saúde global, tanto despoja-se esse conceito de etnicidade, como dele faz refém a própria dinâmica que diversifica a produção de identidades.

⁷² A este respeito, trabalhos anteriores ajudam a grifar que perante as instituições relacionadas a gestão de tecnologias em sistemas públicos de saúde, dispor de mecanismos e espaços formais para participação civil não significa, necessariamente, diversidade de pautas ou mundos em disputa. Nem tampouco entra em jogo pensar na questão de tecnologia de um modo radicado em cosmologias plurais (Gauvin; Abelson; Giacomini; Eyles *et al.*, 2010; Kreis; Schmidt, 2013; Lopes; Novaes; Soàrez, 2020).

Assim, o movimento de reconhecimento do conceito de “tradição” na fitoterapia brasileira fez com que a oficialidade conferida a esta modalidade terapêutica passasse a expressar ideias divergentes inscritas sobre a textura da mesma palavra.

Eu fui em muitos eventos discutir porque a gente [Ministério da Saúde] não trabalharia com a fitoterapia popular e oriunda do conhecimento tradicional. Naquela época essa escolha era muito clara. Hoje, passados 15 anos de tudo isso, eu tenho muito mais dúvidas do que naquele momento.

Carmem de Simoni. Depoimento concedido em 04/11/2021

4.7 O remédio do feiticeiro: formas mutáveis do capitalismo transnacional

Entre 2003 e 2005 a fitoterapia havia ganhado pauta em onze ministérios, tornando-se um eixo transversal do trabalho em Brasília. Mais do que isso, caminhava em consonância com um outro interesse do governo de Luiz Inácio Lula da Silva em seu primeiro mandato.

Os anos nos quais corre a institucionalização da fitoterapia no SUS se relacionam fortemente com a intensificação da atividade diplomática brasileira. Nos dois primeiros anos de mandato de Lula – 2003 e 2004 – o presidente visitou pessoalmente 35 diferentes países e, em contrapartida, recebeu 39 governos estrangeiros no Palácio do Planalto (Amorim, 2005). A conduta foi acompanhada pela retomada do Mercosul e pela emergência do bloco econômico de países com mercados emergentes, o BRICS⁷³, condição que se fez acompanhada por maior equanimidade do Brasil na agenda da ONU e OMS.

Assim, ao passo que o país reunia diferentes atores para compor suas políticas nacionais, os debates caminhavam orientados pelo alinhamento do Brasil aos acordos e entendimentos construídos no âmbito da agenda global. Como um aceno a essa condição, a ida do presidente ainda nos primeiros meses de governo ao Fórum Social Mundial (em Porto Alegre, 2003) e ao Fórum

⁷³ Embora os BRICS tenham se consolidado em 2009, anos antes, Índia, Brasil e África do Sul já se mantinham em regime colaborativo sobre a sigla IBAS, ou G-3.

Econômico Mundial (em Davos, 2003), duas reuniões internacionais antagônicas, evidenciava a tentativa de instituir um país livre dos imperativos da oposição.

Dois aspectos desse intento se refletiram em propostas para a fitoterapia pública brasileira. Primeiro, a própria inclusão de plantas medicinais e fitoterápicos na assistência farmacêutica do SUS, o que por consequência incluía intensificar os mecanismos para sua regulação. Ao passo que o conceito de tradição/tradicionalidade passava a figurar não só como elemento de identidade, mas também de legitimidade no controle sanitário, entre os Estados-membros da ONU que colaboram para viabilizar o trânsito de mercadorias e entendimentos entre diferentes países, maior era o interesse por fazer desse termo um qualitativo comum.

Por parte da OMS a proposta era reunir os expoentes deste debate para harmonizar o conceito. Neste empenho, vale notar que os países do BRICS, sobretudo Brasil, China e Índia, paulatinamente se tornaram protagonistas na regulação daquilo que na OMS passava a ser conhecido como *traditional, complementary and alternative medicine*. Essa condição ilustra não só uma convergência de oposições, em que o emergente e o tradicional se alinha com o influente e o convencional. Trata-se também do momento em que a transnacionalização da economia se encontra com a transculturação dos cuidados em um mesmo projeto político.

Na fitoterapia, a assunção diplomática do Brasil foi seguida pelo protagonismo da Anvisa junto aos comitês internacionais dedicados ao tema. Por esta via o país ingressou no *Pan American Network for Drug Regulatory Harmonization* (PANDRH), conduzido no âmbito da OPAS, no *International Regulatory Cooperation for Herbal Medicines* (IRCH), proposto pela própria OMS e também no *Committee on Herbal Medicinal Products (HMPC) da União Europeia*.

Ao passo que o conceito de tradição/tradicionalidade fazia converger diferentes bandeiras e lutas, conforme avançava o debate em torno da institucionalização da fitoterapia no SUS, ele próprio passava a ser argumento para cindir sujeitos, práticas e participações em lados opostos. De um lado uma tradição dinâmica e local, própria da “participação social”. De outro uma tradição

standard, fundamentada na generalização de convenções em um nível amplo e internacional.

Dos relatos que recebi em campo, um segundo aspecto que reflete a confluência das políticas internas e externas nos primeiros anos do governo Lula se refere aos meios criados para que a agricultura familiar e de base comunitária tomasse parte na cadeia produtiva relacionada aos produtos da biodiversidade.

Até então, a assistência farmacêutica de fitoterápicos era pensada de modo restrito ao circuito dos grandes fornecedores de matéria-prima vegetal. Uma vez que a manipulação e a fabricação neste setor estão relacionadas com a produção agrícola, o trabalho passou a redesenhar a assistência farmacêutica para abarcar pequenos produtores, assentados rurais, comunidades extrativistas e agricultores familiares.

A ação se fazia alinhada com as prioridades do governo federal naquele momento, sobretudo orientadas para o combate à fome e à pobreza, temas que haviam se elevado ao estatuto de Ministério⁷⁴. O pano de fundo era fazer com que a fitoterapia praticada no SUS fosse veículo de promoção para novas formas de participação, trabalho e geração de renda. Para isso, o Estado fomentava arranjos de cooperação entre agências públicas de financiamento e pesquisa, bancos internacionais, organizações não governamentais, associações agrícolas comunitárias e empresas privadas que floresciam ao redor do globo na carreira do “*greentech*” do “capitalismo verde” e do “desenvolvimento sustentável”.

Ao passo que no cenário internacional o Brasil ampliava seu diálogo com o G-8, grupo de Estados mais influentes na ONU, a aposta era justamente que a valorização de modos tradicionais de uso e produção de plantas medicinais gerasse também redução das desigualdades sociais⁷⁵.

⁷⁴ O Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) foi instituído a partir da Lei nº 10.869, de 13 de maio de 2004. Com o ato, o então Ministério da Assistência Social passou à nova denominação e suas funções reorientadas para promover a inclusão social, a segurança alimentar e a garantia de renda mínima de cidadania a famílias em situação de pobreza.

⁷⁵ Contra o pretexto de qualquer integração ou viabilidade desta proposição, vale notar que as comunidades tradicionais, extrativistas e subsistentes da agricultura familiar sempre estiveram para o Brasil à mesma distância que o Brasil sempre esteve dos países do G-8 (como bem observou Cunha, 2009).

Na esteira de um projeto diplomático, a visão da fitoterapia como uma modalidade terapêutica “de visão integral”, nacional, plural e alinhada com a diversidade cultural se encontrava com as pactuações das novas formas do capitalismo transnacional. O desafio posto passava a ser, então, como conectar mundos resguardados por dissenções econômicas, políticas e cosmológicas sobre o mesmo plano de governo.

4.8 Virada holística: o encontro do professor de ciências naturais com o pajé e seus ancestrais

A partir de 2005 o conceito de *práticas integrativas e complementares* surgiu como uma das formas do governo de fazer política.

Até este momento, o modo de reconhecer a fitoterapia como modalidade terapêutica girava em torno de uma forma *alternativa* de medicina e medicamento, conceito rebatido tanto pelas entidades de classe profissional como pelo Conselho Nacional de Saúde. Foi com a conversão de termos – de *medicina* para *práticas* e de *alternativas* para *integrativas e complementares* – que se tornou possível a inclusão e reconhecimento de uma miríade de regimes de cuidado holísticos para dentro do SUS. Junto com a fitoterapia, a primeira versão da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares contemplava outras quatro modalidades terapêuticas: medicina tradicional chinesa/acupuntura, homeopatia, antroposofia e o termalismo social/crenoterapia.

A instituição do termo “práticas integrativas e complementares” operou relações entre mundos até então incomensuráveis. O uso terapêutico de *plantas medicinais*, por exemplo, sempre considerado uma farmacologia menor, se revestia de oficialidade somente quando considerado sob a forma de *medicamento fitoterápico*. Com uma política pública que passava a assegurar a integração de diferentes regimes de cuidado, ambas possibilidades passavam a confluir no campo institucional. Essa foi também uma maneira de prolongar o diálogo sobre diferentes modos de aprender e produzir cuidados pela via das plantas. Sob o argumento da complementariedade, regimes terapêuticos apoiados na leitura tecnocientífica passavam a se encontrar com outros, que têm

na escuta e na oralidade formas mais coesas de produzir experiências, como se pudessem transcender um ao outro se conduzidos em paralelo. Não sem controvérsias, foi a ênfase na questão da “integração” e da “complementariedade” que também serviu de alibi para que importantes distinções não fossem postas à mesa conforme o holismo tomou parte na saúde institucionalizada. Ilustro com um exemplo.

Durante o trabalho de campo, quando tive oportunidade de conversar com participantes do Seminário Nacional de Plantas Medicinais, Fitoterápicos e Assistência Farmacêutica, algumas vezes fui apresentado a um inusitado encontro ocorrido no segundo dia de atividades desse evento.

Como o seminário anterior havia sido marcado por um caráter fundamentalmente tecnicista sobre a fitoterapia, a proposta naquele momento era ampliar o debate sobre a assistência farmacêutica a partir de outros regimes de conhecimento, caminho que havia sido aberto na vereda das práticas integrativas e complementares. Para isso, foi organizada uma mesa de debate transversal em torno do uso terapêutico de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos.

Entre os expositores foi convidado um professor de ciências naturais do sul do Brasil: “excelente pessoa”, “notório profissional cientista”, “um acadêmico da melhor qualidade como pesquisador de plantas medicinais” foram alguns dos qualificativos usados para apresentá-lo a mim evitando uma referência direta ao colega. Junto dele foi convidado um “pajé...um xamã”. Procurei algumas vezes recuperar o nome desse participante, notadamente indígena, mas as diferentes pessoas que me relataram o caso não puderam recordar. Em referência ao esquecimento, cabe uma observação antes de avançar.

“Pajé” deriva do tupi falado na costa atlântica brasileira e se tornou genérico, sendo transportado da etnologia e dos movimentos indigenistas para outros contextos. No mesmo fluxo, “xamã” calhou por se tornar um termo panamericano, recentemente, inclusive, incorporado por modalidades terapêuticas e religiosas da Nova Era (Fernandes, 2018; Magnani, 1999). Ambos são usados para indicar os/as praticantes que desempenham cuidados relacionados com a manutenção da vida em comunidades indígenas, por vezes referidos como se fossem termos correspondentes aos sujeitos de saber

especializado das sociedades modernas, como são os médicos, enfermeiros, entre tantos outros. Talvez por isso o “pajé” possa ter sido convidado àquele evento, para falar como um especialista aos modos brancos.

Porém, vale notar que essa correspondência não é direta, nem precisa. O xamanismo não opera sob o mesmo regime de conhecimento ou legitimidade do saber especializado, não se limita a um ritual específico, nem necessariamente precisa de xamã para acontecer. Entre os Parakanã da região do Xingu, por exemplo, são as pessoas comuns que se encontram com os espíritos e animais da floresta para trazer deles os cantos que serão executados em um momento de doença, cura, guerra ou outra necessidade (Cohn; Sztutman, 2003). Assim, o aspecto genérico de termos como “pajé” e “xamã” apaga distinções fundamentais entre diferentes realidades do que é e de como se promove cuidado em contextos distintos. O esquecimento seletivo de seu nome, mais do que isso, apaga sua singularidade. Retomo o caso.

No Seminário Nacional de Plantas Medicinais, Fitoterápicos e Assistência Farmacêutica o “notório profissional cientista” foi convidado a se sentar em uma extremidade da mesa de debates e o “pajé” ou “xamã” em outra. Entre eles, duas farmacêuticas mediadoras do encontro: uma ligada à assistência farmacêutica, outra às práticas integrativas e complementares. Com um espectro amplo e polarizado do “científico ao tradicional”, a fitoterapia poderia ser vista naquela mesa como posições distintas ou até mesmo opostas, mas complementares.

A paisagem do modo como eu a descrevo, no entanto, talvez seja uma imagem muito parcial dessa cena. Afinal, o retrato de quem assiste a uma mesa de debate composta pela presença de quatro pessoas alinhadas em posição de oratória poderia muito bem não ser comum a todos participantes que lá estavam. Como Davi Kopenawa certa vez retratou ao falar do seu contato com os brancos (Kopenawa; Albert, 2019), junto dos xamãs sempre estão seres que a racionalidade do ocidente não permite ver. Nas negociações com a fala e com as ideias do mundo branco, a propícia visão do invisível é que opera e toma parte. São vários seres que falam pela voz do xamã, que se anuncia como encontro e porta-voz desse coletivo de existências.

É justamente a necessidade de comunicar a multiplicidade de existências que toma parte em sua fala aos não-indígenas que faz do xamã

fundamentalmente um diplomata, no sentido que Stengers (2018) dá ao termo, aquele que evita o conflito sem precisar estabelecer um ponto de vista único, nem acreditar na paz perpétua⁷⁶. Assim, talvez, o recado daquela mesa fosse mesmo aquele que os diplomatas recorrentemente dão: o de prolongar o debate. Nesse caso em particular restava a dúvida sobre a possibilidade da fitoterapia no SUS operar a integração de sujeitos e saberes sem redução de mundos opostos, como os que estavam ali em jogo.

Opostos e em guerra, inclusive. Tão logo as falas se iniciaram, o pajé assumiu a abertura com um canto e foi prontamente interpelado pelo professor de ciências naturais. Aquela forma de comunicação, pouco habitual no rito das tecnociências, causou um descompasso que o ouvinte não soube lidar se não pela acusação de que aquilo já estava indo longe demais dos objetivos pelos quais havia sido convidado a participar. A intransigência, no entanto, foi atenuada pelas pessoas que me relataram o caso, justificada pelas demandas colocadas em mesa: “ele queria discutir as questões de inovação do medicamento fitoterápico, e o indígena trouxe a questão da planta como um ser. Pra mim aquilo foi incrível, mas para algumas pessoas, foi desconfortável”.

A paz parece ser algo que realmente se faz a dois. Em oportunidades históricas em que as tecnociências puderam rever seus modos de ser no mundo, nunca tardou para que toda política nela contida viesse à tona. Em contraparte, sempre se espera dos sujeitos afeitos a outros regimes de conhecimentos, sobretudo aqueles nomeados tradicionais, a sabedoria suficiente para evitar a guerra.

Apesar disso o encontro não terminou de modo trágico. A fala final desse debate, conduzida por uma farmacêutica proponente das práticas integrativas e complementares no cenário nacional, foi habilidosa em perceber que daquelas diferenças havia um bocado de mal entendidos resguardados pela história. Afinal, no passado, os cientistas parecem ter tido motivos admiráveis para lutar em favor da separação entre argumento e retórica: afrontaram monstros, lutaram

⁷⁶ Em interações cosmológicas a autora contrapõe a figura do especialista/expert com a do diplomata. Em sua proposição cosmopolítica (Stengers, 2018a), o expert conversa partindo do entendimento e da certeza de que seu mundo não está ameaçado. Já o diplomata parte do ponto oposto, interessado sempre em adiar o confronto provável em favor da possibilidade de um outro futuro possível.

contra dragões. O momento, no entanto, era outro. E as práticas integrativas e complementares foram habilidosas em transformar o possível conflito em exercício de tolerância.

Sob os efeitos da integração e da complementariedade, o encontro terminou com um abraço do professor e do pajé. “Isso significa que o grupo teve harmonia, mesmo com suas diferenças. Para mim foi uma coisa inesquecível daquele seminário”.

Tento me limitar aqui às exigências que à época entravam em cena pela via das práticas integrativas e complementares. Não porque eu considere que encontros dessa ordem não possam ocorrer de modo mais promissor, mas para não insistir em uma amálgama holística-integradora que precipita todos os problemas. Faço destaque ao caráter mais conciliador desta abordagem terapêutica, que nada deixa de fora pois tudo complementa, e ao modo como sua entrada no campo da política e das ciências da saúde mudou as regras do jogo institucional.

O termo “práticas integrativas e complementares” (ou PICS) emergiu em um dos momentos históricos de maior participação social na vida do SUS. Com sua institucionalização, ajudou a construir novas relações no cotidiano dos cuidados e das instituições, das quais destaco a tolerância em oposição à guerra da razão. A proposta, no entanto, expõe o caráter nada neutro das questões aqui colocadas.

Como ironiza Stengers (2020), feliz aquele que se julga livre para redefinir a partir dos seus próprios termos a maneira como o “outro” deve habitar esse mundo. Tanto a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) como a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF) fizeram valer no SUS exigências particulares e uma nova linguagem, vindas do desejo e da luta por maior participação e diversificação, sobretudo no cotidiano dos serviços de atenção primária. Paradoxalmente, no entanto, o seu modo de imaginar não se fez distante daquele prevalente no campo dos cuidados. Ao menos na fitoterapia, presente tanto na PNPIC como na PNPMF, foram incorporados os termos “diversidade”, “tradicionalidade” e “cultura”. Mas não os sujeitos afeitos a esses termos em seus próprios modos de existência. A eles, se deixou reservado a Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena, a

Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais e, adiante, a Política Nacional de Educação Popular em Saúde. Um outro espaço, uma outra política, outro debate.

Se antes a fitoterapia vista como alternativa era oposicionista, quem então se opõe à captura de regimes de subjetividade quando tudo passa a ser integrado?

5 IDENTIDADE, ETNICIDADE E O JUÍZO SANITÁRIO ENTORNO DO CONCEITO DE TRADICIONALIDADE

5.1 “De trás para frente”: o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos

Em janeiro de 2007, apenas três semanas após o início do segundo mandato presidencial de Luís Inácio Lula da Silva, o Governo Federal anunciou um conjunto de medidas tributárias, fiscais, de crédito e infraestrutura nomeado como Plano de Aceleração do Crescimento⁷⁷. O PAC, como ficou conhecido, considerava o poder público como uma espécie de catalizador do Produto Interno Bruto. À época os economistas apontavam uma correlação direta entre os investimentos do Estado e a participação do Mercado no crescimento do PIB, priorizando projetos e ideias que fundissem essa oposição.

No ano seguinte, 2008, o PAC foi espelhado em um outro programa do Governo Federal, o “Mais Saúde”. Específico ao campo da assistência médica e farmacêutica, o programa era amplo: além da criação de novas unidades básicas, estratégias operacionais e de financiamento, propunha incentivo ao setor químico, farmacêutico e biotecnológico, fomentando investimentos em insumos farmacêuticos ativos vegetais⁷⁸.

Como apresenta o relatório parcial do programa, que por suas semelhanças com o primeiro recebeu o apelido de “PAC da Saúde”, a ação era de reordenação radical do SUS, pensando a “Reforma Sanitária brasileira com um novo padrão de desenvolvimento comprometido com o crescimento, o bem-estar e a equidade” (Brasil, 2010a). Assim, se na reforma sanitária a ideia de *saúde* havia se inscrito em torno de um novo Estado, produzindo sua identidade

⁷⁷ Criado a partir do Decreto nº 6.025, de 25 de janeiro de 2007. Para uma leitura desta proposta sobre a ótica das novas alianças entre Estado e Mercado que passam a valer, vide Jardim e Silva (2015).

⁷⁸ Como mostra o relatório “Mais Saúde: Direito de Todos 2008-2011” (Brasil, 2010a), a partir de 2008 a ampliação do número de medicamentos fitoterápicos no SUS passou a ser uma nova ação no escopo de trabalho-atuação do Governo Federal. Segundo este mesmo relatório, a atividade previa a inclusão de 30 novos medicamentos na RENAME, com orçamento quadrienal de R\$ 5.943.665.311,00 (Ação 2.3.5, p.42). A esse montante se almejava ainda capacitar profissionais de saúde e gestores em Plantas Medicinais/Fitoterapia (orçamento quadrienal de R\$ 1.112.100,00, conforme a ação 2.3.6, p.42) e consolidar o Centro de Pesquisa e Desenvolvimento - P&D em fitoterápicos, provisionado para alocação de R\$ 45.000.000,00 vindos de recursos do BNDES (Ação 3.15.7, p.80).

sob o mote do “fortalecimento democrático”, a partir de 2008 o termo se torna sinônimo de “crescimento econômico”, motor para a aceleração do capital nacional.

Longe de ser meramente semântica, essa mudança aponta às novas relações que entravam em cena no imaginário institucional desde Brasília. Como reflexo de um país que buscava caminhos para um rápido crescimento econômico, o PAC e o Mais Saúde se tornaram formas de pensar sobre como conduzir um Brasil sob ritmo acelerado. Nesta via, a fitoterapia avançava no SUS não só como modalidade terapêutica, mas como veículo do das mudanças desejadas.

Em Brasília, os anos anteriores haviam sido marcados por uma grande articulação em torno da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Em seu texto, a Política havia pactuado uma fina orquestra de 17 diretrizes e 71 ações, articulando desde os industriais, passando pelo BNDES, até as comunidades que jamais tiveram espaço no ideário de crescimento do Estado. De modo inédito no campo farmacêutico nacional, a PNPMF havia ratificado a CDB e a repartição de benefícios oriundos do acesso ao conhecimento tradicional associado ao patrimônio genético. Também fomentou a criação de cadeias produtivas para geração de trabalho e renda entre comunidades extrativistas, assentados da reforma agrária e agricultores familiares, além de estimular a construção de regulamentações orientadas à salvaguarda, apoio e preservação de conhecimentos e práticas dos povos autorreferidos tradicionais. Juntas, essas ações compunham uma equação bem diagramada, em que a redução das desigualdades passava a ser multiplicador, e não divisor do PIB nacional.

No intento de cumprir os objetivos da PNPMF, a partir de 2007 o esforço do Ministério da Saúde se dirigiu à construção do Programa Nacional de Plantas Medicinais e Medicamentos Fitoterápicos:

Eu cheguei no DAF [Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos] em 2007. Foi para implementar o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Antes, quem estava trabalhando com Fitoterapia no DAF era o Ângelo Giovani e a Rosane Maria da Silva Alves. Chegamos a dividir a mesa de trabalho por algum

tempo. Depois que o Ângelo Giovani deixou o DAF para estudar no Canadá, ficamos em duas pessoas trabalhando só com essa Política. Essa dedicação exclusiva foi um grande diferencial para construir o Programa [Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos], que demandou muito trabalho, muitas discussões e pactuações com outros ministérios e instituições.

Kátia Regina Torres (Consultora do Ministério da Saúde para a Política e o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos entre 2007 e 2020). Depoimento concedido em 20/11/2020

Nas etapas iniciais da construção da PNPMF a fitoterapia era pensada e produzida a partir do Departamento de Atenção Básica e, assim, assumia compromissos mais próximos da assistência e do cuidado. Com a transferência para o Departamento de Assistência Farmacêutica, o debate passou a girar entorno das tecnologias necessárias para que estes cuidados pudessem ser produzidos.

As equipes do Departamento de Atenção Básica [Carmem de Simoni e Iracema Benevides] e do DAF trabalharam muito proximamente na construção das duas Políticas [PNPMF e PNPIC] e nas discussões junto ao Conselho Nacional de Saúde e em fóruns do setor. A PNPIC, no DAB, mais voltada ao serviço de atenção à saúde e a PNPMF, no DAF, mais voltada a plantas medicinais e fitoterápicos por serem medicamentos, insumos estratégicos.

Kátia Regina Torres. Depoimento concedido em 20/11/2020

No ato de sua publicação, o decreto que deu origem à PNPMF estabeleceu 120 dias para construção do Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos⁷⁹. A celeridade se fazia alinhada com o ritmo das pactuações do PAC. Mas se prolongou, e muito.

Durante todo o ano de 2007 o setor do Departamento de Assistência Farmacêutica responsável por conduzir o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos teve a Anvisa como principal interlocutor. Muitas das pessoas com quem manteve contato no decorrer do trabalho de campo relataram

⁷⁹ Decreto Presidencial nº 5.813, de 22 de julho de 2006.

como a interação entre os coordenadores e a equipe de trabalho atuante entre o DAF/SCITE e a Anvisa foram fundamentais para a construção de uma agenda de trabalho comum e, mais importante, de um imaginário compartilhado entorno da fitoterapia pública brasileira. Não por acaso, a Anvisa foi a única a cumprir integralmente as atividades preconizadas pelo Ministério da Saúde a partir da PNPMF.

Fruto de uma linguagem e entendimento construídos sob o léxico farmacêutico, neste momento a construção do Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos caminhava com pouca hesitação institucional. Justamente o alinhamento entre pares foi o que permitiu que o tema avançasse em ritmo industrial. Com apoio do Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS), já em 2007 os recursos financeiros destinados ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica⁸⁰ passaram a ter medicamentos fitoterápicos como modalidade terapêutica possível no SUS, ação decidida antes mesmo de serem pactuadas as diretrizes que norteariam a oferta:

Nós começamos de trás para frente. Mas tinha muita necessidade de avançar e foi por aí que conseguimos. Já em 2007, antes mesmo da publicação do Programa, o DAF conseguiu pactuar com CONASS e CONASEMS a inclusão de dois fitoterápicos no financiamento da assistência farmacêutica básica. Em 2009, foi divulgada a RENISUS e, em 2012, os fitoterápicos financiados – aí já eram 12 –, foram incluídos na RENAME. A partir de 2007, também houve reuniões frequentes com áreas técnicas da Anvisa para atualização da regulamentação de boas práticas de manipulação e de fabricação de fitoterápicos e de insumos.

Kátia Regina Torres. Depoimento concedido em 20/11/2020

Como se vê, os itinerários da burocracia institucional nem sempre são lineares⁸¹. O Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos entrou

⁸⁰ Trata-se de uma relação de medicamentos e insumos farmacêuticos voltados aos agravos prevalentes e prioritários da Atenção Básica no SUS. A relação pactua percentuais de participação orçamentária entre as diferentes esferas de governo, da qual grifo nesta passagem aquelas financiadas pela União. Sobre a inclusão de fitoterápicos no componente básico a partir de 2007, vide Portaria nº 3.237, de 24 de dezembro de 2007.

⁸¹ Este apontamento será recuperado na próxima seção. No momento, pretendo apenas contrapor a racionalidade burocrática que vela o rito institucional com o argumento de seus próprios anunciantes. Ao contrário da burocracia ser o procedimento garantidor da linearidade

em consulta pública somente em dezembro de 2007, mais de quinhentos dias após a publicação da PNPMF. Entre as contribuições enviadas ao Ministério da Saúde, talvez a primeira delas expresse a urgência da época: “Cá entre nós, já perdemos mais de 20 anos em implementar o uso racional de plantas medicinais neste país” (Brasil, 2007).

Entre outras 724 contribuições enviadas é possível ver como o conceito de tradição/tradicionalidade era insurgente no debate sobre a institucionalização da fitoterapia no Brasil. Durante os noventa dias em que o Ministério da Saúde manteve a consulta pública em aberto, foram feitas 366 referências ao tema. No mesmo documento, conceitos já caros à assistência farmacêutica, como “farmácia”, “industrialização”, “fabricação” e “manipulação”, juntos, não somaram um terço das citações⁸².

Algumas dessas contribuições eram 10 em 1. Ou seja, em uma contribuição havia mais de dez sugestões. Instituições, empresas e profissionais envolvidos na cadeia produtiva participaram da consulta pública. Foi muito difícil contemplar tudo. Cada um queria que sua contribuição estivesse ali exatamente como foi sugerida. A pactuação foi feita em discussão com os dez ministérios que naquele momento estavam envolvidos com a Política [Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos], mais Anvisa e Fiocruz. Todo esse trabalho foi coordenado pelo Ministério da Saúde. Foi um trabalho bastante árduo. Em quase 15 anos do Programa, não vi nada que não esteja contemplado nele.

Kátia Regina Torres. Depoimento concedido em 20/11/2020

O Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos foi lançado em dezembro de 2008⁸³. O documento condensa 436 diretrizes que orientam a PNPMF como *política*, ou seja, como modo de pensar, gerir e criar formas de

das operações, da impessoalidade, e do primor técnico nas tomadas de decisões do Estado – aos modos como Max Weber (2022) a anuncia – o que se vê na mecânica dessas relações é algo muito mais sensível e tênue, construído nos limites do poder e da autoridade, mas sob as formas da eficiência e da celeridade.

⁸² O número de citações é apresentado a seguir, já excluídas as duplicidades: “tradicional” (239); “tradicional” (99), “tradições” (13), “tradição” (11), “tradicionalmente” (4); “farmácia” (11), “indústrias” (19), “industrial” (8), “fabricação” (34) e “manipulação” (53).

⁸³ Vide Portaria Interministerial nº 2.960, de 9 de dezembro de 2009.

existência para plantas, medicamentos, sujeitos e conhecimentos dentro do SUS.

Embora o trabalho seja fruto de muito empenho e fale constantemente *em* “saberes tradicionais”, demorou muito para que falasse *com* esses saberes. Somente após a publicação do Programa é que o Ministério da Saúde instaurou um comitê para debater suas ações com os atores aos quais faz referência. Em outras palavras, foi depois de pronto o conceito, seu lugar e entendimento que os povos autorreferidos “tradicionais” puderam dele participar.

No auge, então, de uma história construída ao avesso, antes de apresentar o Comitê Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos essa seção termina com um convite ao imaginário: o que poderia ser aqui contado se o Comitê viesse antes do Programa? Ou mesmo se a fitoterapia pública brasileira tivesse sido criada por outros regimes de imaginação? Quais seriam os efeitos da participação prévia dos povos e comunidades tradicionais ou da mobilização de realidades mais diversas nessa construção? Talvez, ainda, se fossem usados frascos contentores que não o da farmácia e do medicamento, quais seriam os fitoterápicos possíveis para o SUS?

Sem me ater à nostalgia de um futuro que jamais veio, considero pertinente responder a essas perguntas com uma dobra reflexiva delas mesmas: quais foram os efeitos que a imaginação de uma certa “cultura” ou “tradição” produziu sobre as identidades dos povos autorreferidos como “tradicionais” a partir da PNPMF?

5.2 A questão da “representação” no Comitê Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos

O mesmo ato jurídico que aprovou o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos – a Portaria Interministerial nº 2.960, de 9 de dezembro de 2008 – também criou o Comitê Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.

Ao longo de sua breve história⁸⁴ o Comitê realizou dezessete reuniões, ocorridas entre setembro/2009 e abril/2015. Indiscutivelmente foi o momento de maior abertura e participação dos sujeitos referidos na PNPMF. Ainda assim, a decorrência de um pelo outro, em que o Comitê vem depois do Programa, deixa ver como a burocracia que rege a mecânica estatal por vezes relaciona poder e autoridade por hierarquia e predeterminação, mesmo em suas tentativas de abertura e pluralização.

As atas e pautas desses encontros registram como o lugar deixado na PNPMF aos povos e comunidades autorreferidas tradicionais, embora já determinado pelo Ministério da Saúde, era ainda um território em disputa.

Na reunião de 03 de abril de 2013, por exemplo, a Anvisa apresentou o “estudo sobre regulamentação internacional e nacional relacionada ao uso tradicional de produtos medicinais de origem vegetal”. O estudo e a apresentação foram realizados a partir da deliberação do Comitê em encontros anteriores. Para parte daquele colegiado o que estava em jogo era a possibilidade de se construir uma regulamentação sanitária capaz de endossar a autorreferência do termo “tradicional”. Com isso, o aparato regulatório se tornaria uma forma de reconhecimento para que diferentes coletivos se tornassem sujeitos juridicamente legitimados a disputar o mercado institucional do qual o SUS faz parte. Essa ação havia sido explicitamente pactuada no Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos como forma de gerar trabalho e renda comunitária, porém sem efetivação até aquele momento⁸⁵.

⁸⁴ Em janeiro de 2019, como um dos primeiros atos do governo presidencial assumido por Jair Messias Bolsonaro, sob o argumento da “otimização”, foram listados para extinção diversos colegiados de representação social participativa na gestão pública (ato conduzido via Decreto nº 9.759, de 11 de abril de 2019). Uma ação movida pelo Partido dos Trabalhadores (PT) junto ao Supremo Tribunal Federal questionou o ato que, além de arbitrário, feria a constitucionalidade: o Executivo não possui autonomia para eliminar colegiados criados via decreto. Um novo pedido de revogação foi elaborado pelo executivo nacional, corrigido em função do equívoco. O pedido, em avaliação no primeiro julgamento, não considerou o recado dado pelo Ministro Marco Aurélio Mello (“a vala comum é sempre muito perigosa”). Através do Decreto Nº 9.812, de 30 de maio de 2019 foi extinto o Comitê Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, assim como vários outros colegiados de participação popular.

⁸⁵ Como consta nas diretrizes de regulamentação do Programa Nacional de Plantas Medicinais e Medicamentos Fitoterápicos, “para o eixo das tradições em plantas medicinais, as regulamentações devem ser direcionadas a salvaguardar, preservar e apoiar os conhecimentos, práticas, saberes e fazeres tradicionais e populares em plantas medicinais, remédios caseiros e demais produtos para a saúde que se estruturam em princípios ancestrais e imateriais, no extrativismo sustentável e na agricultura familiar. A validação e garantias de segurança, eficácia

No debate, a Articulação Pacari apontou como necessária a articulação da PNPMF com a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais, gerida pelo Ministério do Meio Ambiente com participação do Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional, participativo na proteção do patrimônio genético associado ao conhecimento tradicional.

Visto que os direitos da propriedade intelectual são facilmente atribuídos às invenções dos empresariados industriais, mas, dificilmente reconhecidos quando se referem às tecnologias dos povos e comunidades tradicionais, a ideia era então amalgamar um sem número de normativas e instituições que pudessem equiparar direitos inscritos em marcos regulatórios distintos. À época, a Articulação Pacari havia sido acreditada pela Unesco como assessora do Comitê Intergovernamental do Patrimônio Cultural e já havia se articulado com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), com a Agência Pública Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP) e com o Departamento de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde na tentativa de conseguir reconhecimento dos fitoterápicos produzidos por povos e comunidades tradicionais:

No Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos a diretriz 10 fala sobre remédios caseiros. Essa diretriz linca com o Artigo 8J da CDB, mas nunca foi implementada.

Lourdes Cardozo Laureano (Coordenadora da Articulação Pacari). Depoimento concedido em 28/02/2023

A Diretriz 10, qual comentava comigo a representante da Articulação Pacari, é aquela que direciona orçamento do plano plurianual federal para quatro ações diretamente relacionadas com a CDB⁸⁶: (1) apoiar as iniciativas comunitárias voltadas à organização e reconhecimento dos conhecimentos

e qualidade destes produtos são referendadas pela tradição. O incentivo, apoio e fomento ao aprimoramento técnico e sanitário de seus agentes, processos e equipamentos, poderão propiciar a inserção dos detentores destes saberes e de seus produtos no SUS e nos demais mercados” (Brasil, 2009, p. 14).

⁸⁶ Precisamente a diretriz 8J da CDB, citada no trecho acima, se refere a “respeitar, preservar e manter o conhecimento, inovações e práticas das comunidades locais e populações indígenas com estilo de vida tradicionais relevantes à conservação e à utilização sustentável da diversidade biológica e incentivar sua mais ampla aplicação com a aprovação e a participação dos detentores desse conhecimento, inovações e práticas; e encorajar a repartição equitativa dos benefícios oriundos da utilização desse conhecimento, inovações e práticas” (Brasil, 2000a).

tradicionais, (2) criar parcerias do Estado com movimentos sociais, (3) implementar mecanismos de reconhecimento que levassem em conta os diferentes sistemas de conhecimento e (4) promover ações de salvaguarda do patrimônio imaterial relacionado às plantas medicinais.

Embora a proposta fosse parte integrante da própria PNPMF, ao ser apresentada na reunião do dia 03 de abril de 2013, foi prontamente rebatida pela Anvisa. A Agência lembrou que o “Código Penal institui como crime a produção e armazenamento, ainda que não haja comercialização, de qualquer produto que interfira na saúde e não seja regulamentado pela Anvisa” (Brasil, 2013a, II.59-61). Por complemento, indicava que para a criação de um novo produto que não fosse “medicamento” – como anunciado com o termo “remédio caseiro” – seria necessária sua definição não só na PNPMF, mas em lei, condição que em termos práticos colocava embargo à proposta.

Ali era um lugar de ameaça aberta. Existiam várias farmacinhas caseiras pelo Brasil. “Remédio caseiro” era um termo que estava na Política Nacional [de Plantas Medicinais e Fitoterápicos], mas a Anvisa vivia ameaçando. Parecia que não queria que aquilo existisse. Mas a gente não arredava o pé. A gente matinha a esperança que nosso conhecimento um dia seria valorizado.

Lourdes Cardozo Laureano. Depoimento concedido em 28/02/2023

Para além do policiamento sanitário, o aspecto que gostaria de ressaltar nesta passagem é o modo como a especialização da administração pública se tornava uma retórica capaz de amarrar as comunidades tradicionais em um cipó mortífero. Sobretudo os conflitos da relação legalidade/legitimidade acabaram por colocar a Anvisa na posição de uma instituição-árbitro, capaz de assentir ou, ao contrário, separar o referente terapêutico “tradicional” dos sujeitos que o reconhecem como elemento de pertencimento.

Complementar ao depoimento de Lourdes Cardozo Laureano, apresentado acima, Teolide Parizotto Turcatel, que no Comitê Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos representava a agricultura familiar, também me apresentou referências que ajudam a perceber como a fusão comunidades tradicionais-agricultores familiares percebia a participação da Anvisa no Comitê

Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Em março de 2023, Teolide compartilhou comigo uma poesia de sua autoria, escrita em 2016, para os eventos de comemoração dos 10 anos da PNPMF. Na segunda estrofe do poema a autora escreve: “Nesta longa caminhada, muitas dúvidas e questionamentos dos membros surgiram / Até que os biomas passaram a se reunir um dia específico e discutir sua realidade / Como reconhecer o uso tradicional de plantas medicinais e remédios caseiros? / Elaborar o seu Protocolo de produção e boas práticas local sem Anvisa interferir / Melhor forma encontrada para a sociedade organizada gerar renda e prosseguir / Valorizar o conhecimento de uso tradicional, produzir vender seus produtos e progredir”.

Assim, no Comitê Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos se repetia uma velha dualidade: junto da Articulação Pacari estavam outros representantes das comunidades tradicionais, como a Associação Cultural de Preservação do Patrimônio Bantu (ACBANTU). Do outro, a saúde institucionalizada, representada pelas farmácias magistrais e as associações dos produtores industriais.

Ainda na reunião do dia 03 de abril de 2013, a ACBANTU lembrou que tomar o conceito de tradicionalidade como uma categoria autorreferida, ou, nos termos da própria associação, “fazer o tradicional pelo tradicional”, não fechava o diálogo desses grupos com o Estado. Reiterando esta condição, a Articulação Pacari negociava com a Anvisa investindo em termos que a agência sabia ouvir. Lembrava que longe de ser baseada em um empirismo ingênuo, a preparação de plantas medicinais por técnicas tradicionais era também regida por “boas práticas”, termo que no glossário sanitário acena a um conjunto de procedimentos que asseguram qualidade e segurança da preparação terapêutica. No vagar de um debate que não se fazia simples nem breve, a Associação Nacional de Farmácias Magistrais sugeriu a mudança de pauta. A proposta foi endossada pela Associação Brasileira das Empresas do Setor Fitoterápico, Suplemento Alimentar e de Promoção da Saúde (Abifisa), que lembrou que “no âmbito do Comitê já foram esgotadas todas as possibilidades de discussão sobre tradicionalidade” (Brasil, 2013^a, II.82-83).

De certo modo, o contraste e oposição eram constituintes do próprio Comitê, que investia na composição e voto por instâncias de representação

separadas entre “Estado”⁸⁷ e “Sociedade Civil”⁸⁸. E essa, por sua vez, dividida entre representantes do comércio, da indústria farmacêutica, da agricultura familiar e dos povos tradicionais. Como uma forma de isonomia bastante particular, vale notar ainda que os representantes da sociedade civil, embora muito heterogêneos, eram todos indicados pelo próprio executivo.

Eu representava a agricultura familiar. Sempre estava ali. Pode ver nas atas das reuniões, eu quase nunca faltei. Quem faltava era o pessoal dos Ministérios. Trocavam, não iam. Era difícil. Eu gostava de sentar perto do pessoal do [Ministério do] Meio Ambiente. Eles também sempre estavam presentes. A gente sentava junto,

⁸⁷ Como representantes do Estado, tinham assento e voto no comitê: Casa Civil/PR (através da Subchefia de Análise e Acompanhamento de Políticas Públicas Governamentais), Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (através do Departamento de Desenvolvimento Das Cadeias Produtivas E Da Produção Sustentável), Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovações (representado pela Coordenação Geral de Saúde e Biotecnologia), Ministério da Cultura (Fundação Cultural Palmares/ Departamento de Proteção do Patrimônio Afro-Brasileiro), Ministério do Desenvolvimento Agrário (Secretaria Especial de Agricultura Familiar e do Desenvolvimento Agrário da Casa Civil), Ministério da Indústria, Comércio Exterior e Serviços (através da Coordenação-Geral do Complexo Químico e da Saúde), Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário (Departamento de Fomento à Produção e à Estruturação Produtiva ou da Coordenação Geral de Apoio a Povos e Comunidades Tradicionais), Ministério da Educação (representado pela Universidade Federal de São Paulo, baluarte no estudo de fitoterapia no Brasil através do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas), Ministério da Integração Nacional (através da Secretaria de Desenvolvimento Regional), Ministério do Meio Ambiente (através do Departamento do Patrimônio Genético), Fiocruz (Farmanguinhos), Anvisa (Gerência de Medicamentos Específicos, Notificados, Fitoterápicos, Dinamizados e Gases Medicinais) e o próprio Ministério da Saúde.

⁸⁸ Como representantes da Sociedade Civil, tinham assento e voto no comitê: a Agricultura Familiar (através do Laboratório Yantên, com suplência da Gran Lago Cooperativa de Produtores Orgânicos), a Agricultura (representada pela Conselho Brasileiro de Fitoterapia-Conbrafito, com suplência da empresa Centroflora), o Bioma Amazônia (a partir do Grupo de Trabalho Amazônico/AM, com suplência da Fundação Vitória Amazônica), o Bioma Caatinga (a partir da Rede Fitovida/RN, com suplência do Centro Nordeste de Medicina Popular (CNMP/PE), o Bioma Cerrado (com representação da Articulação Pacari de Plantas Medicinais/GO, com suplência do Centro de Tecnologia Agroecológica de Pequenos Agricultores, Agrotec/GO), o Bioma Mata Atlântica (representado pela Rede Fitovida/RJ, com suplência do Movimento Pequenos Agricultores), Bioma Pampa (a partir da Rede Ecovida, com suplência do Movimento de Mulheres Camponesas, MMC/RS), o Bioma Pantanal (a partir do Rede Pantanal, com suplência da Associação Sócio Cultural e Ambiental Fé e Vida), o setor industrial (representado pela Associação Brasileira das Empresas do Setor Fitoterápico, Suplemento Alimentar e de Promoção da Saúde, com suplência da Associação dos Laboratórios Farmacêuticos Nacionais), as farmácias de manipulação (representadas pela Associação Nacional de Farmacêuticos Magistrais, com suplência da Sociedade Brasileira de Fitomedicina), a Pesquisa (representada pela Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência, com suplência da Academia Brasileira de Ciências), os Povos e Comunidades Tradicionais (com representação feita pela Associação Cultural de Preservação do Patrimônio Bantu, com suplência do Conselho Nacional de Seringueiros), os Gestores Municipais e Estaduais do SUS (presentados pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, com suplência do Conselho Nacional de Secretários de Saúde).

conversava...falávamos a mesma língua. No Comitê eu dizia: “olha, gente, precisamos pensar nos nossos biomas, usar coisa sem veneno, que seja orgânico, pensar nos pequenos produtores rurais, nas comunidades tradicionais”. Eu também sempre levava chá para o pessoal experimentar. Era uma maneira de conversar com as pessoas que não tinha assim, alguma proximidade. Tinha até um rapaz da Casa Civil [Ivanildo Fransozi] que começou a conversar mais comigo por conta dos chás que eu levava. Ele sempre me pedia pra levar um pouquinho de capim limão pra ele. Eu levava...a gente conversava. No Comitê eu era ouvida. Mas era difícil, a burocracia barrava o andamento das propostas que eram levadas. Não havia interesse pelos pequenos, da agricultura familiar, mesmo já tendo experiências exitosas com plantas medicinais. Pra te falar a verdade, a política [PNPMF] ficou boa para a monocultura, para o agronegócio, para a indústria. Não para o pequeno. E olha que nós tentamos...

Teolide Parizotto Turcatel (Representante da agricultura familiar como Membro Titular do Comitê Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Vice Presidente do Centro Popular de Saúde Yanten). Depoimento concedido em 15/09/2022

Embora porta-vozes de setores predefinidos (como “agricultura familiar”, “comunidade tradicional”, “indústria”), os contornos que definiam a identidade de cada um desses representantes não eram fixos, se modificavam a partir das exigências e alianças colocadas em jogo. Adiante, pretendo ilustrar essa condição com três exemplos que despontam um do outro e, juntos, fazem ver como o conceito de tradição/tradicionalidade passava a reconfigurar os modos de reconhecimento e legitimação dos coletivos participantes no Comitê Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.

5.3 Agricultor familiar, comunidade tradicional ou produtor industrial?

Em 2006, quando o governo federal passou a redesenhar o projeto de desenvolvimentismo nacional por meio do PAC, o setor produtivo conceituado como “agricultura familiar”, até então definido de modo estritamente socioeconômico, se alargou em um sentido também cultural. Como mostra a Lei nº 11.326, de 24 de julho de 2006 ao qualificar os beneficiários e as diretrizes da Política Nacional da Agricultura Familiar e Empreendimentos Familiares Rurais,

são apresentados como agricultores familiares: “silvicultores”, “aquicultores”, “extrativistas”, “pescadores”, “povos indígenas”, “comunidades remanescentes de quilombos”, e tantos outros.

Ao abarcar os grupos acima mencionados, o que a Lei nº 11.326/2006 acabou por fazer foi tomar sobre um mesmo conjunto diferentes (e diversos) atores que passavam a se apresentar como participantes potenciais para os mercados emergentes do campo institucional, como o Programa de Aquisição de Alimentos (PAA)⁸⁹ e o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE). Esse último, vale destacar, havia sido criado ainda na década de 1950 sob o nome Campanha de Merenda Escolar, mas assumiu protagonismo apenas em 2003 com a ascensão de programas sociais destinados ao combate à fome e à pobreza (Wienke, 2017).

A fusão jurídica comunidades tradicionais–agricultores familiares desaguou na formação de novos coletivos, arranjos nas mais diversas formas associativas, amparados institucionalmente para atuar em um campo de relações antes reservado ao empresariado de insumos farmacêuticos e drogas vegetais. Nesse cenário, o encontro de comunidades tradicionais, industriais farmacêuticos e agricultores familiares não foi o de oposição uns aos outros, mas sim de aproximação e reconfiguração dos contornos, possibilidades e identidades de cada qual perante o Estado.

No estado de Goiás, desde o início da década de 1990, produtores rurais da região de Diorama haviam se articulado em redes de cooperação com agências de desenvolvimento rural, pesquisadores, professores e técnicos da Universidade Federal de Goiás ligados à produção agrícola no cerrado. O trabalho partiu da pesquisa e produção agroecológica de cultivares alimentares, sobretudo a partir da castanha de baru. Contudo, a partir da institucionalização da fitoterapia no SUS e a possibilidade de inserção no mercado institucional de medicamentos fitoterápicos, o foco guinou para o suprimento da matéria-prima vegetal relacionada à produção farmacêutica.

Em 2007, o município de Diorama recebeu um importante aporte financeiro do Ministério do Meio Ambiente para fomentar a produção de plantas

⁸⁹ Criado pelo art. 19 da Lei nº 10.696, de 02 de julho de 2003.

medicinais por meio do Centro de Tecnologia Agroecológica de Pequenos Produtores (Agrotec). Em 2012, o Ministério da Saúde reforçou o montante para estimular a assistência farmacêutica e fazer a fitoterapia florescer no município. O projeto não tardou a despertar interesse também do capital estrangeiro. Sobre o nome de *Phytobrasil*TM, a Agrotec lançou um programa envolvendo o cultivo orgânico de 46 espécies medicinais para produção de óleos, extratos e drogas frescas. O projeto previa também a implantação de um laboratório projetado para produção de 35 diferentes fitoterápicos, feitos com plantas de “pureza genética, cultivo orgânico, ponto certo de colheita, sistema e equipamentos adequados para o processamento da matéria-prima”. Segundo o Memento Terapêutico do Programa, o objeto era produzir formulações “desenvolvidas em parceria com dois farmacêuticos alemães que integram a equipe da Agrotec/*Phytobrasil*TM”.



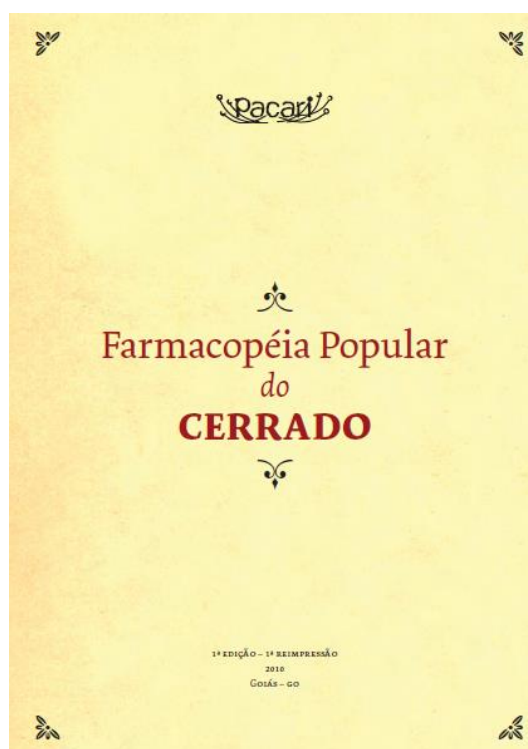
Fonte: Documento cedido por Maria José Martins de Souza. Acervo pessoal

Figura 40: Memento terapêutico da Agrotec,. s/d

Ao mesmo tempo que no campo jurídico as “comunidades tradicionais” precisavam se fazer “agricultoras familiares” para participar do mercado institucional, na assistência farmacêutica, suas formas de existência também só valiam quando adotavam a linguagem aprendida na cartilha do medicamento. O Memento Terapêutico da Agrotec/*Phytobrasil*TM ilustra como prerrogativas fundamentalmente técnico-farmacêuticas faziam com que as identidades

colocadas em diferença no Comitê Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos passassem por um refinado processo de mistura e destilação.

Do mesmo modo, a *Farmacopeia do Cerrado*, publicada em 2010 pela Articulação Pacari, também indica como a forma de apresentar suas experiências e conhecimentos para o Estado passava pela necessidade de se criar comunicações radicadas na farmacologia, idioma do Estado quando fala em nome dos cuidados.



Fonte: Instituto Chico Mendes de Conservação da Biodiversidade⁹⁰

Figura 41: Farmacopeia Popular do Cerrado. Articulação Pacari, 2010

Neste momento, o que entra em jogo não é a compressão de diferentes identidades sob um mesmo molde. Nem a composição de uma linguagem homogeneizadora. Mas a construção de um repertório técnico, jurídico e semântico que legitima diferenças identitárias tão somente quando se apresentam sobre o critério dos iguais. Como pertinentemente nos lembra Isabelle Stengers (2018a) em sua proposição cosmopolítica, quando se trata dos

⁹⁰ Disponível *online* em <https://ava.icmbio.gov.br/mod/data/view.php?d=17&rid=2765>. Acesso em 22/01/2023.

“problemas cujas repercussões se apresentam como planetárias, são os “nossos” saberes, os fatos produzidos pelos “nossos” equipamentos técnicos, mas igualmente os julgamentos associados a “nossas” práticas que estão na linha de frente. A boa vontade e o “respeito pelos outros” são insuficientes para apagar essa diferença”.

5.4 Identidades no cipó mortífero da burocracia

Distante do cerrado em que atuam a Agrotec e a Pacari, o Centro Popular de Saúde Yanten surgiu na fronteira do Brasil com o Paraguai como atividade pastoral, formada a partir de um coletivo de mulheres agricultoras reunidas em torno da Paróquia Nossa Senhora Medianeira:

No oeste do Paraná tinha a pastoral da terra e as comunidades de paz. A gente ia para os acampamentos falar de bíblia, falar de catequese, mas eles queriam saber de plantas medicinais. Aos poucos nosso grupo se organizou e começou a falar também desse assunto, pois era uma forma de cuidar da nossa população. Tínhamos estatuto, tudo direitinho. Até o Conselho Municipal de Saúde de Medianeira foi criado devido às articulações que nós realizávamos.

Teolide Parizotto Turcatel. Depoimento concedido em 15/09/2022

Do oeste do Paraná para Brasília, o Centro Popular de Saúde Yanten se tornou expoente por ter participado de comitês populares desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde até a criação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Precisamente nos debates em torno da fitoterapia, o grupo foi promotor de pautas e moções para que a agricultura familiar fosse também participativa na assistência farmacêutica, até 2004 restrita às grandes redes de distribuição de insumos vegetais.

Em sua configuração inicial, ainda na década de 1980, o Centro Popular Yanten não tinha a rentabilidade como motor do trabalho. A proposta era fundamentalmente religiosa e a manutenção financeira do grupo vinha tanto da comunidade eclesial católica e luterana como de associações municipais de amparo à filantropia. Mesmo a renda gerada com a comercialização dos chás,

tisanas e outros preparados elaborados pelas mulheres do grupo a partir de hortas comunitárias se revertia em ampliação do trabalho pastoral:

De Medianeira nosso grupo se estendeu para Cascavel, São Mateus do Sul, Londrina, Curitiba. Também foi para a Argentina e para o Paraguai. Assim começou nosso trabalho com plantas medicinais.

Teolide Parizotto Turcatel. Depoimento concedido em 15/09/2022

No início da década de 1990 o Centro Popular Yanten se reorganizou em forma de associação e se tornou beneficiário da Itaipu Binacional, mantenedora da hidroelétrica que transpõe o Rio Paraná entre o Brasil e o Paraguai. A empresa fomentava ações de educação ambiental na região da fronteira entre os países como forma de compensar o impacto causado pela barragem.

Primeiro nosso foco era mais educação ambiental. Depois começamos a pensar em ter um laboratório para agregar valor à nossa produção e desenvolver renda para as nossas mulheres. Também era uma forma para dar segurança a quem usava nossos produtos. Com um laboratório daria para oferecer um produto de melhor qualidade. Então foi para isso que criamos o Laboratório Yanten, para desenvolver ações sociais.

Teolide Parizotto Turcatel. Depoimento concedido em 15/09/2022

O Yanten foi mantenedor de um programa na rádio regional, promovia reunião com agricultores, encontros de mães e mulheres trabalhadoras do campo, fomentava debates pela construção de políticas públicas e oferecia um curso anual de fitoterapia na cidade de Medianeira. Além da posse de um amplo sitio para plantio orgânico de plantas medicinais, a parceria com a Itaipu permitiu a construção de um laboratório preparado para produção de fitoterápicos.



Fonte: Imagem cedida por Teolide Parizotto Turcatel. Acervo pessoal

Figura 42: Centro Popular de Saúde - Laboratório Yanten



Fonte: Imagem cedida por Teolide Parizotto Turcatel. Acervo pessoal

Figura 43: Sede do Centro Popular de Saúde - Laboratório Yanten

De “centro popular” para “laboratório”, o Yanten teve sua primeira autorização de funcionamento em 1993. Concedida pelo Ministério da Saúde, a outorga veio antes mesmo da criação da Anvisa, instituída seis anos depois. Com os produtos fabricados, o centro popular de saúde procurava conduzir suas ações por uma via de mão dupla: valorizar o trabalho no campo e valorar o produto fitoterápico tecnicamente obtido pelo trabalho cooperativo de mulheres agricultoras.

Ao longo de sua história, no entanto, a proposta de trabalho nunca se enquadrou em identidades técnicas fixas, nem em definições jurídicas já prontas. Como indústria, sofreu diversos embargos dos órgãos de fiscalização pelo fato da sua equipe e proposta de trabalho não se prender ao ideário comercial farmacêutico. Em 2018 o catálogo de produtos Yanten chegou a ser proibido quase integralmente⁹¹ e em 2022 também sua autorização de funcionamento entrou em medida cautelar, impedindo a continuidade do laboratório⁹².

Quando a Anvisa fechou nossas portas, fizeram a vistoria e disseram que tinham ido lá esperando ver uma “indústria”, mas viram uma outra coisa, uma “casa”. E é mesmo! Sempre fomos um centro popular de saúde, mas com autorização de funcionamento como indústria de fitoterápicos.

Teolide Parizotto Turcatel. Depoimento concedido em 15/09/2022

Em Brasília o Yanten nunca foi considerado como indústria, mas sim um centro popular de agricultura familiar. Tanto é que na lista de membros da sociedade civil indicados para participar do Comitê Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, o “Laboratório Yanten” representava a “Agricultura Familiar”:

⁹¹ Em janeiro de 2018 a Anvisa proibiu a comercialização de quatorze medicamentos produzidos pelo Yanten em função de ausência de registro sanitário. A notícia pode ser lida *online* em: <http://www.sincofarma-go.com.br/noticias/cha-e-produtos-clandestinos-sao-proibidos-pela-anvisa> e também no próprio portal de notícias da Anvisa. Acesso em 15/10/2022.

⁹² Processo nº 25351.459405/2022-15, publicado no Diário Oficial da União em 03/05/2022.

Sociedade civil				
	Segmento	Entidade	Cargo	Membro
1	Agricultura Familiar	Laboratório Yantên	Titular	Teolide Parizotto Turcatel
		Gran Lago Cooperativa de Produtores Orgânicos	Suplente	Guiomar Maria de Santana Neves
2	Agricultura	Conselho Brasileiro de Fitoterapia (Conbrafito)	Titular	Sérgio Tinoco Panizza
		Centroflora	Suplente	Paula Moura Barbosa
3	Bioma Amazônia	Grupo de Trabalho Amazônico (GTA/AM)	Titular	Maria Jocicleide Lima de Aguiar
		Fundação Vitória Amazônica	Suplente	Marcelo Mendes do Amaral
4	Bioma Caatinga	Rede Fitovida/RN	Titular	Vanessa Costa Fernandes
		Centro Nordestino de Medicina Popular (CNMP/PE)	Suplente	Celerino Carriconde

Fonte: Acervo virtual do Departamento de Assistência Farmacêutica/MS⁹³

Figura 44: Detalhe da lista de membros indicados para representar a sociedade civil no Comitê Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos

No entanto, para as comunidades tradicionais que participavam do Comitê, emparelhadas com a agricultura familiar pela Lei nº 11.326/2006, o Yanten representava a “agricultura familiar”, mas a bem da verdade, era “indústria”:

Durante o Comitê Nacional, para a Pacari, o Yanten não representava mais a agricultura familiar. Tinha virado indústria. Mas não era verdade. A gente estava ali brigando para a presença dos pequenos na PNPMF. Nós tínhamos autorização de funcionamento como indústria, mas nunca deixamos de ser um centro popular de saúde.

Teolide Parizotto Turcatel. Depoimento concedido em 15/09/2022

O que procuro chamar atenção com esse jogo de identidades espelhadas é o aspecto mais pragmático do pertencimento quando o conceito de tradição/tradicionalidade passou a ser mobilizado no campo da fitoterapia

⁹³ Disponível *online* em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sctie/daf/pnprmf/ppnprmf/arquivos/2017/membros-indicados-para-representar-o-governo-e-a-sociedade-civil-no-comite-nacional-de-plantas-medicinais-e-fitoterapicos.pdf>. Acesso em 16/10/2022.

institucionalizada. Falo de uma identidade produzida no curso de um itinerário técnico e burocrático operada não como modo de reconhecimento e legitimação de formas autorrepresentativas de ser, interagir e cuidar mediado por plantas, mas de reinvenção, mediado pelo argumento sanitário, sobre o que (e quem) pode vir a ser reconhecido pelo Estado quando se aciona o termo “tradicional”. Afinal, como se vê, para preencher os requisitos de tal qualidade passava a ser necessário não só a autoidentificação perante seus pares, mas também ter habilidade para diagramar suas formas de organização em modos de existência alinhados com a linguagem farmacêutica. Ao passo que a identidade dos membros do Comitê passava a ser tanto jurídica como tecnicamente modelada, os grupos participantes reagiam para se adaptar ao jargão sanitário antes de que a regulamentação pudesse restringi-los. Como reflexo, o que se tem a partir do Programa Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos não é só a emergência de novas qualidades terapêuticas no SUS – uma espécie de “tecno-tradição” (Pordié, 2014; Van der Valk, 2017) – mas a ressurgência da identidade presente no debate sobre esta mesma tradicionalidade tecnicamente produzida. Afinal, parece ser claro neste momento que “virar industrial” aos modos de uma comunidade tradicional não é a mesma coisa do que “virar tradicional” aos modos como fazem os industriais. Para que este argumento seja melhor apresentado, avanço para a próxima seção.

5.5 A instituição do “produto tradicional fitoterápico”

Antes de instituir o Comitê Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos, antes também de publicar o Programa Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos, o Ministério da Saúde já partilhava com a Anvisa entendimentos comuns sobre a futura regulamentação dos fitoterápicos no Brasil. Nesse momento, o trabalho se concentrava na conceituação de termos regulatórios, mas não deixava de ser também uma forma de colocar em jogo a participação – ou não – dos diversos coletivos referidos na PNPMF.

Com os termos em vigência até então, “medicamento fitoterápico” e “medicamento fitoterápico tradicional”⁹⁴, mantinha-se o referente “medicamento” como termo de monopólio farmacêutico, argumento fortemente combatido pelas associações e movimentos sociais organizados, sobretudo de agricultores familiares, populações do campo e das florestas. A proposta vinda desde o Conselho Nacional de Saúde era justamente para que a PNPMF abrisse espaço para a participação efetiva de outras terapêuticas, mas, também, de outros sujeitos, condição que recobrava empenho para criar novas formas de existência, reconhecimento e legitimidade no âmbito da saúde pública brasileira.

Tendo a fitoterapia se inscrito em torno da atenção primária à saúde e do princípio de integralidade do SUS, parte importante do argumento indicava que tratando-se de cuidados mediados por plantas nenhum saber poderia ser desperdiçado. Assim, caberia ao Estado reconvencionar suas próprias invenções e fazer do fitoterápico um objeto terapêutico não restrito ao empresariado farmacêutico, mas, ele mesmo, sociobiodiverso⁹⁵.

A esse respeito vale notar que a dedicação para enquadrar o “fitoterápico” como objeto não restrito aos limites do “medicamento” era algo que ocupava não só o Brasil. Esse era um esforço que fazia parte da agenda global da saúde e que nunca deixou de estar mais alinhado às convenções internacionais do que propriamente às demandas dos movimentos sociais.

Entre os Estados-membros da OMS, desde a virada do milênio, a demanda por fitoterápicos crescia no mercado institucional e privado, mas

⁹⁴ Segundo a RDC nº 17/2000, *medicamento fitoterápico* ficava definido como “medicamento farmacêutico obtido por processos tecnologicamente adequados, empregando-se exclusivamente matérias-primas vegetais, com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico. É caracterizado pelo conhecimento da eficácia e dos riscos de seu uso, assim como pela reprodutibilidade e constância de sua qualidade. Não se considera medicamento fitoterápico aquele que, na sua composição, inclua substâncias ativas isoladas, de qualquer origem, nem as associações destas com extratos vegetais”; e *medicamento fitoterápico tradicional* “aquele elaborado a partir de planta medicinal de uso alicerçado na tradição popular, sem evidências, conhecidas ou informadas, de risco à saúde do usuário, cuja eficácia é validada através de levantamentos etnofarmacológicos e de utilização, documentações tecnocientíficas ou publicações indexadas”.

⁹⁵ Como indica a própria PNPMF: “Brasil, com seu amplo patrimônio genético e sua diversidade cultural, tem em mãos a oportunidade para estabelecer um modelo de desenvolvimento próprio e soberano na área de saúde e uso de plantas medicinais e fitoterápicos, que prime pelo uso sustentável dos componentes da biodiversidade e respeite os princípios éticos e compromissos internacionais assumidos, notadamente a CDB, e assim, promover a geração de riquezas com inclusão social” (Brasil, 2016, p.18).

arrefecia por um entrave sanitário. Mantido sob a categoria de “medicamento”, toda forma de entendimento quanto a sua segurança, qualidade e eficácia passava pela necessidade de comprovação própria dos sintético-alopáticos, cujas engrenagens que constroem suas verdades não operam bem para derivados vegetais⁹⁶.

Essa era uma condição cara aos industriais farmacêuticos. Para conseguir registrar seus produtos e fazê-los circular com aval sanitário era ainda necessário equipará-los aos estudos clínicos utilizados para atestar a especificidade pretendida pelos sintético-alopáticos. Assim, fazer do “fitoterápico” sinônimo de “medicamento” era uma tarefa morosa e economicamente mais dispendiosa do que a produção alopática convencional. Na tentativa de driblar essa prerrogativa, a alternativa adotada pelo setor produtivo era registrar e comercializar seus produtos como “alimentos” ou “suplementos alimentares”. Afinal, parte importante dos insumos vegetais protagonizados na fitoterapia já performavam sem alarde entre produtos “orgânicos” e “naturais”⁹⁷. A estratégia gerava preocupação por parte dos agentes de vigilância sanitária, que viam nesse atalho a impossibilidade de monitorar os possíveis efeitos adversos de plantas e derivados vegetais.

Para tratar deste problema, já em 2001 a União Europeia havia sugerido a criação de um comitê de especialidades farmacêuticas no âmbito da Agência Europeia de Avaliação dos Medicamentos. Três anos após o início de suas atividades o comitê recomendou que a categoria “fitoterápico” se emancipasse da obrigatoriedade clínica colocada aos sintéticos-alopáticos (Parlamento Europeu, 2004). Três argumentos sustentavam a proposta. Primeiro, a recomendação vinda desde a OMS para que os sistemas nacionais de saúde de

⁹⁶ Como mostra Gaston Bachelard (1973), o aparato tecnocientífico empenhado na ideia de “qualidade” que rege o setor químico é finamente orquestrado para fazer o medicamento responder a um particular desejo de pureza e de verdade. Os métodos que atestam qualidade são “trabalhadores da prova” que fazem o medicamento funcionar, mas que não funcionam quando algo escapa do sistema despótico que o criou.

⁹⁷ A este respeito, em Chang (2021), vide sobre a interessante produção industrial do *ginseng* sul-coreano e sua mutabilidade quando escalonado para o comércio internacional. Complementarmente, para uma etnografia sobre como a reformulação do marketing e da regulamentação sanitária na Ásia atuaram conjuntamente para fazer produtos da biodiversidade local mercadoria possível para o comércio global, vide Laurent Pordié e Jean-Paul Gaudillière (2014).

seus Estados-membros abarcassem diferentes regimes de conhecimento como parte de suas ofertas de cuidado. Segundo, o reconhecimento de que nesses diferentes regimes de conhecimento existiam diferentes sistemas de terapêutica e diagnose. Terceiro, que esses diferentes sistemas de terapêutica e diagnose recobravam diferentes modos de reconhecê-los e validá-los.

Colocando esta condição em termos regulatórios, a proposta era simples: sendo o conceito de tradição/tradicionalidade um referente que aponta a modos significativamente distintos de uma determinada gramática terapêutica se perpetuar pela história de um certo grupo, seu uso documentado poderia valer como critério global de reconhecimento, atestando efetividade à despeito dos estudos clínicos. Para isso bastaria inventariar as provas, padronizar os componentes, as técnicas de preparo, os critérios de qualidade e as indicações terapêuticas. Esse conjunto de referências tanto criava contexto para a regulamentação como tornava o registro sanitário deveras simplificado.

Seis anos após a sugestão do Parlamento Europeu, a Organização Mundial da Saúde seguiu o mesmo entendimento e publicou o relatório *Traditional Herbal Remedies for Primary Health Care*. Segundo o relatório:

Os fitoterápicos constituem o principal componente da medicina tradicional, sendo utilizados há milhares de anos. Eles deram uma contribuição significativa para a saúde humana por meio de suas propriedades promotoras, curativas e reabilitadoras da saúde e na prevenção de doenças. (...). Atualmente, o uso de plantas medicinais para benefícios à saúde está aumentando em todo o mundo. Esta publicação contém 28 monografias sobre doenças comuns que podem ser prontamente tratadas com remédios fitoterápicos simples. Eles podem ser preparados facilmente e utilizados no âmbito da atenção primária à saúde. Cada monografia fornece a descrição da doença, a forma de preparação tradicional, sua composição, nome em inglês, nome latino e família da planta, parte da planta utilizada, principais constituintes químicos, padrões de qualidade, modo de preparo, forma farmacêutica, propriedades terapêuticas, indicações e usos, dose e modo de administração, precauções e aspectos de segurança e referências importantes. É uma tentativa de promover o uso racional, seguro e apropriado da fitoterapia e a integração de fitoterápicos tradicionalmente usados. (...). Esses esforços acabariam por promover

a 'saúde para todos' no contexto da atenção primária à saúde (WHO, 2010, contracapa, tradução minha).

O Brasil partilhou do mesmo entendimento. Em 06 de agosto de 2013 o Ministério da Saúde abriu uma consulta pública para uma resolução em desenvolvimento destinada ao registro de “medicamentos fitoterápicos” e, em complemento, registro e notificação de “produtos tradicionais fitoterápicos” (Brasil, 2013b).

A reunião do Comitê Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos subsequente à publicação dessa consulta pública tematiza as controvérsias colocadas sobre o novo conceito. O debate foi iniciado pela Anvisa. A fala institucional, feita como abertura da reunião, tinha como função ressaltar aos membros daquele comitê, sobretudo aos povos e comunidades tradicionais presentes, quais seriam suas possibilidades de participação frente ao regulamento sanitário em construção. Afinal, os “produtos tradicionais fitoterápicos” haviam se emancipado do termo “medicamento”, mas não de seus compromissos: as atividades relacionadas à sua produção eram ainda de exclusividade industrial e responsabilidade profissional farmacêutica (Brasil, 2013c).

Anteriormente, diversas sugestões haviam sido colocadas para que o conceito de tradição/tradicionalidade pudesse legitimar os povos e comunidades tradicionais como sujeitos participativos no mercado fitoterápico. Para isso, se pensava em categorias que dessem possibilidades de trabalho e interação mais diversificadas do que apenas o fornecimento de matérias-primas obtidas a partir da biodiversidade. Sobre este empenho a Anvisa advertia que não cabia ao Comitê Nacional a criação de novos termos regulatórios, nem tampouco suas redefinições. Assim, se as comunidades tradicionais pretendessem produzir “produtos tradicionais fitoterápicos”, ou deveriam abrir seus próprios laboratórios – feitos, porém, não sobre seus próprios modos – ou pleitear mudanças no código legal⁹⁸.

⁹⁸ Na 11^o reunião do Comitê Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos os representantes da agricultura familiar indicaram que a Deputada Luiza Erundina (à época do Partido dos Trabalhadores) tinha posse de um projeto de lei sobre uso tradicional da biodiversidade a ser discutido com o setor antes de encaminhá-lo ao plenário. Na reunião seguinte (12^o do Comitê

Por parte das comunidades tradicionais o debate corria menos pelas possibilidades de criação de novos termos e mais pelas tentativas de participação em termos já existentes. Visto que o conceito de tradicionalidade era amparado pela Lei nº 9.782/1999, o que se debatia era o entendimento por parte do órgão regulador. No decorrer da 11ª reunião do Comitê Nacional as comunidades pantaneiras falaram da dificuldade de representação de seus interesses no debate sobre fitoterápicos. O argumento foi acompanhado pelos povos da Caatinga, que indicaram preocupação “sobre como as comunidades podem se sustentar, se não existem meios econômicos para produzir esses fitoterápicos pelas comunidades” (Brasil, 2013c, Il. 70-71).

Seguindo as prerrogativas da OMS e do Parlamento Europeu, para a Anvisa a tradicionalidade era uma categoria estritamente regulatória, mobilizada para dar celeridade ao registro de fitoterápicos industrializados. Quando o fabricante apresentava à Anvisa uma certa preparação fitoterápica com evidência documentada de uso por um período mínimo de 30 anos, a referência bibliográfica ou a padronização nos compêndios oficiais farmacêuticos poderiam dispensar os ensaios clínicos que oneram o processo de registro. “Tradição”, assim, virava um referente do passado e tecnicamente inscrito no papel, mas não no presente dos sujeitos participantes daquele Comitê.

Como uma forma estranha de se apropriar do protesto, já ao final da 11ª reunião do Comitê Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos o Ministério da Saúde indicou que a referência sanitária a alguma tradicionalidade não era, assim, algo radicalmente dissociado dos povos e comunidades tradicionais. Afinal, a norma não eximia os fabricantes de produtos tradicionais fitoterápicos de “solicitarem autorização ao CGEN, e que lá os povos tradicionais são representados”. Contra qualquer efeito do argumento, o encontro terminou devolvendo a indiferença. Nas palavras de Taata Lubitu Konmannanjy, presidente da ACBANTU: “o CGEN não dialoga com as comunidades tradicionais” (Brasil, 2013c, Il. 183-184).

Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos) o tema foi novamente colocado em pauta. A ata deste encontro registra o interesse da deputada no diálogo e a perplexidade dos representantes da agricultura familiar pelo desinteresse do Comitê em fazer a proposta avançar (Brasil, 2013a,c).

Em 13 de maio de 2014 entrou em vigor a RDC nº 26 da Anvisa, que dispõe sobre o registro e notificação de “produtos tradicionais fitoterápicos” (Brasil, 2014). A norma cavou um abismo tão profundo entre a identidade e a etnicidade presente no conceito de tradição/tradicionalidade que só o dia 13 de maio seria capaz de representá-la tão bem⁹⁹.

Nesta norma não participam os povos e comunidades tradicionais. A não ser que “virem” fabricantes industriais¹⁰⁰. Mesmo assim, quando viram, aquilo que viram já é outra coisa: nunca só industrial, nem menos tradicional (Wagner, 2010). Sob o juízo sanitário, os custos desta condição podem tardar, mas sempre chegam:

Nós conseguimos abrir o nosso laboratório. Mas toda vez tinha o risco de fechar as portas. Tanto é que conseguiram. Antes da regulamentação ficar pronta, quando ainda existia o Comitê Nacional de Fitoterápicos, a Anvisa chegou a pedir para a gente apresentar uma proposta de RDC que coubesse os pequenos [produtores de fitoterápicos]. No Yanten eu me reuni com dois farmacêuticos e escrevi uma proposta de resolução. Tinha controle de qualidade, produção...tudo direitinho, garantindo a eficácia e segurança. Entreguei na reunião seguinte do Comitê, mas nunca mais se falou no assunto. A gente trabalhou duro para viabilizar uma legislação específica para as comunidades tradicionais e agricultores familiares, onde as plantas medicinais pudessem estar na mão do popular e atingir o SUS. Mas a legislação, ou a grande indústria, até hoje não permitiu.

Teolide Parizotto Turcatel. Depoimento concedido em 15/09/2022

Já aos fabricantes, no entanto, fazer o fitoterápico industrial virar tradicional era agora plenamente possível, e já contava com diretrizes sanitárias claras para este empenho.

⁹⁹ Me refiro ao emblemático 13 de maio de 1888, que no calendário nacional encontra todas as correspondências e similaridades com aquilo que é celebrado no 1º de abril.

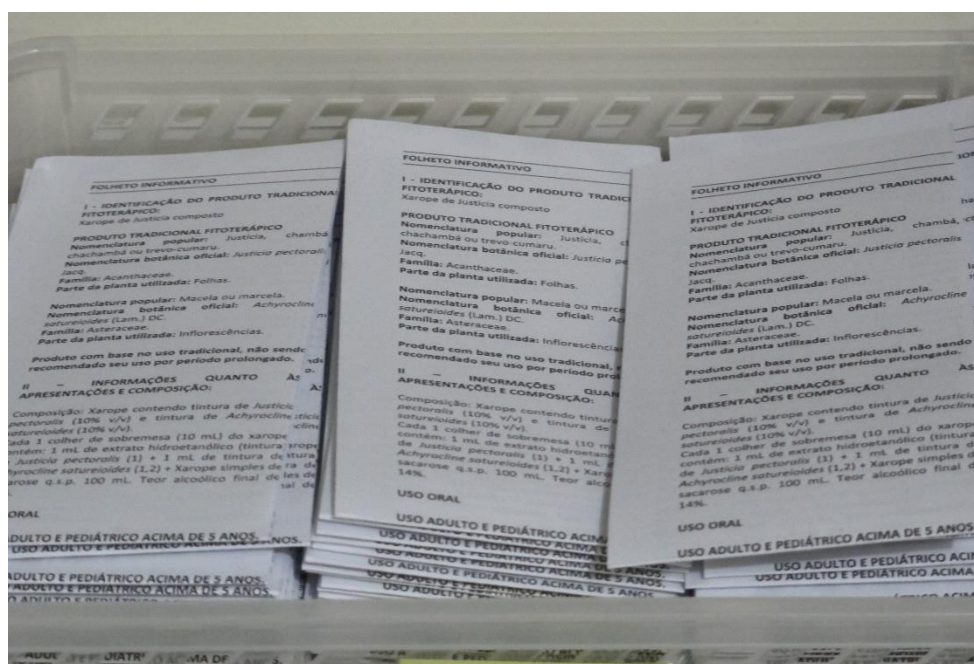
¹⁰⁰ A RDC nº 26/2014 faz referência a uma outra norma, a RDC nº 13/2013, que estabelece que “os Produtos Tradicionais Fitoterápicos somente devem ser produzidos por estabelecimentos fabricantes licenciados, detentores de Autorização de Funcionamento para fabricar medicamentos e que tenham suas atividades regularmente inspecionadas pelas autoridades sanitárias competentes”.

Durante a regulamentação a Anvisa propôs uma alteração do termo “produto tradicional” para “produto consagrado”. Sabíamos que poderia dar confusão com a ideia de tradicionalidade que entrou no Decreto nº 6.040/07 [que institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais].

Identidade preservada. Depoimento concedido em 09/09/2020

Durante todo o tempo em que conversei sobre Produtos Tradicionais Fitoterápicos com agentes da regulação sanitária, fui apresentado a este conceito como algo distante dos povos e comunidades tradicionais. A mim diziam que o termo se referia a preparações fitoterápicas “nossas”, amplamente conhecidas e utilizadas pela “população em geral”, de modo que já haviam se tornado corriqueiras e “comuns”. Assim, a questão mais controversa da identidade e da legitimidade deste termo se atenuava por uma ideia particular de difusão cultural e longevidade temporal. Talvez dois exemplos possam ilustrar o imbróglcio desta condição.

5.6 Quando a identidade vira propriedade



Autor: Pedro Carlessi, nov/2020

Figura 45: folhetos informativos de um Produto Tradicional Fitoterápico

A figura acima mostra uma bandeja contendo folhetos informativos de um produto tradicional fitoterápico. Há algumas prerrogativas para que um “fitoterápico” seja enquadrado como “produto tradicional”. Uma delas é que o fabricante comprove que determinada formulação conta com uso seguro e documentado por pelo menos 30 anos. Outra, que pode vir a substituir essa primeira, é que a formulação que se pretende comercializar esteja descrita em compêndios oficiais, como o Formulário de Fitoterápicos da Farmacopeia Brasileira. Pelo primeiro ou segundo caminho, é prerrogativa da RDC nº 26/2014 que o produto tradicional fitoterápico seja sempre acompanhado por um folheto informativo, que deve condicionar o paciente à posologia e indicação preconizada pelo fabricante. Já o fabricante, por sua vez, deve elaborar o folheto informativo mantendo um testemunho fiel das informações do Formulário de Fitoterápicos da Farmacopeia Brasileira ou dos estudos que comprovaram a efetividade longa de seu produto. Trata-se de um ciclo de autorreferências mobilizado na tentativa de produzir um contexto estável à ideia de tradicionalidade que referem.

No entanto, vale notar que um “folheto informativo” não é uma “bula”. A Anvisa foi cuidadosa em separar ambos os termos como forma de ratificar diferenças entre “produtos tradicionais fitoterápicos” e “medicamentos”. O primeiro é regido pela RDC nº 26/2014, o segundo, mais antigo, pela RDC nº 47, de 8 de setembro de 2009. No folheto informativo, por exemplo, não é permitido que o fabricante faça referência a nenhuma comunidade tradicional em particular, nem tampouco a organizações não governamentais, associações, fundações ou quaisquer outras coletividades. Ainda assim, como uma estranha forma de reunir e depois separar referências identitárias dando a elas outros contextos, é obrigatório informar que o produto é “registrado com base no uso tradicional” (Brasil, 2014).

Fiz o registro fotográfico que abre essa seção enquanto acompanhava o trabalho da assistência farmacêutica em um pequeno município do interior paulista. Na ocasião, meu olhar não se dirigia propriamente ao conteúdo dos folhetos informativos, tão por isso a imagem está muito mal focada. Estávamos na área de fracionamento da farmácia viva municipal e eu observava justamente essa particularidade do trabalho farmacêutico: unir e separar as informações que

dão contexto às suas produções. Sobretudo na fitoterapia, é através dos folhetos informativos, dos laboratórios, das técnicas de extração e dos métodos de purificação que paulatinamente se apartam as plantas do mundo até fazer delas uma “segunda natureza” (Dagognet, 2012). Transformadas em produtos farmacêuticos, essa versão tecnicamente obtida passa a ser apresentada como mais estável e eficaz do que a primeira.

O empenho dos farmacêuticos para reunir informações até produzir um contexto controlável aos seus fitoterápicos é plenamente compreensível. Afinal, muito pouco sentido teria (e talvez muito pouco efeito faria) entregar ao paciente todas as dúvidas e hesitações que possam existir sobre os produtos que fabricam. No entanto, como toda tentativa de controle só existe quando há dúvida e hesitação, a questão se torna um recurso para colocar em perspectiva aquilo que se deve evidenciar e aquilo que se deve ocultar.

Para que a visão sobre este argumento se torne mais nítida, e também para suprir minha acuidade fotográfica, apresento em mais detalhes o folheto informativo de um produto tradicional fitoterápico:

<p style="background-color: black; color: white; padding: 2px;">Informação comercial ocultada</p> <p>I - IDENTIFICAÇÃO DO PRODUTO TRADICIONAL FITOTERÁPICO</p> <p>Água Inglesa</p> <p style="background-color: black; color: white; padding: 2px;">Informação comercial ocultada</p> <p>PRODUTO TRADICIONAL FITOTERÁPICO</p> <p>Nomenclatura popular: Quina amarela Nomenclatura botânica completa: <i>Cinchona calysaya</i> Wedd Família: Rubiaceae Parte da planta utilizada: Casca</p> <p>Produto registrado com base no uso tradicional, não sendo recomendado seu uso por período prolongado.</p> <p>II - INFORMAÇÕES QUANTO ÀS APRESENTAÇÕES E COMPOSIÇÃO</p> <p>Apresentação: Cartucho com frasco plástico contendo 500ml do produto Forma farmacêutica: Solução oral Composição: Cada ml do produto contém 0,04ml de tintura de <i>Cinchona calisaya</i> Wedd, equivalente a 400µg de quinina.</p>	<p>intestinais, disenteria amebiana, gastrite, síndrome do intestino irritável, colite ulcerosa, enfermidade de Crohn, Mal de Parkinson, doenças de fígado ou indigestão hiposecretora.</p> <p>Este produto é contraindicado para uso por pacientes alérgicos à droga ou a seus componentes.</p> <p>Este produto é contraindicado para menores de 12 anos.</p> <p>Mulheres grávidas ou amamentando não devem utilizar este produto, já que não há estudos que possam garantir a segurança nessas situações.</p> <p>4. O QUE DEVO SABER ANTES DE USAR ESTE PRODUTO?</p> <p>Interações medicamentosas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informação comercial ocultada pode potencializar os derivados cumarínicos ou outros anticoagulantes ou drogas que induzem trombocitopenia. - Rifampicina e fumo aumentam a liberação de quinina. - A concentração plasmática do antiarrítmico flecainida pode estar aumentada na presença da quina amarela. - Arritmias ventriculares podem ocorrer quando combinado com anti-histamínicos astemizol e terfenadine. - A concentração plasmática do glicosídeo cardíaco, digoxina, pode estar aumentada na presença da quina amarela.
---	---

Fonte: Acervo pessoal

Figura 46: Quando a identidade vira propriedade: Água Inglesa brasileira, 2019

Esta é uma fórmula farmacêutica bastante antiga. No Brasil o registro sanitário é da segunda metade do século XX, muito embora a circulação seja documentada desde o fim do século XVIII. Na Europa seu uso data do século XVII¹⁰¹. Caso a referência temporal faça parecer que a Água Inglesa atravessou os séculos sem alterar seu curso, de antemão vale dizer que sua trajetória foi muito mais produtora do que propriamente produto da História. Assim, acompanhá-la pode ser uma maneira interessante de revisitar o argumento que atesta a temporalidade como elemento de legitimidade terapêutica para os atuais “produtos tradicionais fitoterápicos”.

Pretendo indicar que dentro da “História” deste produto tradicional fitoterápico existem diversas outras “histórias”, destiladas conforme a formulação ganhou oficialidade através dos compêndios farmacêuticos. Grande parte dessas histórias podem ser retomadas a partir do próprio nome da formulação: Água Inglesa.

O caminho que leva a essa referência identitária é muito mais sinuoso do que a alusão nacional parece mostrar. O termo foi constituído no vai e vem de muitas misturas e homogeneizações, feitas todas elas no leito de sucessivas disputas, muita criatividade e alguns roubos. Todas plenamente justificadas por critérios técnicos e jurídicos, é claro. Para ilustrar como o ato de padronizar formulações é sempre parte de um complexo processo de invenções e convenções mutuamente conformadoras, me dedico a segui-las com um interesse em particular: que tipo de produto surge, ou qual compromisso carrega, quando determinada identidade é tomada com estatuto de propriedade?

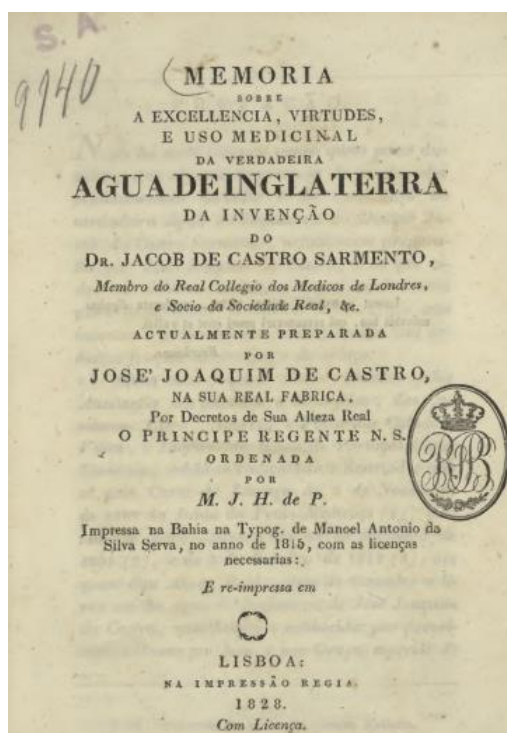
A Água Inglesa (ou Água de Inglaterra) é uma preparação alcoólica elaborada a partir da casca da quina (*Cinchona calisaya*), e pode também ser preparada com a adição de outras plantas amargas. Sua composição teve grande sucesso e foi objeto de diversas disputas comerciais antes do isolamento químico da quinina, no início do século XIX (Pelletier; Caventou, 1820). A fórmula já foi utilizada para o tratamento da malária, endometriose, síndrome de Crohn e mal de Parkinson. Também já foi antipirética, estimulante do apetite e tônico

¹⁰¹ Sobre os itinerários intercontinentais da mercadoria, vide a historiografia de Vera Regina Beltrão Marques (2003) sobre os “remédios de segredo” no Brasil setecentista.

hepático. Além do emprego estritamente medicinal, já esteve presente em versões quinadas do vinho moscatel e do Porto.

Sobretudo na Península Ibérica, onde a malária foi endêmica, a Água de Inglaterra teve grande sucesso. Em Portugal, por exemplo, a preparação parece ter sido levada por um médico lusitano, Fernando Mendes, que viveu em Londres entre o fim do século XVII e o início do XVIII. O produto chegou a ser enviado à corte de D. Pedro II e de lá não demorou até se popularizar pelas boticas de Lisboa e Coimbra.

Em uma historiografia sobre a versão portuguesa da Água Inglesa, Patrick Figueiredo (2012) conta que o médico João Curvo Semedo chegou a comercializar um preparado de quina rebatizado como Água Lusitana. Em contestação, vários fabricantes passaram a concorrer pela autenticidade da fórmula. Jacob de Castro Sarmiento, também médico lusitano que viveu na Inglaterra, chegou a escrever sobre o “uso e abuso das minhas Águas da Inglaterra”, indicando que o produto seria fruto de processos de sua autoria.



Fonte: Biblioteca Nacional de Portugal¹⁰²

Figura 47: Quando a identidade vira propriedade: Água Inglesa lusitana. Registro de 1828

¹⁰² Cota do exemplar digitalizado SA-9140-P. Disponível *online* em: <https://purl.pt/24452>. Acesso em 12/01/2022.

Durante o período que Jacob de Castro Sarmento esteve na Inglaterra existiam diversas versões de vinho quinado, que por sua vez eram empregados localmente para finalidades terapêuticas das mais variadas. No entanto, a padronização dos componentes e a convenção de uma técnica de preparo foi o que lhe deu anuência para pleitear posse individual de um produto inscrito sob uma identidade coletiva.

Com o Decreto Real apresentado na imagem acima, não era mais necessário nenhum inglês para contar a história daquela preparação. O direito sobre sua produção passava ao dono do compêndio farmacêutico, no caso, o próprio Jacob de Castro Sarmento. Nesse processo, se o direito concedido ao autor do papel passava a ser o testemunho de autenticidade, nem a identidade nem a legitimidade inglesa eram agora passíveis de contestação. A esse respeito, inclusive, após seu falecimento, a posse da Água de Inglaterra de Jacob de Castro Sarmento passou ao seu sobrinho, que comercializava o produto em Lisboa dizendo tê-lo roubado do tio. A disputa pela autenticidade da Água de Inglaterra parece ter cessado somente com a substituição dos compêndios individuais, elaborados pelos boticários, por versões unificadas aos modos de um código farmacêutico nacional.



Fontes diversas¹⁰³

Figura 48: Prévias da farmacopeia nacional portuguesa, 1704, 1772 e 1735, respectivamente

¹⁰³ Imagens obtidas respectivamente a partir da Biblioteca Nacional de Portugal (cota do exemplar digitalizado SA-9645-P), Tese de Wellington Bernardelli Silva Filho (2017) e acervo digital *Wellcome Collection* (disponível online em: <https://wellcomecollection.org/works/mvfyfxpru>. Acesso em 26/04/2022).

Se até esse momento a identidade coletiva inglesa – quer inventada ou afetiva – havia se tornado monopólio privado, com a nacionalização das farmacopeias o processo se reinventa, tornando o produto novamente coletivo, porém agora entre os portugueses. Faço este apontamento com base na própria característica das farmacopeias. Enquanto documentos nacionalizados, esses compêndios possuem como principal função assegurar a uniformidade da fabricação independentemente do fabricante, da nacionalidade ou do território em que é produzida. Trata-se de um modo particular de inventar um determinado conjunto de regras para cada produto que, uma vez instituído, passa a coletivizá-lo não mais por referências externas, mas internas e contextuais aos próprios documentos que nelas são referidos. Assim, as farmacopeias ocultam uma estrutura temporal bastante complexa: não são representações do passado, tampouco se limitam à construção do futuro. A cada versão reestruturam o presente mantendo em si mesmas os elementos que permitiriam situar suas formulações na vida e na história dos sujeitos que as deram origem.

Se a padronização era uma forma de fazer com que a Água da Inglaterra se tornasse fixa no tempo, a bem da verdade, as relações que lhe davam contexto mantinham-se em plenas mudanças. O período histórico em que a Água de Inglaterra aparece nas primeiras farmacopeias portuguesas coincide com a introdução das teorias newtonianas no país e, em especial, na prática boticária lusitana (Dias, 2005). Trata-se, então, de um momento em que tanto a matemática como a deontologia sobrepõem as formas de entender o mundo dos medicamentos, de modo que aquilo que mudava era menos o medicamento e mais o mundo onde agia.

Sobretudo no uso terapêutico de plantas medicinais, nesse momento não se trata de observar a vegetação e especular sobre seus efeitos terapêuticos, como na idade clássica. Mas sim transpor a lógica da natureza para um contexto mais estável, remontá-la e questioná-la sinteticamente¹⁰⁴.

¹⁰⁴ Para tanto, vide notas sobre a coleção de fármacos vegetais pela Universidade de Coimbra entre os séculos XIX e XX, conforme apresentam Cabral, Pita e Salgueiro (2014), e também o trânsito da farmácia novessentista entre a botânica e a química, como aponta Peruchi (2021).



Fonte: *Acervo Digital do Museu da Farmácia de Portugal*¹⁰⁵

Figura 49: Capa da primeira farmacopeia nacional portuguesa, 1794

Com a ajuda das farmacopeias se tornou muito mais fácil produzir a Água da Inglaterra e evitar que ela tomasse formas imprevisíveis. Através de parâmetros bem definidos, a formulação paulatinamente se tornava um testemunho mais fiel daquilo que os boticários desejavam apresentar para o mundo: algo estável, comum, padronizado. Por complemento, a legitimidade terapêutica se assentava não mais nos sujeitos autores do conhecimento, mas na reprodutibilidade de padrões mensuráveis como a massa, o volume, e a densidade entre os diferentes lotes produzidos.

Já muito longe dos ingleses, agora assentada nos parâmetros de mensuração de sua composição, a história da Água Inglesa faz lembrar o argumento de Isabelle Stengers em sua leitura sobre a matemática. Para a autora, não há comensurabilidade sem a invenção de uma medida, de modo que o desafio passa a ser criar uma unidade “que exclua toda medida externa, todo acordo prévio, separando o ilusório do racional, o subjetivo do objetivo, separando, em outros termos, aqueles que têm o título de “entrar” no cálculo daqueles que devem se submeter ao resultado” (Stengers, 2011, p.400, tradução minha).

¹⁰⁵ Disponível *online* em: <https://www.museudafarmacia.pt/collection/ficha.aspx?lang=PO&a=1&pa=&id=3562>. Acesso em 26/04/2022.

Assim, as farmacopeias se tornam objetos centrais para a separação de plantas, sujeitos e conhecimentos que antes estavam conectados, reorganizando esta relação em novas posições, agora socializadas nas monografias e especificações técnicas. A essa altura, a questão já não é só eximir a Água da Inglaterra de qualquer referência inglesa. Trata-se da criação de um sistema explicativo capaz de permitir essa separação.

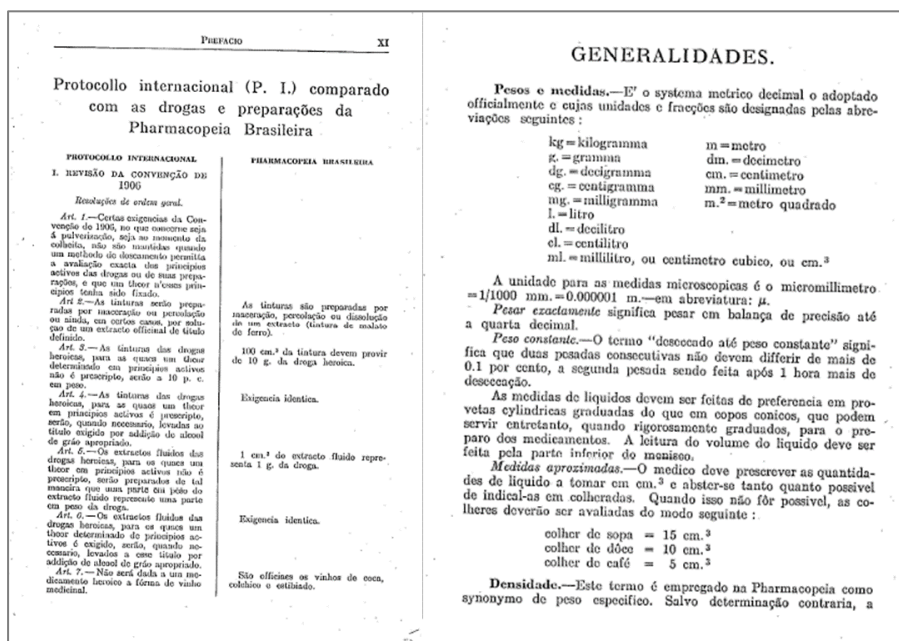
Embora as farmacopeias tenham surgido como forma de convencionar determinadas fórmulas farmacêuticas, fazendo delas modelos fidedignos e reproduzíveis, o conteúdo das formulações que referem é sempre muito controverso. Vejamos novamente pela Água Inglesa. Sabe-se que ela nunca foi propriamente inglesa, pois é fruto de muito trânsito entre sujeitos e mercadorias durante o renascimento europeu. Tampouco foi a padronização e a escritura capaz de fazer dela uma fórmula portuguesa. Além disso, não se pode deixar de notar que o princípio-ativo que dá vida a essa formulação provém de plantas andinas (*Cinchona ssp.*). Seu uso terapêutico foi documentado por jesuítas expedicionários na região da Bolívia, Equador e Peru, chegando à Europa em meados do século XVII pelas mãos de comerciantes e jesuítas (Cueto, 1995). Assim, o que a História da Água de Inglaterra permite ver é a sucessão de diversas outras histórias encapsuladas umas nas outras e transcritas nos compêndios oficiais como narrativa única, cuja identidade inglesa é restrita aos aspectos qualitativos e quantitativos dos componentes da formulação.

Para além do conteúdo mais político deste empenho, considero importante grifar como a invenção de um caráter atemporal e não-cultural foi o que permitiu às farmacopeias serem tomadas como referências legítimas de uma natureza estável, controlável e reproduzível, capaz de referir o passado como forma de legitimar os objetos terapêuticos do futuro a despeito do contexto que fazem parte.

Contudo, a anedota permite ver como o tempo não é possível de ser reduzido a uma medida mensurável, aos modos como se propõe no Brasil a partir do conceito regulatório de tradicionalidade. Não é o tempo da mecânica. A transformação é aquilo que o tempo tem de mais característico. Não propriamente a cronologia, mas sobretudo a passagem do tempo é algo que nos afeta profundamente e nos faz reagir, por exemplo, registrando determinadas

formulações de modo a torná-las testemunhas fiéis da memória. A questão, então, parece ser justamente a história que conta o conteúdo dessas memórias.

5.7 Circulação de conhecimentos na Farmacopeia Brasileira



Fonte: Acervo digital da Anvisa¹⁰⁶

Figura 50: Detalhe de duas páginas da 1ª Farmacopeia Brasileira, 1926

No Brasil a *Pharmacopea Geral para o Reino e Domínios de Portugal* vigorou até a publicação do primeiro código farmacêutico nacional, instituído pelo Decreto nº 17.509, de 4 de novembro de 1926.

Tanto na forma como no conteúdo a versão inaugural da Farmacopeia Brasileira reflete os valores que guiavam a primeira república. Já no prefácio o editor reforça a suposta independência nacional ao apresentar a lista de pesquisadores que elaboraram o documento: todos egressos das escolas de farmácia e medicina do Rio de Janeiro e São Paulo, não mais Coimbra ou Lisboa. Em seu texto, os autores rejeitam tanto a farmacopeia portuguesa, que “embora ótima para o seu país, não satisfazia em absoluto as nossas necessidades”,

¹⁰⁶ Disponível online em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/farmacopeia/farmacopeia-brasileira/arquivos/8041json-file-1>. Acesso em 05/11/2022.

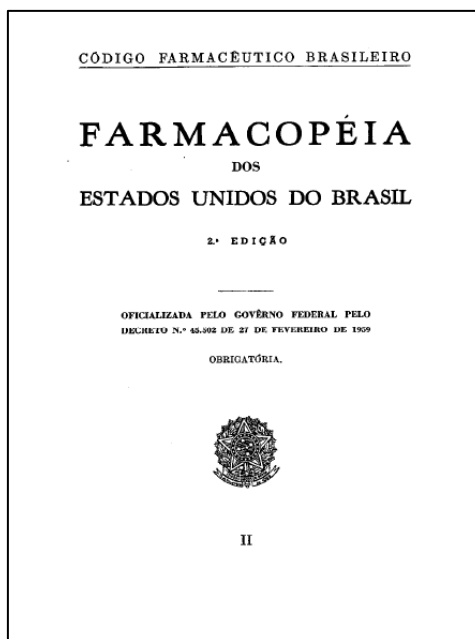
como indicam suceder o *códex farmacêutico francês*¹⁰⁷, que à época servia de base para o comércio e produção de medicamentos nacionais, o qual “redigido em um país em tudo tão diferente do nosso (...) não poderia satisfazer as nossas necessidades” (Brasil, 1926).

O prefácio da versão inaugural também registra a ausência do Brasil na 2ª Conferência Internacional para a Unificação da Fórmula dos Medicamentos Heroicos, realizada em Bruxelas no ano anterior. Embora não tenha participado do encontro, nem haja aderido às suas convenções, o preâmbulo do primeiro código farmacêutico nacional conta com comentários sobre as padronizações acordadas na conferência e sua influência na elaboração das monografias que adiante são apresentadas.

Como uma forma de independência sempre muito relativa, a Farmacopeia Brasileira seguia a prerrogativa de reinventar as identidades e saberes descredenciados pela colônia. Ao adotar parâmetros mensuráveis para legitimar suas formulações, as monografias desta edição trazem referências detalhadas sobre como manipular o Cipó Caboclo, o Bálsamo do Peru, o Cânhamo da Índia e a Canela da China. Todas elas plantas e fórmulas que dão testemunhos de um mundo em que determinadas coletividades muito facilmente se convertiam em propriedades.

Se as orientações para a prática farmacêutica nacional já haviam sido portuguesas, depois francesas e agora brasileiras, foi a partir da segunda edição que se tornaram fundamentalmente norte-americanas.

¹⁰⁷ Em 29 de setembro de 1851, por decreto, o *códex francês* também passou a ser aceito como compêndio oficial do Brasil, suplementando a já reconhecida *Pharmacopea Geral* para o Reino e Domínios de Portugal. Dois outros decretos publicados durante a primeira república reafirmaram o reconhecimento e passam a dar primazia à Farmacopeia Francesa: Decreto nº 8.387, de 19 de janeiro de 1882 e Decreto nº 16.300, de 31 de dezembro de 1923.



Fonte: Acervo digital da Anvisa¹⁰⁸

Figura 51: Capa da 2^o Farmacopeia Brasileira, 1959

Entre a primeira e a segunda edição da Farmacopeia Brasileira se passaram três décadas, uma guerra mundial e um profundo realinhamento na economia das ideias e mercadorias que circulavam ao redor do globo. Nesse contexto, já no preâmbulo da nova edição o editorial retrata a urgência da atualização: “nesse lapso de tempo, torna-se o código farmacêutico brasileiro antiquado e desatualizado em face do imenso progresso que alcançaram as ciências médicas e farmacêuticas em todo o mundo” (Brasil, 1959).

No curso desse “imenso progresso” é possível ver que a versão de 1926 da Farmacopeia Brasileira era fundamentalmente de influência europeia, tecnicamente magistral e direcionada à produção artesanal. Nas versões seguintes essa condição muda ao passo que os Estados Unidos começam a promover uma espécie de “política da boa vizinhança” capaz de atrair os países da América do Sul à sua órbita de influência. Reflexo disso, as ciências médicas e farmacêuticas se reorganizaram em torno do comércio bilateral, formando grandes cadeias para produção de medicamentos sintéticos em escala

¹⁰⁸ Disponível *online* em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/farmacopeia/farmacopeia-brasileira/arquivos/8041json-file-1>. Acesso em 05/11/2022.

industrial. O uso terapêutico de espécies vegetais é um tema absolutamente suprimido entre a segunda e a quarta edição da Farmacopeia Brasileira.

Esta característica só foi revisitada a partir de 2010. Com a publicação da quinta edição, a equipe técnica responsável pela elaboração do código farmacêutico nacional passou a dedicar uma seção exclusiva para monografias de plantas medicinais e fitoterápicos, nomeada como Formulário de Fitoterápicos.



Fonte: Acervo digital da Anvisa¹⁰⁹

Figura 52: Capa do Formulário Fitoterápico da Farmacopeia Brasileira, 1ª e 2ª versão, 2011 e 2021, respectivamente

O primeiro Formulário Fitoterápico da Farmacopeia Brasileira apresenta uma extensa lista de formas farmacêuticas passíveis de serem executadas no campo da fitoterapia, tanto no ambiente magistral como industrial. As monografias que compõem essa versão partem de um inventário de 71 espécies, número que se ampliou para 85 na segunda edição (Brasil, 2011; 2021).

A composição desse inventário se iniciou em meados de 2006. Com a publicação da PNPMF, o Departamento de Assistência Farmacêutica em parceria com o Departamento de Atenção Básica se encarregou de um inquérito

¹⁰⁹ Disponível *online* em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/farmacopeia/formulario-fitoterapico>. Acesso em 05/11/2022.

realizado junto das secretarias municipais de saúde para identificar as principais plantas utilizadas nos serviços de atenção primária do SUS. Como resultado, em fevereiro de 2009 o Ministério da Saúde publicou uma primeira lista de espécies recomendadas para atender doenças das mais comuns e menos complexas.

Quadro 1: Espécies vegetais integrantes da RENISUS, 2009

RENISUS – Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS			
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 comosus</i>	42	<i>Mikania spp*</i> (<i>M. glomerata</i> ou <i>M. laevigata</i>)
7	<i>Apuleia ferrea</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> ou <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>Chamomilla recutita</i> = <i>Matricaria chamomilla</i> = <i>Matricaria recutita</i>	52	<i>Plectranthus barbatus</i> = <i>Coleus 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. curassavica</i> ou <i>C. verbenacea</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</i> spp (<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> = <i>Schinus aroeira</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 adstringens</i> = <i>Stryphnodendron barbatimam</i>
28	<i>Eucalyptus globulus</i>	64	<i>Syzygium</i> spp* (<i>S. jambolanum</i> ou <i>S. cumini</i>)
29	<i>Eugenia uniflora</i> ou <i>Myrtus brasiliiana</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</i> spp* (<i>V. ruficoma</i> ou <i>V. polyanthes</i>)
35	<i>Kalanchoe pinnata</i> = <i>Bryophyllum calycinum</i> *	71	<i>Zingiber officinale</i>
36	<i>Lamium album</i>	* definir a(s) espécie(s) com cultivo, estudos e indicação de uso	

Fonte: Acervo digital do Ministério da Saúde¹¹⁰

Pude recuperar os meandros dessa construção acompanhando a relatoria do Comitê Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Na ata da 2^o reunião ordinária (Brasil, 2010b), por exemplo, o pesquisador Luís Carlos Marques lamentou a publicação ReniSUS ter ocorrido sem antes ter sido feita qualquer consulta pública. Nessa reunião o tema foi pouco acompanhado de outras contestações, mas foi fortemente recobrado na reunião seguinte, realizada quatro meses depois (Brasil, 2010c).

Neste intervalo de tempo o Ministério da Saúde havia publicado a Portaria nº1.102 de 12 de maio de 2010, instituindo a Comissão Técnica e Multidisciplinar

¹¹⁰ Disponível online em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/daf/pnmpmf/ppnmpmf/arquivos/2014/renisus.pdf>. Acesso em 10/10/2022.

de Elaboração e Atualização da Relação Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (COMAFITO). Com a portaria, a comissão passava a ter gerência sob a ReniSUS, em que tanto a publicação tardia como a composição do grupo despertavam interesse e crítica para parte do Comitê Nacional.

O primeiro apontamento feito nesse sentido partiu da Articulação Pacari, que questionou a ausência de critérios etnobotânicos e de etnoconservação na lista publicada pelo Ministério da Saúde. A justificativa dada pelo Departamento de Assistência Farmacêutica foi que essas abordagens seriam contempladas na disciplina de farmacognosia, cadeira clássica do curso de Farmácia. Talvez por estranhamento da resposta, a explicação foi acompanhada por outra pergunta endereçada por representantes das comunidades tradicionais presentes naquele encontro. A Associação Nacional Cultural de Preservação do Patrimônio Bantu questionou sobre os critérios elegidos para que determinadas universidades integrassem a COMAFITO. A pergunta, bem ao certo, dava coro a tantas outras colocadas naquele encontro, visto que a COMAFITO era composta por quatorze membros¹¹¹, nenhum deles representante de movimentos sociais, comunidades tradicionais ou agricultores familiares. Logo, as universidades e os temas de pesquisa ali presentes pareciam ser o único meio para que o debate com o Estado transcorresse para além de suas próprias convenções.

Procurei retomar os empenhos da COMAFITO nas conversas que tive em campo:

Na época houve muita crítica a essa lista [ReniSUS]. Acho que o principal problema é que não ficou claro quais foram os critérios para a seleção daquela lista de plantas. Pra mim ficava a seguinte pergunta: qual era a relação da lista com o uso tradicional? Como íamos avançar nesse debate? Não dá pra ficar em Brasília definindo quais são as plantas que serão usadas pela população. De qual população estamos falando? Assim fica muito genérico. A relação de plantas precisava ser

¹¹¹ Sendo eles: 8 representantes do Ministério da Saúde (Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos; Departamento do Complexo Industrial e Inovação em Saúde; Departamento de Ciência e Tecnologia; Secretaria de Atenção à Saúde; Secretaria Executiva; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária; Farmacopeia Brasileira), 1 representante da sociedade científica e 5 representantes das Universidades.

regionalizada. Trazer as pessoas junto, os conhecimentos tradicionais. Se não fica distante da realidade do território.

Henriqueta Tereza do Sacramento. Depoimento concedido em 25/04/2021

O que faz da Farmacopeia e da ReniSUS tema de interesse nessa seção são menos seus motivos e mais suas consequências. Aos modos de um grande “livro da natureza”, como aquele que anunciava Galileu¹¹², a padronização de uma lista de plantas úteis e sua inclusão em monografias farmacêuticas foi o que deu base para a sustentação do termo “produto tradicional fitoterápico”. Como procurei mostrar acima, no passado colonial um conjunto vasto de plantas e preparações havia sido descredenciado de certos sujeitos, transposto para as farmacopeias e reconhecido pelo Estado, a despeito da autoria. No presente, a sucessiva cadeia de autorreferência de uma farmacopeia para a outra funcionava de modo a dar continuidade nesse mecanismo excludente de transformação processual, deixando bem para trás qualquer possibilidade de contestação de pertencimento. Fruto de um inventário bem elaborado ou de um debate público pouco prolongado, ao pensar então na “natureza do livro” que passou a ser produzido como código farmacêutico oficial, é possível ver que a padronização se tornou uma *representação* da flora utilizada pela população, e a COMAFITO porta-voz da sua ação a despeito dos sujeitos que as conhecem e utilizam.

O caráter mais controverso desta ação está justamente na coletivização de um conjunto de experiências que, naturalizado nas próprias plantas, acaba por clivar os sujeitos detentores dos saberes ali presentes. Afinal, vale lembrar que muito antes do aproveitamento terapêutico há um conjunto de conhecimentos e cuidados que não brotam da terra. Manter-se restrito à materialidade das plantas, à utilidade medicinal ou mesmo à nomenclatura botânica latinizada é uma forma de reduzir a complexidade e a particularidade das técnicas de manejo, de conservação e multiplicação de variedades

¹¹² A ideia de compor um “livro da natureza” foi inicialmente – e literalmente – escrita por Galileu na elucidação de seu método experimental. O termo foi utilizado como forma de indicar que fenômenos naturais poderiam ser observados e descritos por caracteres mensuráveis, fazendo da matemática uma forma de linguagem das suas leis. Tim Ingold (2012) revisita esta proposição de modo original e indispensável à inversão que proponho neste momento.

localmente adaptadas. Também é uma forma de suprimir mitos, histórias, identidades e outros modos de pertencimento a uma conjunção sintética e perigosa.

Essa condição se torna ainda mais complexa quando tomada no domínio do “comum”. A padronização em compêndios e listagens oficiais cria uma ideia de domínio público que dificulta o reconhecimento do conhecimento tradicional intrínseco às espécies que referem. Muito embora esta questão por vezes seja tratada como infortúnio devido a impossibilidade de identificação da origem do conhecimento, uma rápida visita à historiografia dá conta de refutar o argumento. Analisando práticas médicas no Brasil setecentista, Vera Regina Beltrão Marques (1999, p.58) comenta sobre plantas utilizadas por povos ameríndios que não tardaram a aparecer nos compêndios médicos da América Portuguesa. Abacaxi (*Ananas comosus*), maracujá (*Passiflora spp*) e copaíba (*Copaifera spp*) são algumas delas. Todas expressamente referidas na ReniSUS.

5.8 “Conhecimento tradicional não identificável”: mito e rito

Antes me dediquei à identidade terapêutica e ao argumento da longevidade temporal que fundamenta os “produtos tradicionais fitoterápicos”. Gostaria agora de me deter a um segundo aspecto deste termo, que é o da difusão cultural. A ideia que gira em torno desta proposição é que o registro farmacopeico não seria um entrave para reconhecer o pertencimento e participação de comunidades tradicionais no eventual acesso aos seus conhecimentos. Do modo como é entendido e praticado no campo regulatório, o termo sugere referência àqueles conhecimentos que já se misturaram a tantos outros que se tornaria impossível identificar os provedores da informação. Trata-se de uma forma de considerar que as constantes renovações, próprias mesmo da cultura, são uma espécie de impureza que precisa ser filtrada, caso contrário oblitera a identificação de sua origem.

No ano seguinte à publicação da RDC nº 26/2014 essa proposta ficou melhor definida como “conhecimento tradicional associado de origem não identificável”, e pressupõe que fontes muito genéricas de referência independem de consentimento prévio para acesso, ou mesmo podem ser tomadas enquanto

uma espécie particular de domínio público¹¹³. Para tanto – e esse é o caso específico dos produtos tradicionais fitoterápicos – bastaria que o fabricante referisse no seu pedido de registro o nome latinizado da espécie botânica que pretende comercializar e, estando conforme as referências oficiais, isso lhe daria autorização para seguir com o pedido de registro Brasil, 2014).

Algo muito interessante de perceber a esse respeito é que o ato de nomear coisas (nomear um “fitoterápico” como “produto tradicional”, por exemplo) está intrincado com um exercício que é tanto intelectual como político e ontológico. Ao conferir nome a algo ou alguém, ou mesmo classifica-lo, o sujeito da ação cria uma forma de transformar o referente em linguagem. Assim, produz um código que é contextual aos seus próprios modos de entender o mundo e que acaba por difundir de modo coletivo e naturalizado o “seu próprio jeito” de perceber as coisas. Gostaria, então, de grifar que o ato de nomear fala muito mais sobre quem nomeia do que propriamente sobre aquilo que faz referência.

Na empreitada científica, e principalmente botânica, esta é uma questão cara. Ao passo que o ato de nomear reflete formas de pensamento e motivações das mais diversas, os sistemas classificatórios acabam por produzir poéticas da própria existência de quem nomeou: envolvem questões ligadas a observação e imaginação, à coletividade e ao conflito. Também revelam interesses, sensibilidades, sentidos estéticos, desejos, preconceitos. Assim, a nomenclatura se torna fundamentalmente autorreflexiva e um bom exemplo disso pode ser colhido a partir da Erva Moura.

¹¹³ O conceito de “conhecimento tradicional de origem não identificável” foi instituído no Brasil em 2015 a partir da Lei da Biodiversidade (Lei nº 13.123/15 e Decreto nº 8.772/16). Nurit Bensusan (2021) discute como alguns aspectos tornaram a lei ainda mais complexa do que a medida provisória que a precedia. Como um desdobramento operativo deste conceito, no ano seguinte o Governo Federal regulamentou o Fundo Nacional de Repartição de Benefícios no âmbito do Ministério do Meio Ambiente (Decreto nº 8.772/2016). O fundo endereçou uma proposta parcial, porém efetiva, para a repartição de benefícios gerados a partir do acesso ao que ficou conhecido como “conhecimento tradicional de origem não identificável”, definindo alíquotas do lucro e valores de receita a serem partilhados a partir de sua referência. Em campo, procurei conversar sobre ação com os atores que articulam a PNPMF a partir de Brasília. São alguns dos registros em diário de campo que possui: “isso ficou parado, não foi pra frente”; “pelo menos dentro do Ministério [da Saúde] quase não se falava disso”; “não sei te dizer como está, mas tenho certeza que não está”.

O primeiro registro científico da Erva Moura parece ser de 1762 sob o nome *Solanum nigrum* L. O sistema classificatório oscilou durante o século XVIII: *Solanum astroites* G.Forst. (1786), *Solanum foetidum* Rottb. (1778), *Solanum vulgatum* Baumg (1790), entre vários outros até retornar à denominação inicial, *Solanum nigrum* L., que se mantém desde o século XIX¹¹⁴.

Além de perdurar na história, a planta se desenvolve desde a África central até o extremo leste europeu. Mesmo o fato de não ocorrer espontaneamente na América não foi suficiente para sua ausência também nesta parte do mundo. Auguste de Saint-Hilaire e Alexandre Rodrigues Ferreira, notórios no campo da botânica e da taxonomia tropical, a registraram em suas expedições pelo Brasil. Tão expressiva foi a presença da Erva Moura na América que a referência à nacionalidade chegou a ser debatida em revistas de medicina do século XIX, que tratavam sobre o paralelismo taxonômico entre *S. nigrum* L., e a *S. americanum* Mill (Giorgetti; Negri, 2011).

Como se vê na nomenclatura latinizada que batiza essas duas espécies, o ato de nomear plantas diz muito mais sobre quem nomeia do que sobre quem (ou o que) é nomeado. Desde que foram catalogadas, ambas passaram a ter na abreviação taxonômica o nome de seus descritores. A primeira em referência ao sueco Carl Linnæus (abreviado pela insígnia “L.”). A segunda à Philip Miller (“Mill.”), escocês chefe no *Chelsea Physic Garden* entre 1721 e 1770. Embora oriental e africana na denominação popular, a planta é ocidental e europeia no heterônimo científico. Confusão à parte, para ajudar a imaginação do leitor recorro a uma aquarela do pintor e desenhista José Joaquim Freire produzida durante a expedição científica de Alexandre Rodrigues Ferreira pelo Brasil.

¹¹⁴ O acervo digital do jardim botânico real *Kew Garden* oferece uma lista com 59 sinônimos para *Solanum nigrum*. Todos eles, somados à datação histórica de cada referência, foram consultados em: <https://powo.science.kew.org/taxon/urn:lsid:ipni.org:names:30048260-2>. Acesso em 09/01/2022.



Fonte: *Acervo Brasileira Iconográfica*¹¹⁵

Figura 53: *Solanum nigrum* L. Aquarela de José Joaquim Freire, séc. XVII

A Erva Moura é uma herbácea com menos de um metro de altura e proporcionalidades disformes. As folhas são grandes, as flores muito pequenas, os frutos discretos e elegantemente unidos em forma de cachos pretos, de cor vibrante. No entanto, descrita aos olhos da colônia, o adjetivo que qualifica a espécie – *nigrum* – parece estar menos ligado à cor preta de seus frutos e mais relacionado à identidade negra moura.

Embora a referência *moura* não indique nenhuma nacionalidade particular, o termo se disseminou como um generalismo ibérico para fazer referência aos negros mulçumanos do norte da África e seus descendentes, que desde a idade média povoam o sul da Itália, Malta, França, Espanha e Portugal. Sobretudo a partir do renascimento europeu, época de maior expansão da botânica ocidental, o termo se tornou habitual na produção artística e científica como um referente indiscriminadamente atrelado à cor da pele, mas também à identidade e etnicidade do povo negro¹¹⁶.

¹¹⁵ Disponível *online* em: <https://www.brasilianaiconografica.art.br/obras/16870/solanum-nigrum-l>. Acesso em 09/01/2022.

¹¹⁶ O tema foi explorado durante as sessões de debate que acompanharam a exposição “Hortas de Lisboa: da idade média ao século XXI”, realizada no Palácio Pimenta, em Lisboa, entre 23 de

Em diversos registros coloniais a *Solanum nigrum* é apresentada como uma cultura rebelde: a planta se adapta tão bem ao ambiente em que é colocada que logo pode tornar-se competitiva e acabar por dominar a produção agrícola principal. Para além dos aspectos agrícolas, também em registros médicos do império português a Erva Moura parece testemunhar um mundo de manifestações que o império desconhecia e almejava dominar. Amato Lusitano, médico português atuante no século XVI, comenta um caso controverso em que os juízes de Ragusa, na Sicília, solicitaram seu parecer: “(...) uma mulher da Ilíria, que se entregava a todos em Ragusa, foi acusada no tribunal judicial de ter ensurdecido um ilustre jovem por meio de encantamentos (...)”. Tal situação, Amato Lusitano remeteu à “um caso da utilização da “raiz de solano (erva moura dos maníacos ou loucos), dada a consumir no vinho, durante um jantar” (David de Moraes, 2015).

O caso é interessante pois mostra como a misoginia e o preconceito se perpetuam pelo imaginário científico desde plantas, corpos até territórios. Complementarmente, também mostra como o conhecimento relacionado a determinados usos é sempre muito contextual aos sujeitos que lhes fazem uso. Ao passo que a raiz da Erva Moura é fonte de envenenamento, suas folhas serviam de alimento para aqueles que dominavam seu manejo (Rengade, 1886-1887). De acordo como o solo é tratado, a parte vegetativa utilizada e seu grau de amadurecimento, a planta produz mais ou menos componentes tóxicos. Assim, matar ou curar são fenômenos que participam de um mesmo regime de conhecimento e não se relacionam à dose, mas ao dono, sujeito coletivo do conhecimento.

Dos passados coloniais aos dias atuais, o modo como determinada coletividade conhece e maneja certas espécies botânicas ficou conhecido como “conhecimento tradicional associado ao patrimônio genético”. O termo é tributário da CDB e no Brasil foi altamente influente na construção da PNPMF. No entanto, considerando os saberes mais contextuais da Erva Moura, parece fazer mais sentido tomá-lo ao avesso e considerar essa relação enquanto “patrimônio genético associado ao conhecimento tradicional”¹¹⁷. Não se trata de

outubro de 2020 a 12 de dezembro de 2021.

¹¹⁷ Essa tem sido uma proposição conceitual e política defendida por Nurit Bensusan, a quem eu

mera inversão semântica, mas sim uma tentativa de reverter um relativismo nocivo do qual a planta é testemunha. Toda forma de existência só existe quando corporificada em um determinado saber, e esse saber, por sua vez, contextual a determinados sujeitos e territórios, não o contrário¹¹⁸.

A inversão parece ser interessante para o argumento que pretendo seguir. Quem determina que algo ou alguém é mouro, fundamentalmente não é mouro. Mesmo porque, quem é “mouro”, na verdade não é. É “mauritano”, “bebere”, “muçulmano” ou mesmo “europeu”. Produzida como reflexo das diferenças e semelhanças com quem a descreve, esse convencionalismo fundamentalmente oblitera a identidade de determinados sujeitos.

Jean Seburanga (2013) comenta a esse respeito ao tratar sobre práticas de agricultura nas colônias europeias estabelecidas em África. O autor mostra como a *Solanum nigrum* passou a ser descartada de hábitos alimentares em que antes era protagonista, tornando-se “amarga”, “pouco saborosa” e “antiquada” ao passo que substituída por hortaliças introduzidas pelos colonos. Como uma coincidência bastante indiciosa, foi neste mesmo tempo que a planta floresceu entre farmacopeias e outros compêndios terapêuticos europeus.

A sociedade é desafiada por suas próprias criações: os “fatos obstinados” da história e da ciência, as “necessidades” prementes das “minorias” étnicas e regionais, as “crises” que se desenvolvem a partir de diferenças e pontos de vista existentes. Tudo isso tem o efeito de diferenciar e, em última instância, desconvenacionalizar nossos controles coletivizantes. Ao buscar “integrar” e satisfazer minorias, nós as criamos; ao tentar “explicar” e universalizar fatos e eventos, fragmentamos nossas teorias e categorias; ao aplicar ingenuamente teorias universais no estudo das culturas, inventamos essas culturas

agradeço a generosidade das conversas que tivemos. Precisamente quanto ao debate que aqui apresento, destaco os exemplos dados pela autora sobre o “caso Acheflan” e o “corante de açaí para cirurgias intraoculares” (Cunha; Magalhães; Adams, 2021a).

¹¹⁸ José Antônio Pimenta e Guilherme Fagundes de Moura (2010) também atentam a essa questão. Em uma etnografia feita em torno das controvérsias geradas por um problemático sabonete, os autores apresentam como a demanda industrial pela manteiga de murumuru fez com que a palmeira amazônica que dá origem a essa matéria-prima cosmética saísse da mitologia ameríndia e da vida comunitária dos Ashaninka para se tornar arma de guerra contra a exploração de seu território. Os autores lidam com os autos de um processo judicial em que a ideia difusa de “conhecimento tradicional” se mostra profundamente problemática para a garantia de direitos a certos coletivos e territórios.

como individualidades irredutíveis e invioláveis. Cada fracasso motiva um esforço coletivizante mais amplo (Wagner, 2010, p.201).

Embora a *Solanum nigrum* não tenha sido adotada pelo SUS, seu uso terapêutico chegou a ser considerado durante os estudos encomendados pela CEME. Elegi apresentá-la nesta seção menos pela presença no atual repertório da saúde institucionalizada e mais pela ausência que o processo de institucionalização é capaz de promover.

O exemplo da Erva Moura ilustra como a patrimonialização da sociobiodiversidade trilha sempre por encruzilhadas. Vejamos a partir do que ficou conhecido como “*conhecimento tradicional* associado de *origem* não identificável”. De um lado, o termo admite que a imprecisão não absolve o reconhecimento da origem do conhecimento, do qual o Fundo Nacional de Repartição de Benefícios parece(cia) ser a via principal para realização desse entendimento. Do outro lado, ao passo que passou a figurar no imaginário da propriedade intelectual, se tornou uma espécie de mito da boa bioprospecção. Digo *mito* não por ser uma alegoria falsa ou fantasiosa. Mas no sentido leivistraussiano do termo, de explicar um *rito*, que se perpetua de modo sempre novo e atualizado: em consulta realizada junto ao Ministério do Meio Ambiente, até 2023 o Sistema Nacional de Gestão do Patrimônio Genético e do Conhecimento Tradicional Associado (SisGen) recebeu 10.708 cadastros de acesso em que a fonte de obtenção do conhecimento era classificada como “de origem não identificável”. Desses, 61 envolviam pagamento monetário junto ao Fundo Nacional de Repartição de Benefícios. De acordo com a consulta pública, nenhum deles cumpriu o pagamento¹¹⁹.

¹¹⁹ Pedido de informação realizado em 11/01/2023 via Plataforma Integrada de Ouvidoria e Acesso à Informação. Número Único de Protocolo: 02303.000334/2023-07.

6 EXPANSÃO E NOVOS CONSUMOS TERAPÊUTICOS

6.1 Das narrativas do desenvolvimento ao desenvolvimento como narrativa

No Brasil os pequenos produtores rurais são sempre parte do debate em torno do desenvolvimento nacional. Ora para apontá-los como promotores do “progresso”, ora para indicá-los como responsáveis pelo atraso da promessa. Já houve quem dissesse – e há quem ainda sustente – que indígenas, quilombolas, cooperativados, assentados rurais e extrativistas impedem a expansão de grandes mercados. Antes pudessem.

Durante o trabalho de campo muitas vezes ouvi que a inclusão da agricultura familiar na cadeia produtiva de fitoterápicos seria uma forma de produzir um medicamento à imagem e semelhança do próprio SUS. Decerto a afirmação aponta uma confluência: o SUS e a agricultura familiar compõem parte importante das narrativas mais recentes em torno do desenvolvimento nacional. Um como sistema que melhor produziu acesso aos bens e serviços da saúde. Outro como categoria que mais fez render a contribuição ecossistêmica em forma de matérias-primas apropriadas para o consumo. Com base nessa confluência, e com a esperança de que algo possa salvar os rumos do “progresso”, a fitoterapia produzida a partir da agricultura familiar me foi apresentada em campo como uma espécie de desenvolvimento endógeno da economia brasileira, fruto mesmo do SUS.

Passadas quase duas décadas desde a publicação da PNPMF, as populações organizadas em torno da agricultura familiar jamais conseguiram acessar os mercados institucionais de plantas medicinais e fitoterápicos. No entanto, essa condição não sinaliza propriamente um naufrágio, mas antes uma mudança de rumo. Mais conceitual do que prática ou organizacional.

Como se a alguma cultura estivesse em risco e o Estado fosse capaz de salvá-la, durante os anos de construção da PNPMF muito se falou em “proteção dos conhecimentos tradicionais”. No passar dos anos, contudo, essa ideia se inverteu. Sobretudo a partir de 2009¹²⁰, o incremento da agricultura familiar no

¹²⁰ Me refiro à Lei nº 11.947, de 16 de junho de 2009, que garantiu ao menos 30% de repasse do Fundo Nacional de Educação Básica para a aquisição de alimentos vindos da agricultura

mercado institucional alimentar, mais adiante pensado pela ampliação para o mercado terapêutico, foi acompanhado por uma mudança nos modos como o Estado percebia e lidava com a diferença cultural. A abordagem inicialmente tutelar do Estado, quero dizer, a sujeição das “comunidades tradicionais” à “sociedade nacional”, foi aos poucos sendo deixada de lado. Por meio da fusão jurídica comunidades tradicionais–agricultores familiares, tornava-se mais expressiva a ideia de que diferentes culturas, quando em novas circunstâncias, tendiam à adaptação, o que significaria não a perda de seus elementos mais diacríticos, mas suas modificações.

A ideia de que o mercado institucional seria uma via para o desenvolvimento dessas comunidades foi central. Partindo do interesse público de estimular o setor farmacêutico, a ideia de ter a agricultura familiar como base do suprimento necessário para a produção de fitoterápicos assumiu o conceito de desenvolvimento como algo transculturalmente operativo. Desenvolvimento “comunitário”, “local” e “sustentável” são algumas categorias que desdobram dessa proposta.

Ao assumir essa perspectiva, mudavam as condições éticas, morais, mas fundamentalmente políticas sobre os modos como o Estado passava a se posicionar em relação às especificidades dos grupos reunidos em torno da agricultura familiar. De modo substancial, essa condição implicava pensar em que tipo de aliança essas especificidades se tornariam aliadas da economia estatal, e a partir de qual grau de flexibilização por parte do Estado brasileiro se fariam postas as exigências que regem o setor farmacêutico.

Antes de abordar essas questões, o que pretendo notar é que nessa ascensão não só a promoção da “cultura” assumiu um status mais dinâmico no poder público, capaz até mesmo de qualificar um tipo específico de desenvolvimento. Mas, também o capitalismo deixou de ser entendido como algo que a corrói. O mercado institucional, por sua vez, se tornou um fator de estímulo à transformação das sociabilidades mais comunitárias dos grupos reunidos em torno da agricultura familiar, ampliando seus alcances justamente ao passo que

as transformava. E não deixou de ser também um novo dever sobre as identidades rurais em seus processos de constante elaboração.

Entre 2010 e 2015 os ministérios da Saúde e Agricultura, Pecuária e Abastecimento, ora individualmente, ora em parceria com o Ministério de Desenvolvimento Regional e o Ministério do Meio Ambiente, passaram a estimular fortemente essa transformação. Por meio de editais de fomento à inclusão da agricultura familiar nos arranjos produtivos de fitoterápicos, cooperações público-privadas e, também, pelo estímulo aos programas institucionais de pesquisa, extensão e ensino voltados a tornar comunidades rurais aptas ao mercado institucional, rapidamente os conhecimentos praticados através da agricultura familiar passaram a operar num contexto discursivo e performático em torno da requalificação da assistência farmacêutica, incorporando as exigências do setor.

Nesse empenho, “salvaguarda” e “proteção”, baluartes da PNPMF, deram espaço para termos como “valorização” e “participação”. Agora já distante da ideia de cultura como algo em via de extinção, as populações rurais – sobretudo aquelas dedicadas à agricultura e reputadas como tradicionais – deixaram de ser entendidas como entrave para se tornar proposta de solução para o mercado de fitoterápicos. Contudo, de modo muito ambíguo, o extrativismo e a pequena produção rural passaram por um refinado mecanismo de transmutação identitária, onde a capacidade de adaptar suas diferenças ao gosto das técnicas e estéticas farmacêuticas se tornou decisivo.

Chamo a atenção para essa ambiguidade atento ao modo como não foi dado à pequena agricultura a possibilidade da autossuficiência, ou seja, a possibilidade – fortemente reivindicada – de ser protagonista no beneficiamento e, no limite, na comercialização de seus próprios produtos. Sobre esse aspecto, é essencial considerar que tal demanda de igualdade comercial manifesta-se, fundamentalmente, como um segundo ato das históricas reivindicações sobre os direitos de controle de suas terras. Afinal, vale notar que a esperança por uma reforma agrária nacional por vezes parece ter esmaecido, produzindo um refinado interesse por outros meios de compensar essa diferença.

Entre a tutela e a autonomia, a PNPMF produziu um bom exemplo para recuperar o debate sobre a relação entre os povos e conhecimentos tradicionais

e o desenvolvimento, especialmente no que diz respeito às alternativas adequadas aos interesses desses povos.

Como antecipação das páginas que virão, é válido grifar que as populações reunidas em torno da agricultura familiar buscam caminhos sempre novos para não desaparecer, étnica ou fisicamente, como sucedeu no Brasil com muitas populações rurais. Dentro dos esforços reunidos nas políticas públicas para evitar essa condição, retomar um conjunto de características culturais diacríticas como forma de repaginar a ideia de desenvolvimento ao gosto dos modos mais contemporâneos, além do risco de reduzir certas identidades aos seus traços mais superficiais, nega as relações de poder assimétricas que regem esse empenho. Não querer desaparecer não implica querer sua identidade assemelhada a quem nunca desapareceu.

Assim, como ponto de partida, levanto preocupações sobre a ideia de desenvolvimento, quer “comunitário”, “endógeno”, “local”, “sustentável”, mas sempre tributário de uma visão de mundo específica. Ao contrário de uma proposta transcultural, assumir que a PNPMF se relaciona com grupos culturalmente diversificados abre espaço a um tipo de interação de outra ordem, o qual pretendo apresentar como forma de reflexão sobre os modos de se criar particularismos e totalizações por meio de políticas públicas.

6.2 O que faz uma farmácia “viva”?

“Farmácia viva” é um termo em disputa. Para o Ministério da Saúde, se refere às unidades farmacêuticas habilitadas a preparar e dispensar fitoterápicos a partir do cultivo, coleta, processamento e armazenamento de plantas medicinais. Contudo, no cotidiano da atenção primária, o termo faz referência a um conjunto muito mais vasto e plural de organizações tecnológicas e processos de trabalho.

Como apresentado anteriormente, o termo é tributário de experiências muito localizadas, especialmente aquelas praticadas no semiárido cearense a partir da década de 1980 (Matos, 2002). Inicialmente concebidas como uma proposta muito localizada, as farmácias vivas se multiplicaram desde a capital até o interior do Ceará sem a necessidade de ascender a um modelo único de

trabalho. Iniciavam com um horto para cultivo de plantas medicinais, que poderiam progredir localmente para unidades de beneficiamento ou, até, para espaços de preparação e dispensação de fitoterápicos. Assim, a proposta era organizada a partir de um planejamento sensível às relações nas quais estavam inseridas, e floresceu justamente como arte de perceber o entrelaçamento das relações entre seres humanos e outras espécies.

O termo inspirou diversos outros estados e municípios. Durante o trabalho de campo conheci farmácias vivas das mais diversas, dedicadas ao plantio comunitário, à secagem de plantas sazonais, ao combate da pobreza nutricional, entre muitas outras em que as técnicas, as plantas, os sujeitos e saberes se relacionavam de modos atentos à complexidade dessa interação, e sem a obrigatoriedade da padronização.

No âmbito federal, o advento das farmácias vivas se deu pela Portaria nº 886, de 20 de abril de 2010, que instituiu o termo como uma possibilidade comum a todos os estados e municípios brasileiros. O reconhecimento dava cor a outras referências feitas pelo Ministério da Saúde ao termo, como em 2006, em que foi protagonista na Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, presente também em 2001, na Proposta de Política Nacional de Plantas Medicinais e Medicamentos Fitoterápicos.

Desde o reconhecimento dado pelo Ministério da Saúde as farmácias vivas se multiplicaram, consolidando-se no cotidiano da atenção primária como um termo definido em si mesmo.



Autor: Pedro Carlessi, fev/2021

Figura 54: Farmácia viva de São Bento do Sul/SC. Regulamentada como “ervanaria” segundo a Lei nº 5991 de 17 de dezembro de 1973



Autor: Pedro Carlessi, nov/2020

Figura 55: inauguração do horto comunitário do Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso. São Luís/MA

Ainda sem regulamentação definida, em 2012 o Ministério da Saúde passou a fomentar as farmácias vivas via edital público de chamamento anual¹²¹. Visto que a proposta despontou como uma organização tecnológica endêmica, estreitamente conectada às plantas e os sujeitos dos territórios em que estava inserida, o Governo Federal passou a entendê-la como caminho para geração de trabalho e renda comunitária. Ao permitir que os serviços farmacêuticos preparassem fitoterápicos a partir de plantas medicinais cultivadas comunitariamente, o serviço público se desobrigou, técnica e juridicamente, da compra de insumos vegetais controlados pelos grandes fornecedores industriais.

A ideia era que a demanda das farmácias vivas se tornasse uma forma de estímulo para a pequena produção, sobretudo de agricultores familiares, assentados rurais, comunidades extrativistas, povos e comunidades tradicionais.

Um dos tecnologistas do Ministério da Saúde dedicado ao tema certa vez me apresentou as farmácias vivas como um projeto antidistópico. Antidistópico é um pleonasma para a ideia de utopia, da qual meu colega procurava fugir. Ao modo como me falava, assumir o caráter utópico seria atribuir um caráter ideológico e ineficaz à proposta. Em substituição, sugeria a antinomia, um certo antídoto contra a paralisação de se pensar na farmácia e no medicamento por caminhos únicos. Outros interlocutores com quem mantive contato durante a pesquisa – tanto profissionais da atenção primária como gestores das políticas públicas nacionais – reiteradas vezes também me apresentaram as farmácias vivas como uma possibilidade de reflorescimento das práticas farmacêuticas no SUS, um caminho para a reconstrução política e técnica dos modos de produzir cuidado.

No âmbito federal o uso do termo “farmácias vivas” se deu por uma transposição de escala. De algo muito localizado e relacional, o termo se

¹²¹ Entre 2012 e 2016, os editais eram voltados à assistência farmacêutica de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos e ao desenvolvimento de Arranjos Produtivos Locais (a respeito do termo "arranjos produtivos locais" e seus compromissos, vide Torres, 2013). A atividade, que contava com apoio técnico-operacional do Ministério do Desenvolvimento Agrário, deixou de ser incentivada desde a extinção deste ministério (medida provisória nº 726, de 12 de maio de 2016). Em 2017, o edital se voltou à articulação entre os serviços de saúde e centros de pesquisa/ inovação, articulando as Farmácias Vivas com a extensão universitária. Já nos anos seguintes (2018-2023), o fomento se dirigiu ao desenvolvimento de Farmácias Vivas sem envolver, necessariamente, as articulações anteriormente preconizadas.

expandiu pelo Brasil, condição que recobrou da Anvisa os entendimentos que orientariam a implementação indiscriminadamente do contexto qual faria parte.

A norma que regulamentou as farmácias vivas (RDC nº 18, de 3 de abril de 2013) surgiu da participação popular em colegiados instituídos no Ministério da Saúde e em consultas públicas promovidas pela Anvisa. Seus termos, no entanto, divergem pouco daqueles mais habituais no setor farmacêutico. Em seu texto, a RDC nº 18/2013 apresenta um guia de conduta para que o trabalho seja executado segundo prerrogativas vigentes no *mainstream* farmacêutico, internacionalmente conhecidas como *good manufacturing practices*, que no campo dos fitoterápicos ficaram conhecidas como “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”.

Quando a publicamos, a RDC nº 18/2013 foi acompanhada de muita crítica. Ainda hoje escuto que é uma norma muito rígida. No entanto, se estamos falando de uma “farmácia viva”, estamos falando de uma “farmácia”, um estabelecimento de saúde que tem enquadramento em lei. Não há como fugir das definições legais.

Identidade preservada. Depoimento concedido em 09/09/2020

A cada escolha, uma renúncia: o mesmo ato que conferiu às farmácias vivas institucionalidade, foi o que clivou suas possibilidades de diversidade. Se antes a presença e participação comunitária fortalecia o trabalho com as plantas, agora “os visitantes e pessoas não treinadas somente devem ter acesso às salas de preparação quando estritamente necessário e previamente informado sobre a conduta, higiene pessoal e uso de vestimentas protetoras, além de serem acompanhados obrigatoriamente por pessoal autorizado”. Do mesmo modo, se em um contexto muito localizado a proximidade com os saberes locais e a diversidade biológica era o que lhe fundamentava, em respeito à legislação e aos códigos de ética profissional, “os profissionais prescritores são impedidos de prescrever fórmulas usando denominações diferentes daquelas descritas em Guias Fitoterápicos, Formulários e Farmacopeias reconhecidas pela ANVISA”. (Brasil, 2013d).

Grande parte dos estados e municípios que dispunham de farmácias vivas antes da RDC nº 18/2013 aderiram à regulamentação, que se tornou coercitiva para a referência de alguma vivacidade no campo dos fitoterápicos. Outros, no entanto, viram nessa resolução algo que divergia de seus propósitos iniciais. A Secretaria de Saúde do Maranhão, por exemplo, não aderiu à RDC nº 18/2013, e optou por manter a originalidade de seu arranjo organizativo. Para evitar as sanções aplicadas a quem descumpra obrigações sanitárias, preteriu do termo “farmácia viva”, já regulamentado, e passou a utilizar a denominação “hortos terapêuticos”, ainda livre de contendas quanto a sua utilização:

Depois da regulamentação, “farmácia viva” virou quase uma “farmácia de manipulação”. O nosso programa de fitoterapia é focado nos municípios de menor renda, não tem como pensar numa farmácia dessas [aos modos como recomenda a RDC nº 18/2013]. Isso é fora da realidade dos municípios em que eu trabalho. Eu sou uma farmacêutica que faz questão de trabalhar do jeito do meu povo. Então, se para manter o nosso programa não dá mais pra ser “farmácia viva”, pronto, tá resolvido, agora somos “hortos terapêuticos”.

Kallyne Bezerra (coordenadora do Programa Farmácias Vivas – Hortos Terapêuticos da Secretaria de Saúde do Estado do Maranhão). Depoimento concedido em 18/11/2020

Sem abdicar da referência inicial, a escolha do programa maranhense pelo nome “Farmácia Viva – Hortos Terapêuticos” está longe de um mero pleonasma. Além de ratificar sua identidade em um conjunto homogêneo de outras farmácias vivas do território nacional, sugere que as possibilidades de avivamento de uma farmácia podem ser feitas por diferentes caminhos, endereçando, assim, uma ponderação quanto à padronização. No trabalho realizado pela Secretaria de Saúde do Estado do Maranhão há farmacêuticos, mas não há laboratórios de medicamentos. Também não se usa os habituais jalecos brancos, restritos aos profissionais da saúde. Opta-se por um colete vermelho e cinza, que veste igualmente todos os apoiadores do programa. Na medida em que se mantêm sob as intempéries do plantio e cultivo em um canteiro instalado em bases comunitárias, as plantas e os conhecimentos ali praticados são elaborados a partir de interações e afetos de diversas ordens,

condição que se faz difícil em espaços onde predominam exigências sanitárias projetadas para os espaços farmacêuticos mais herméticos e seus procedimentos operacionais padronizados.



Autor: Pedro Carlessi, nov/2020

Figura 56: Viveiro Municipal Professor Ribamar Torres, sede do Programa Farmácia Viva – Hortos Terapêuticos de Pastos Bons/MA

Se a regulamentação sanitária foi a via de acesso para que as Farmácias Vivas se tornassem uma possibilidade nacional para a fitoterapia pública brasileira, como consequência, é de se notar como a padronização admite apenas aqueles que se adequam às molduras do que já foi, não do que poderia vir a ser uma instituição que se anuncia como “viva”. Mesmo que o sentido literal esteja deslocado daquele regulamentado pela Anvisa, nesse jogo de possibilidades espelhadas é possível ver como o aspecto mais criativo, relacional e imprevisível de “estar vivo” aparece como uma imagem invertida daquela produzida pela padronização, que é a base para a replicação e multiplicação das farmácias vivas. Grifo, portanto, como a exclusão da diversidade operou como parte da expansão desse empreendimento público farmacêutico.

Vejamos a partir das plantas e dos conhecimentos passíveis de serem instituídos em um município que opta por essa organização tecnológica. Conforme preconiza a RDC nº 18/2013, as farmácias vivas só podem dispensar “preparações magistrais”, ou seja, fitoterápicos cuja composição, forma farmacêutica, posologia e modos de uso são descritos em receituário médico. Em alternativa a essas, podem também dispensar “preparações officinais”, que são aquelas cuja fórmula está descrita no Formulário de Fitoterápicos da Farmacopeia Brasileira ou em outros compêndios oficiais de mesmo teor. Visto que os receituários médicos são elaborados essencialmente a partir de plantas medicinais já conhecidas e estudadas, das quais a Farmacopeia Brasileira se limita a incorporá-las em seus compêndios oficiais, a possibilidade de preparar fitoterápicos a partir da sociobiodiversidade local desaparece, fazendo da proposta um problema fundamentalmente tautológico.

Se a regulamentação guinou a diversidade de plantas e conhecimentos à estagnação, ao acompanhar esses serviços percebi que foram nas práticas rotineiras que os profissionais encarregados da implementação de farmácias vivas se deparam com o caráter mais controverso da proposta. Digo isso pois, para se tornar “viva” nos termos da RDC nº 18/2013, a proposta precisou se adequar a um regime sanitário pautado não nas relações interdependentes, intersubjetivas e interespécies de cada território, mas na padronização, documentação e reprodutibilidade do trabalho executado. Assim, não só a natureza do serviço mudou, mas também o estatuto ontológico do profissional que o opera: de um sujeito afeito ao campo, às plantas e aos pacientes de seus territórios, o modelo regulamentado colocou o trabalhador da saúde a serviço da burocracia. “Tem hora que eu nem sei se sou farmacêutica ou advogada”. Das conversas que mantive em campo, esse foi um dos apontamentos mais recorrentes.

Contudo, não é meu objetivo promover nenhuma objeção ou contraposição à regulamentação sanitária. De modo sucinto, o que procuro evidenciar são as implicações colocadas pela transposição de escala¹²². Para

¹²² Faço esse grifo atento e alinhado às implicações de escalabilidade apresentadas pela antropóloga Anna Tsing (2012). Considerando os apontamentos da autora, me limito à referência circunstancial e à potência do argumento para seguir rumo a um outro complicador da

que pudessem ser implementadas em diferentes regiões do país se exigiu das farmácias vivas e de seus partícipes que abstraíssem dos aspectos mais relacionais evocados por essa proposta de trabalho. Ou seja, a expansão nacional desses projetos ocorreu não pelo fortalecimento dos vínculos comunitários – esses, sempre imprevisíveis e criativos, como são – mas por aquilo que pode ser transportado de um contexto para o outro mantendo a padronização e a reprodutibilidade.

6.3 Agricultura familiar e a produção estatal de fitoterápicos: uma agenda inconclusa

A agricultura familiar e tradicional nunca se efetivou como parte das farmácias vivas. Primeiro, porque nesses serviços a agricultura foi incorporada como prolongamento do trabalho farmacêutico, que passou a coordená-la por um senso estético e lógico próprio do mundo dos laboratórios. Segundo, pois a própria organização tecnológica das farmácias vivas se faz impeditiva. Visto que a RDC nº 18/2013 preconiza unidades produtivas restritas à produção de lotes mínimos e sazonais, ou ainda, limitados pela própria natureza do trabalho, quase artesanal, poucas vezes há regularidade ou demanda de compra capaz de estimular a produção por cooperação agrícola, sobretudo à longo prazo. Por fim, e talvez seja esse o aspecto mais controverso da proposta, as farmácias vivas adquirem produtos e serviços fundamentalmente via licitação pública. Nesse mecanismo de livre competição, a produção em pequena escala não possui garantia de venda nem qualquer outro diferencial que a torne competitiva frente aos grandes produtores de matéria-prima vegetal. Como me relatou a secretária de saúde de um município do interior paulista: “por licitação é mais fácil comprar uma balança analítica de alta precisão do que uma enxada que se vende no comércio do vizinho”.

Contudo, no mercado institucional de plantas medicinais e fitoterápicos a participação da agricultura familiar e tradicional não ficou restrita às farmácias

escalabilidade. Seguindo o mote desta tese, a nacionalização de uma certa identidade “tradicional” nas políticas e práticas da fitoterapia pública brasileira se fez desacoplada do pertencimento e reconhecimento que dela possam ter por parte dos sujeitos autorreferidos tradicionais.

vivas. Desde a PNPMF, a proposta do governo federal foi diversificar o regime agrícola associativo para torná-lo parte também do setor farmacêutico industrial.

Essa foi uma pauta pensada e produzida dentro do projeto conhecido como Complexo Econômico-Industrial da Saúde, mas que no decurso de sua trajetória também foi chamado de “Complexo da Saúde”, “Complexo Produtivo da Saúde”, “Complexo Industrial da Saúde”, “Complexo Industrial e de Serviços em Saúde”. Em comum, todos eles são termos tributários da economia política, mas foi na política econômica que se refletiram como um novo modo de entender, fabricar e financiar as tecnologias empregadas na saúde pública brasileira. De modo transversal, a proposta prevê um conjunto de mudanças estruturais no setor industrial da saúde, e se fortaleceu ao passo que admitiu conciliar duas correntes opostas do pensamento econômico brasileiro: ao invés de insular a produção de insumos estratégicos no orçamento do Estado ou, ao contrário, fundir as demandas da produção farmacêutica no livre comércio, propunha uma articulação entre o investimento público e o desenvolvimento de mercados participativos (Gadelha; Costa; Machado, 2012; Gadelha; Temporão, 2018; Villas Bôas; Gadelha, 2007).

Precisamente na produção de fitoterápicos, a agricultura familiar e tradicional foi entendida como parte central do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. Sobretudo a natureza associativa, de forte vínculo comunitário, mas nunca desconexa da tutela técnica e científica das instituições de Estado, fez com que os coletivos agrícolas fossem entendidos como uma forma endógena de articulação entre a micro e a macroeconomia. Assim, a solução para os problemas econômicos e fundiários das populações rurais passava a ser o próprio desenvolvimento do Estado, condição que contornava a incontornável necessidade de uma reforma agrária nacional.

Por incentivo do Ministério da Agricultura e Pecuária, Ministério da Saúde e Ministério do Desenvolvimento Agrário, sobretudo entre 2008 e 2016, o executivo nacional extensivamente mapeou, classificou, cadastrou, capacitou e incentivou agricultores para produção de plantas medicinais de interesse do SUS. Também a Embrapa, a Fundação Oswaldo Cruz e diversas agências estaduais de pesquisa agropecuária e extensão rural apoiaram a ação, oferecendo suporte técnico e jurídico a pequenos produtores rurais, coletivos

extrativistas e assentados rurais. Através da articulação entre diferentes esferas da administração pública, o objetivo era fazer da PNPMF parte de um conjunto de outras políticas públicas voltadas ao incentivo da agricultura familiar e tradicional, como a PNAE e o PAA, dedicadas ao abastecimento dos equipamentos públicos de segurança alimentar e nutricional.

Apesar do esforço conjunto, a produção de fitoterápicos fez parte de uma agenda inconclusa do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. O desinteresse administrativo e orçamentário foi fundamental para o sucesso dessa inconclusão. Antes subfinanciado, o tema foi decisivamente descontinuado a partir de 2017, voltando à agenda de governo somente em 2023. Contudo, para além da volatilidade com que tramitam os interesses em Brasília, vale notar que a proposta do Complexo Econômico-Industrial da Saúde criou uma demanda nova para a agricultura familiar. Essa demanda foi colocada como uma espécie de convite para compor relações mais harmoniosas entre o campo do cultivo e do cuidado, mas ouviu pouco aqueles que verdadeiramente sabem cultivar mundos habitáveis. Ilustro com um relato de campo.

6.4 Planta medicinal e seu mercado institucional



Autor: Pedro Carlessi, nov/2020

Figura 57: Visita da AGERP à agricultores familiares do bairro Francelina. Barreirinhas/MA

Em 2019 e 2020 fiz algumas incursões pelos municípios da capital e interior do Maranhão, sobretudo aqueles atendidos pelo Programa Estadual Farmácias Vivas – Hortos Terapêuticos. Precisamente no município de Barreirinhas, localizado ao nordeste do estado, em uma zona de transição entre a floresta amazônica, o cerrado e a caatinga, a discussão sobre plantas medicinais e fitoterápicos recebia apoio da Agência Estadual de Pesquisa Agropecuária e Extensão Rural do Maranhão (Agerp). Para além do tema comum, a agenda conjunta supria uma certa fragilidade do vínculo institucional naquele município. No momento das minhas visitas, o município ainda não tinha firmado parceria com a Secretaria Estadual de Saúde para uma ação de fortalecimento da fitoterapia na região. Contudo, a Agerp e o Programa Farmácias Vivas – Hortos Terapêuticos se encontravam em muitos dos seus entendimentos e campos de trabalho.

Nos anos anteriores, a Agerp, em parceria com a Embrapa e o Governo do Estado do Maranhão, havia articulado mais de duzentos agricultores familiares para o cultivo da mandioca utilizada pela Ambev (*Americas' Beverage Company*) na fabricação de uma cerveja regional, a *Magnífica*. A partir dessa experiência, ao passo que o desenvolvimento de cadeias produtivas chegava também na pauta da fitoterapia pública, a Secretaria de Estado da Saúde se tornava um potente parceiro dos órgãos de extensão rural e da Secretaria de Estado da Agricultura Familiar, sobretudo a partir da Superintendência de Organização Produtiva e da Superintendência de Biodiversidade, Povos e Comunidades Tradicionais.

Em novembro de 2020 pude acompanhar as ações da Agerp junto a uma cooperativa de agricultores de Barreirinhas. No bairro Francelina, fundamentalmente agrário, os extensionistas rurais estimulavam a ampliação da agricultura familiar, que passava a ter a safra protegida por um auxílio pecuniário de tempo determinado. O apoio estatal dava segurança para a ampliação da produção sem que os agricultores tivessem prejuízo por conta da estiagem ou da precipitação hídrica, interferências das mais comuns no cultivo em campos de dunas, como é característico naquela região. Numa certa ocasião, me somei aos extensionistas da Agerp e à equipe de carregadores que abastecia um

pequeno caminhão com a produção agrícola da comunidade, que ao final do dia seria transportada para um supermercado da cidade.



Autor: Pedro Carlessi, nov/2020

Figura 58: carregamento do caminhão comunitário. Barreirinhas/MA

Durante a tarde de trabalho os produtores comemoravam que, pela primeira vez, tinham seus produtos disponíveis no supermercado da cidade. Até então suas produções eram direcionadas às feiras livres e aos municípios vizinhos, mas não chegavam até o supermercado de Barreirinhas, que era prestigiado pelo grande porte, pela localização central, e pelo fato de abastecer tanto o consumo doméstico como a ampla rede hoteleira da região.

O carregamento do caminhão foi o momento em que os agricultores e eu pudemos saber quem era quem em um conjunto amplo de apoiadores do trabalho por eles realizado. Da minha parte, foi ali que eu soube que quem era “agricultor familiar” no bairro Francelina, na verdade, era ribeirinho, tapuio, babaçueiro, pescador de curral, quilombola de regiões vizinhas, outras mais distantes, todos eles normalizados por uma categoria econômica que se fazia também identitária. Durante o carregamento foi também o momento em que o grupo descobriu que meu interesse não era exatamente o cultivo de plantas

alimentícias, como era ali predominante, mas, sim, as de interesse medicinal. A atividade ainda não tinha interesse econômico na região, mas era o motivo da minha visita, visto que o Governo do Estado do Maranhão tinha ações na região. Da estranheza ao interesse, foi por esse caminho que fui convidado a conhecer as casas e os cultivos dos colegas que eu acabara de fazer.



Autor: Pedro Carlessi, nov/2020

Figura 59: Organização dos espaços de cultivo em um plantio doméstico. Foto 1. Barreirinhas/MA

Conforme eu era apresentado às plantas e aos quintais do bairro Francelina, pude perceber que a área dedicada ao cultivo de plantas medicinais era pequena, geralmente limitada a vasos dispersos ou um pequeno canteiro disposto à porta das casas, com plantas das mais comuns: “essas são para chá e tempero. Remédio a gente pega no mato”.

A relação entre plantas domésticas e cultivadas, para “chá” e “remédio do mato” vale a pena ser destacada. Diferente das qualidades agrícolas alimentares, no bairro Francelina, assim como acontece em muitos outros territórios de campo, caatinga, florestas e vazantes, ou mesmo em espaços urbanos que congregam modos de vida agrários, as plantas de interesse terapêutico fundamentalmente não são cultivadas. Ao contrário, predominam aquelas que crescem de modo espontâneo pelo território da comunidade, cuja

paisagem vai desde o espaço doméstico, passando pelos roçados, quintais, hortas e capoeiras até os espaços de mata. Nesse contexto, é de se notar como a baixa domesticação das plantas medicinais é contextual ao território do qual faz parte, e relacionada com a baixa domesticação do próprio corpo doente, que quando não é seccionado pela medicina de especialidade, trafega com facilidade pelos mitos, ritos e outras sociabilidades que dão vida às relações comunitárias. Por sua vez, quando não são restritas às prescrições médicas ou às manipulações farmacêuticas, o predomínio da flora espontânea está também implicado com modos de uso igualmente dinâmicos: uma planta pode ser consumida como alimentar, recreativa ou religiosa e, depois, ser percebida como medicinal, cujo valor comercial pode ainda alterar suas acepções e formas de sociabilidade.

Em uma coletânea recentemente organizada pela Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência, um conjunto extenso de etnografias endossa esta condição. Tanto no contexto ameríndio como entre ribeirinhos, quilombolas, geraizeiros e agricultores familiares, a maior parte das plantas adotadas como terapêuticas vem da flora espontânea (Cunha; Magalhães; Adams, 2021b,c). É certo que essa condição não pode ser tomada de modo generalizado, mas se torna interessante como, para muitos grupos economicamente apresentados como “agricultores familiares”, a relação entre plantas domésticas e espontâneas produz rupturas entre aquilo que é terapêutico para si ou para o outro.

É este o aspecto que gostaria de conectar com a demanda vinda do Complexo Econômico-Industrial da Saúde, apresentado na seção anterior. O projeto não chegou a se efetivar a ponto de fazer a agricultura familiar e tradicional partícipe do mercado institucional. Contudo, a exigência do cultivo, bem como a necessidade de plantio regular focado em cultivares de longo ciclo, não estão necessariamente relacionadas com a valorização dos sujeitos, dos conhecimentos, das práticas ou das plantas, princípio mesmo da PNPMF. Ao contrário. A demanda institucional trata antes de uma necessidade industrial, repassada às comunidades em forma de “valorização”.

Afora o sentido econômico e político, essa valorização tende a ser pouco sensível à complexidade das relações locais. Para negociar com os termos da PNPMF – que fala “à inclusão social e regional, ao desenvolvimento industrial e

tecnológico, além do uso sustentável da biodiversidade brasileira e da valorização, da valoração e preservação do conhecimento tradicional associado das comunidades tradicionais e indígenas” (Brasil, 2016, p.21) – talvez fosse sugestivo levar em conta não a produtividade, mas a particularidade de cada território, a ponto de impedir a separação do conteúdo heurístico produzido entre identidade, pertencimento e reconhecimento. Mauro de Almeida (2021) ilustra essa questão: “quando há grupos e locais bem delimitados, pode revelar-se impossível a separação entre esferas apartadas de dádivas (locais) e mercadorias (para fora). Objetos produzidos ritualmente entram em mercados mundiais levando seu sobrevalor cultural, como o urucum exportado pelos lauanawá do rio Juruá ou os cestos de palha tecida exportados pelos Baniwa do rio Negro”.

Não faço esse apontamento para insistir na rendição das “sociedades parciais” nas “economias globais”, para jogar com os termos de Mauro de Almeida. Junto com o autor, minha atenção se dirige à permeabilidade dos primeiros sobre os segundos, e vice versa, e na dissolução das contendas analíticas que subscrevem grupos muito heterogêneos em conceitos generalizantes, condição que leva muitas identidades ao esgarçamento. Precisamente na PNPMF, o conceito de tradição/tradicionalidade produz esse efeito.

Se a problemática das plantas espontâneas/cultivadas pode ser ilustrada com esse conjunto de proposições, gostaria de avançar para um outro aspecto dos usos e manejos agrícolas no bairro Francelina, que é a própria produção de biodiversidade.

Do que pude perceber em Barreirinhas, cujas observações somo à outras, feitas por mim em roçados que conheci pelo Maranhão, o conjunto de plantas cultivadas pela agricultura familiar depende mais do tipo de relação que cada comunidade mantém com seu território do que, propriamente, com a atividade estritamente comercial que realiza.

Nos cultivos do bairro Francelina haviam plantas que cresciam espontaneamente, que não eram de interesse econômico, mas nem por isso eram retiradas das linhas de cultivo comercial. Do modo como os agricultores me indicaram, embora essas plantas estivessem ali por acaso, eram mantidas

por apreço ao ornamento, empregabilidade ou curiosidade. Assim, na paisagem supostamente homogênea de plantas-clone cultivadas para comercialização, havia sempre um subgrupo muito mais diversificado de outras plantas. Visto que essas últimas se multiplicavam por polinização cruzada, algumas outras também por manipulação, quando se fertilizavam acabavam por multiplicar outras variantes, novas e imprevisíveis, das quais se dava valor ao espécime e à produção de suas sementes.

As sementes, quando passíveis de serem armazenadas, eram mantidas em garrafas plásticas dentro das casas e depois compartilhadas, condição que as fazia germinar em outros bairros, também nos roçados familiares feitos meio aos babaçus e nos quilombos localizados acima do rio Preguiças, condição que enriquecia o acervo de variedades locais. Esse acervo não era elaborado pela prerrogativa da mercadoria. De modo muito avesso à padronização e reprodutibilidade, parte do trabalho que mais interessava os agricultores era a produção de “conspirações de plantas” (Myers, 2017), ou seja, compor em cada roçado coleções altamente personalizadas, compostas por variedades cultivadas, espontâneas e manipuladas das mais diversas, que cresciam nas fissuras da ordem que pautava o cultivo comercial.

O fato me chamou atenção: embora os extensionistas orientassem o cultivo a partir de saberes especializados, dedicados ao incremento da produção agrícola, por parte dos agricultores havia um interesse particular pelas plantas que fugiam a essa lógica. Justamente nesse escape é que os conhecimentos locais se multiplicavam, elaborando coleções de plantas e sistemas agrícolas muito diversificados.

Ao observar os roçados do bairro Francelina, fundamentalmente dedicados aos cultivares alimentares, mas pensando-os pela demanda institucional de cultivo de plantas medicinais – motivo que me levou àquela região – noto que o interesse farmacêutico pelos cultivares terapêuticos é mais fiel à sujeição e possibilidade de padronização do que à insurgência e possibilidade de diversificação. Mesmo que seja notório como a agricultura familiar e tradicional manejam seus roçados de modo profundamente atrelado à produção de diversidade, nas práticas farmacêuticas orientadas a plantas

medicinais há ainda um entrave radicado na ideia de universalidade (ou mesmo padronização) como algo oposto à diversificação.

Do modo como pude perceber em campo, a identidade desses cultivares, assim como a de seus produtores e suas formas singulares de relacionamento com a vida comunitária e cultural, insiste por passar despercebida nas políticas públicas que enquadram a agricultura familiar apenas em suas dimensões produtivas.



Autor: Pedro Carlessi, nov/2020

Figura 60: Organização dos espaços de cultivo em um plantio doméstico. Foto 2.
Barreirinhas/MA

7 CONCLUSÃO

7.1 A invenção do fitoterápico nacional

Nessa tese percorri os rumos que levam à institucionalização da fitoterapia no Brasil, especialmente interessado nos mecanismos de reconhecimento e oficialização desta modalidade terapêutica nas dinâmicas do poder público. Procurei mostrar como os referentes legais implicados nesse processo de institucionalização foram feitos de modo paralelo à reforma sanitária que dá origem ao SUS e, esse mesmo, concomitante à reconstrução do Estado brasileiro pós-ditadura. Nesse processo, uma generosa carga de criatividade precisou ser mobilizada para dar conta de inventar uma unidade “nacional” que falasse sob a voz de coletividades sempre muito heterogêneas, em regimes assimétricos de interações entre si e, aqui mais importante, entre si e o Estado.

Falar de plantas medicinais e fitoterápicos me levou a falar do SUS, e, por sua vez, do próprio Brasil em sua tentativa de inventar uma modalidade terapêutica enquanto reflexo de sua existência. Não seria necessário aguardar a conclusão, mas, nesse momento parece ser oportuno grifar que o Brasil, em seus processos de institucionalização, é ele mesmo uma invenção. Inventar um país parece ter sido parte de um processo engenhoso para normalizar a assimetria entre uma miríade de existências divergentes e legitimar suas semelhanças como parte de um empenho integrador. Os fitoterápicos são herdeiros desse projeto: inventam um Brasil, inventam um Estado e inventam a possibilidade de integração de mundos distantes e distintos.

7.2 Misturas e separações

A partir da experiência em campo, notei que quando profissionais de saúde passaram a plantar, cultivar e colher a matéria-prima de suas preparações, estas atividades ecoaram como possibilidade de recompor habilidades, interesses e desejos eclipsados pelas ações essencialmente prescritivas e dispensárias do trabalho com medicamentos. Por sua vez, a inclusão da oferta de plantas medicinais e fitoterápicos no repertório terapêutico do SUS foi acompanhada

pela possibilidade da escolha terapêutica, produzindo no paciente o efeito de sentir-se menos objeto e mais partícipe do tratamento.

Além do modo como os sujeitos escolhem, entendem e atribuem sentido às suas experiências de cura e prevenção, a economia das relações entre humanos e plantas parece também ter produzido efeitos para uma mudança ontológica dos cuidados. Afinal, um dos principais argumentos para o reconhecimento e oficialização da fitoterapia no repertório terapêutico do SUS foi a inversão de uma abordagem clínica muito fragmentária, própria das relações fármaco-receptor da alopatia, para sistemas terapêuticos que anunciam superar esta cisão. No Brasil a fitoterapia foi porta-estandarte de conceitos caros ao sanitarismo contemporâneo, como “atenção integral à saúde”, “práticas integrativas e complementares”, “cuidado integral” e “medicina integrativa”.

Nessa tese sustento que a “integração” é uma etapa análoga à “cisão”, e facilmente se converte em uma abordagem também relativista. Nesse sentido, indiquei como o mecanismo de institucionalização e regulamentação da fitoterapia no Brasil, no mesmo ato em que reconheceu a identidade “tradicional” como parte e partícipe das dinâmicas do poder público, fez dela engrenagem num maquinário já pronto. Assim, ficaram excluídas outras maneiras interacionais que não estivessem de acordo com as definições que modelam o Estado, como são as de Ciência e Política, sinônimas de universalidade e da unidade, respectivamente.

O conceito de integração e integralidade na Saúde Coletiva é polissêmico e aqui faço referência aos modos como o conheci em campo: uma tentativa de superar cisões entre – por exemplo – saberes locais/universais, práticas tradicionais/tecnocientíficas. Cabe notar que as ciências da saúde sempre estiveram implicadas em relações desse tipo, oscilando entre a negação e a necessidade de validação de uma pela outra. Este movimento, que pode ser visto tanto no medicamento sintético-alopático como no fitoterápico-integrativo, é sempre a redução de uma cosmologia a partir do que dá conta uma específica linguagem (a tecnocientífica).

Se a linguagem tecnocientífica reduz o mundo aos seus termos, o que essa tese aponta é que ela também tem buscado formas de falar de outros jeitos. A partir da fitoterapia, um extenso glossário tem sido convocado para salvar as

ciências da saúde do ostracismo que a isolou. É essa a razão pela qual o debate sobre a integralidade na Saúde Coletiva me parece ser dos mais significantes e, não menos importante, o motivo pelo qual tematizar a institucionalização da fitoterapia no SUS se faz necessário.

Os serviços públicos de saúde que conheci em campo buscam, aos seus modos – e ora mais e ora menos – se articular com os sujeitos, saberes e cuidados dos territórios em que participam. Entendo que essa busca indica a gênese de uma prática que não é mais a da universalidade descontextualizada do mundo da vida, nem do efeito do medicamento reduzido a ele mesmo. Trata-se de um objeto tecnocientífico afeito a um particularismo sensível, que evoca e assume a multiplicidade como principal forma de expressividade. Contudo, noto que a fitoterapia hoje praticada no SUS, em contraste com seu expressivo grau de institucionalidade, encontra sérias limitações para responder com aquilo que tem de melhor a oferecer: fragmentar o futuro tecnológico, dando origem a múltiplas e diversas possibilidades para o campo dos cuidados.

Fragmentar o futuro não tem a ver com transformar as práticas em qualquer unidade holística ou integradora. É antes aprender a escutar aqueles que falam desde outras formas, sem reduzi-los aos modos como falam as tecnociências. Talvez seja antes reinventá-las, dando a elas novos sentidos.

Pelos caminhos apresentados nessa tese pode-se ver que o fitoterápico muito já insistiu para o medicamento se despir do que aprendeu. E também tentou esquecer do modo de lembrar que lhe ensinaram. Contudo, só conseguiu raspar a tinta com a qual lhe pintaram os sentidos. Resta aprender a desaprender.

7.3 A textura da palavra

Ao percorrer os caminhos que levam o conceito de tradição/tradicionalidade a ser mobilizado como um qualitativo tanto da medicina como do medicamento, destaco que a identidade – quer de sujeitos ou de objetos terapêuticos – é sempre uma resposta política da cultura ao contexto da qual participa. Tão por isso, o processo burocrático que paulatinamente produziu oficialidade a este termo é tanto produto como produtor da busca por

reconhecimento e participação em um Estado sempre mais afeito à padronização do que aos escapes produzidos por suas próprias engrenagens.

A partir deste duplo vértice, a "tradição", referida desde as recomendações globais da OMS até as políticas públicas de saúde no Brasil, está longe de ser uma categoria fixa ou passível de ser apreendida, ainda que seja inscrita em lei e expressa em papel. Basta ver que "ser tradicional" em Genebra é muito diferente de "ser tradicional" no Brasil. Essa categoria fundamentalmente segue o jogo de relações ao qual a própria identidade está submetida: nunca pronta ou acabada, sempre transitória e fluida. Dela se pode ver como foi inventada e como operou relações no campo político que dá existência à saúde institucionalizada. Sua referência no campo dos fitoterápicos se funde com um imaginário nacional, operando como instrumento político: na fitoterapia pública brasileira não é descritiva nem autorreferida. Trata-se de uma noção normativa e limitada às invenções de um Estado que insiste em apaziguar diferenças em nome de alguma integração.

Contudo, vale notar que a referência tem um outro efeito. No mesmo momento em que a saúde institucionalizada passa a se identificar como "tradicional", e para isso cria seus próprios meios de se tornar o que antes não queria ser, é tempo de lembrar que esse é um termo que tem textura. Quer produzido por discursos burocráticos ou autorreferido, mais ambíguo ou unívoco, ao grafá-lo enquanto parte de uma referência identitária se recobra o aspecto essencial de reconhecer que esse é um signo distintivo de grupos que existem na mesma medida em que são abocanhados pelos discursos de oficialidade. Se ser "tradicional" tem sido uma maneira de diferentes coletivos entrarem na trincheira política e social daqueles que são aliados em uma mesma luta, quisera o Estado e seus industriais estivessem nela desde que passaram a se referir pelo termo.

Ainda há tempo.

8 REFERÊNCIAS

- Akrich M. Petite anthropologie du médicament. *Techniques et culture*. 1995;25-26:129-57.
- Alexander L. Medical science under dictatorship. In: Alexander L. *Culture & Civilization*. Routledge. 2018:108-29.
- Almeida JFd. *Bom Jardim dos Santos: plantas, religiosidades populares e seus fluxos em Guarani das Missões (RS)*. Porto Alegre: Editora UFRGS. 2016.
- Almeida MWB. Narrativas agrárias e a morte do campesinato. In: Almeida MWB. *Caipora e outros conflitos ontológicos*. São Paulo: UBU; 2021:37-62.
- Amorim C (Observatório Político Sul-Americano). Política externa do governo Lula: os dois primeiros anos. Rio de Janeiro: IUPERJ, Universidade Cândido Mendes. 2005. Análise de Conjuntura nº 4, março de 2005.
- Apolinário P. *Rede sociotécnica de inovação em plantas medicinais e fitoterápicos: do coletivo de mulheres no assentamento Pirituba ao SUS Itapeva-SP* [dissertação de mestrado]. São Carlos: Centro de Ciências Agrárias, Universidade Federal de São Carlos. 2021.
- Appadurai A. *Modernity at large: cultural dimensions of globalization*. University of Minnesota Press. 1996.
- Augé M. *As formas do esquecimento*. Íman Edições. 2001.
- Ayres JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2001;6:63-72.
- Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. 2004;8:73-92.
- Ayres JRCM. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *Saúde e Sociedade*. 2009;18:11-23.
- Ayres JRCM. A Saúde Coletiva e suas áreas: territórios ou aldeamentos? *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. 2023;27:1-12.
- Bachelard G. *Le pluralisme cohérent de la chimie moderne*. Paris: Vrin. 1973.
- Baer HA. The sociopolitical status of US naturopathy at the dawn of the 21st century. *Medical Anthropology Quarterly*. 2001;15(3):329-46.
- Baer HA. *Medical pluralism: an evolving and contested concept in medical anthropology. A companion to medical anthropology*. 2011:405-23.

Barnes LL. The acupuncture wars: The professionalizing of American acupuncture-a view from Massachusetts. *Medical Anthropology*. 2003;22(3):261-301.

Barros NF. *Da medicina biomédica à complementar: um estudo dos modelos da prática médica* [tese de doutorado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. 2002.

Bellah RN. *Beyond belief: Essays on religion in a post-traditionalist world*. Berkeley: University of California Press. 1991.

Bensusan N. Marco legal de acesso ao conhecimento tradicional associado ao patrimônio genético (Lei nº 13.123/15 e Decreto nº 8.772/2016). In: Cunha MC, Magalhães SB, Adams C, org. *Povos Tradicionais e Biodiversidade no Brasil: Contribuições dos povos indígenas, quilombolas e comunidades tradicionais para a biodiversidade, políticas e ameaças*. São Paulo: SBPC. 2021. (Alguns direitos específicos na legislação brasileira; seção 4;1).

Bermudez JAZ. *Remédios: saúde ou indústria? A produção de medicamentos no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume Dumará. 1992.

Bittencourt SC, Caponi S, Maluf S. Farmacologia no século XX: a ciência dos medicamentos a partir da análise do livro de Goodman e Gilman. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. 2013;20(2):499-520.

Boccaro G, Ayala P. Patrimonializar al indígena. Imaginación del multiculturalismo neoliberal en Chile. *Cahiers des Amériques latines*. 2011;67:207-28.

Boccaro G, Bolados P. ¿ Qué es el multiculturalismo? La nueva cuestión étnica en el Chile neoliberal. *Revista de Indias*. 2010;70(250):651-90.

Bowker GC, Star SL. *Sorting things out: Classification and its consequences*. MIT Press. 2000.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Formulário de Fitoterápicos da Farmacopeia Brasileira/Agência Nacional de Vigilância Sanitária*. 1ª ed. Brasília: Anvisa. 2011.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Formulário de Fitoterápicos da Farmacopeia Brasileira/Agência Nacional de Vigilância Sanitária*. 2ª ed. Brasília: Anvisa. 2021.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 17, de 24 de fevereiro de 2000. *Dispõe sobre o registro de medicamentos fitoterápicos*. Brasília. 2000c.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 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. Brasília. 2013d.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 26, de 13 de maio de 2014. *Dispõe sobre o registro de medicamentos fitoterápicos e o registro e a notificação de produtos tradicionais fitoterápicos.* Brasília. 2014.

Brasil. Câmara dos Deputados Federais. *Relatório da CPI-Medicamentos. Relator: Deputado Ney Lopes.* Brasília: centro de documentações, Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações. 2000a.

Brasil. Consulta pública nº 35, de 06 de agosto de 2013. *Estabelece o prazo de 60 (sessenta) dias para envio de comentários e sugestões ao texto da proposta de Resolução que dispõe sobre o registro de medicamentos fitoterápicos e o registro e notificação de produtos tradicionais fitoterápicos.* Brasília. 2013b.

Brasil. Decreto nº 17.509, de 04 de novembro de 1926. *Adopla, como Código Pharmaceutico Brasileiro, a Pharmacopeia Brasileira, elaborada pelo pharmaceutico Rodolpho Albino Dias da Silva.* Rio de Janeiro. 1926.

Brasil. Decreto nº 45.502, de 27 de fevereiro de 1959. *Aprova a Segunda Edição de Farmacopeia Brasileira com suas novas inclusões e modificações e de dá outras providências.* Rio de Janeiro. 1959.

Brasil. Lei nº 13.123, de 20 de maio de 2015. *Regulamenta o inciso II do § 1º e o § 4º do art. 225 da Constituição Federal, o Artigo 1, a alínea j do Artigo 8, a alínea c do Artigo 10, o Artigo 15 e os §§ 3º e 4º do Artigo 16 da Convenção sobre Diversidade Biológica, promulgada pelo Decreto nº 2.519, de 16 de março de 1998; dispõe sobre o acesso ao patrimônio genético, sobre a proteção e o acesso ao conhecimento tradicional associado e sobre a repartição de benefícios para conservação e uso sustentável da biodiversidade; revoga a Medida Provisória nº 2.186-16, de 23 de agosto de 2001; e dá outras providências.* Brasília. 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *10º Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final.* Brasília. 1996.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *11º Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final: o Brasil falando como quer ser tratado.* Brasília. 2000b.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *8º Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final.* Brasília. 1986.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *A fitoterapia no SUS e o Programa de Pesquisas de Plantas Mediciniais da Central de Medicamentos.* Série B: textos básicos de saúde. Ministério da Saúde: Brasília. 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos*. Brasília. 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. *Política e Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos*. Ministério da Saúde: Brasília. 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. *Pauta da 2ª Reunião Ordinária do Comitê Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos*. 9 e 10 de março de 2010. Brasília. 2010b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. *Pauta da 3ª Reunião Ordinária do Comitê Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos*. 6 e 7 de julho de 2010. Brasília. 2010c.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. *Pauta da 10ª Reunião Ordinária do Comitê Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos*. 3 de abril de 2013. Brasília. 2013a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. *Pauta da 11ª Reunião Ordinária do Comitê Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos*. 20 de agosto de 2013. Brasília. 2013c.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Proposta de Política Nacional de Plantas Medicinais e Medicamentos Fitoterápicos*. Ministério da Saúde: Brasília. 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária SVS. Portaria nº 6, de 31 de janeiro de 1995. *Institui e normatiza o registro de produtos fitoterápicos junto ao Sistema de Vigilância Sanitária*. Brasília. 1995.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. *Mais saúde: direito de todos: 2008–2011*. Série C: Projetos, Programas e Relatórios. 5ª ed. Ministério da Saúde: Brasília. 2010a.

Brasil. Ministério da Saúde. *Seminário Nacional de Plantas Medicinais, Fitoterápicos e Assistência Farmacêutica. Preparatório à Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica. Relatório Final*. Ministério da Saúde: Brasília. 2003.

Brasil. Portaria MS/SCTIE nº 16, de 19 de dezembro de 2007. Consulta Pública. *Estabelece o prazo de 90 (noventa) dias para que sejam apresentadas críticas*

e sugestões relativas à proposta do Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Brasília. 2007.

Brasil. Resolução nº 8 da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN), de 8 de março de 1988. *Fixa normas e diretrizes para o atendimento em homeopatia, acupuntura, termalismo, técnicas alternativas de saúde mental*. Brasília: 1988.

Brogia de Moura M. “Unscrupulous and Morally Ill-Prepared” Laymen or Professionals?: Controlling Pharmacists during the Brazilian Military Dictatorship. *Canadian Bulletin of Medical History*. 2021;38(1):31-71.

Cabral C, Pita JR, Salgueiro L. *Plantas medicinais: entre o passado e o presente: a coleção de fármacos vegetais da Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra (séculos XIX-XX)*. Imprensa da Universidade de Coimbra/Coimbra University Press. 2014.

Cant S, Sharma U. *A new medical pluralism: Complementary medicine, doctors, patients and the state*. Routledge. 2004.

Carlessi PC, de Sousa IMC. *Cartografia da Fitoterapia no SUS: dos itinerários do fazer às alianças do saber*. Recife: Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. 2022.

Castro R. Antropologia dos Medicamentos: uma revisão teórico-metodológica. *Revista de Antropologia Social dos Alunos do PPGAS-UFSCar*. 2012;4(1):146-75.

Castro R. *Precariedades oportunas, terapias insulares: economias políticas da doença e da saúde na experimentação farmacêutica* [tese de doutorado]. Brasília: Departamento de Antropologia, Universidade de Brasília. 2018.

Chang I-M. *A history of korean ginseng industry*. Seoul: KGC. 2021.

Chaudhury RR. *Herbal medicine for human health*. WHO Regional Office for South-East Asia. 1992.

Chechetto F. *Transdisciplinaridade e plantas medicinais no empoderamento de mulheres em busca de sustentabilidade no sul do Brasil e norte da Espanha: experiências de resgate de conhecimentos* [tese de doutorado]. Bauru: Faculdade de Ciências Agrônômicas, Universidade Estadual de São Paulo. 2013.

Clifford J. *Dilemas de la cultura: antropología, literatura y arte en la perspectiva posmoderna*. Barcelona: Gedisa. 1995.

Cohn C, Sztutman R. O visível e o invisível na guerra ameríndia. *Revista Sexta-feira*. 2003;7:43-54.

Conrad P. *The medicalization of society: On the transformation of human conditions into treatable disorders*. JHU Press. 2007.

Cony J. *Fórum Pela Vida: Projeto Plantas Vivas*. Gabinete da Deputada Jussara Cony (PCdoB/RS). Porto Alegre: Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul. 2002.

Crandon-Malamud L. *From the fat of our souls: Social change, political process, and medical pluralism in Bolivia*. Berkeley: University of California Press. 1993.

Cueto M. *Saberes andinos: Ciencia y tecnología en Bolivia, Ecuador y Perú*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos. 1995.

Cunha MC. *Cultura com aspas e outros ensaios*. São Paulo: Cosac Naify. 2009.

Cunha MC. Deve o conhecimento ser livre?: a invenção da cultura e os direitos de propriedade intelectual. *Revista Sexta-feira*. 1999;3:93-98.

Cunha MC, Magalhães SB, Adams C, org. *Povos Tradicionais e Biodiversidade no Brasil: Contribuições dos povos indígenas, quilombolas e comunidades tradicionais para a biodiversidade, políticas e ameaças*. São Paulo: SBPC; 2021. (Alguns direitos específicos na legislação brasileira; seção 4;1).

Cunha MC, Magalhães SB, Adams C, org. *Povos Tradicionais e Biodiversidade no Brasil: Contribuições dos povos indígenas, quilombolas e comunidades tradicionais para a biodiversidade, políticas e ameaças*. São Paulo: SBPC; 2021. (Biodiversidade e agrobiodiversidade como legados de povos indígenas; seção 6).

Cunha MC, Magalhães SB, Adams C, org. *Povos Tradicionais e Biodiversidade no Brasil: Contribuições dos povos indígenas, quilombolas e comunidades tradicionais para a biodiversidade, políticas e ameaças*. São Paulo: SBPC; 2021. (Gerar, cuidar e manter a diversidade biológica; seção 7).

Cunha MC. Populações tradicionais e a Convenção da Diversidade Biológica. *Estudos avançados*. 1999;13(36):147-63.

Czermainski SBC. *A Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos: um estudo a partir da análise de políticas públicas* [dissertação de mestrado]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Farmácia. 2009.

D'Almeida S. Fé, princípio-ativo, testemunhos de cura e rastreamento na produção de remédios caseiros por raizeiras e raizeiros do cerrado. *Anuário Antropológico*. 2021;46(1):190-210.

Dagognet F. *A razão e os remédios*. Rio de Janeiro: Forense. 2012.

Danowski D, Viveiros de Castro E. *Há mundo por vir? Ensaio sobre os medos e os fins*. São Paulo: Editora 34. 2014.

David de Moraes JA. Subsídios para o estudo da toxicologia nas "centúrias de curas medicinais" de Amato Lusitano. In: Salvado MAN, Marques AL, org. *Medicina na Beira Interior da Pré-História ao século XXI*. Cadernos de Cultura. 2015;29:29-48.

de França E, Vasconcellos AG. Patentes de fitoterápicos no Brasil: uma análise do andamento dos pedidos no período de 1995–2017. *Cadernos Ciência & Tecnol.* 2019;35(3):329-59.

Desclaux A. O medicamento, um objeto de futuro na antropologia da saúde. *Mediações Revista de Ciências Sociais*. 2006;11(2):113-30.

Dias JPS. Jacob de Castro Sarmiento e a sua fuga para Londres em 1721. *Cadernos de Estudos Sefarditas*. 2005;5:53-61.

Dias JP, Vanzolini M, Sztutman R, Marras S, Borba M, Schavelzon S. Uma ciência triste é aquela em que não se dança. Conversações com Isabelle Stengers. *Revista de Antropologia*. 2016;59(2):155-86.

Diegues AC, Moreira AC. *Espaços e recursos naturais de uso comum*. São Paulo: NUPAUB-USP. 2001.

Djukanovic V, Edward PM, World Health Organization. *Alternative approaches to meeting basic health needs in developing countries: a joint UNICEF/WHO study*. World Health Organization. 1975.

Donnangelo MC. *Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*. São Paulo: Pioneira. 1975.

Dumont L. *Homo hierarchicus: o sistema das castas e suas implicações*. São Paulo: Edusp. 1992.

Ecks S. Pharmaceutical citizenship: Antidepressant marketing and the promise of demarginalization in India. *Anthropology & Medicine*. 2005;12(3):239-54.

Escobar A. O lugar da natureza e a natureza do lugar: globalização ou pós-desenvolvimento. In: Lander E, org. *A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas*. Buenos Aires: CLACSO. 2005:133-68.

Fadlon J. *Negotiating the holistic turn: the domestication of alternative medicine*. New York: Suny Press. 2005.

FENAFAR Federação Nacional dos Farmacêuticos, ENEFAR Escola Nacional dos Farmacêuticos. *Proposta de Reformulação do Ensino Farmacêutico no Brasil*. São Paulo: Editora Eikongraphic's. 1996.

Fernandes SC. Xamanismo e neoxamanismo no circuito do consumo ritual das medicinas da floresta. *Horizontes Antropológicos*. 2018;24:289-14.

Fernandes TT. Medicamentos no Brasil: Entre Naturais e Sintéticos (1920 a 2000). *Revista Fitos*. 2013;7(2):119-24.

Figueiredo P. A “Água de Inglaterra” em Portugal. In: Bastos C, Barreto R, org. *A circulação do conhecimento: medicina, redes e impérios*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais. 2012:113-30.

Filho WBS. Entre as mezinhas lusitanas e plantas brasileiras: iatroquímica, galenismo e flora medicinal da América portuguesa do século XVIII nas farmacopeias do frei João de Jesus Maria [tese de doutorado]. Lisboa: Departamento de História e Filosofia das Ciências, Faculdade de Ciências, Universidade de Lisboa. 2017.

Fleischer S. Como as doenças compridas podem nos ensinar sobre os serviços de saúde? *Equatorial–Revista do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social*. 2017;4(7):24-44.

FUNASA Fundação Nacional de Saúde. *Medicina tradicional indígena em contextos: anais da I reunião de monitoramento do Projeto VigiSUS II*. Brasília. 2007.

Gadelha CAG, Costa LS, Machado C. Saúde e desenvolvimento nacional: a gestão federal entre 2003 e 2010. In: Machado CV, Baptista TWF, Lima LD, organizadores. *Política de saúde no Brasil: continuidades e mudanças*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2012:61-90.

Gadelha CAG, Temporão JG. Desenvolvimento, Inovação e Saúde: a perspectiva teórica e política do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018;23:1891-02.

Gale N. The sociology of traditional, complementary and alternative medicine. *Sociology compass*. 2014;8(6):805-22.

Galeano E. *El libro de los abrazos: imágenes y palabras*. Tres Cantos: Siglo XXI. 1991.

Gallois DT. Quem atrapalha o desenvolvimento? *Cadernos de Campo*. 2008;17(17):215-7.

Gauvin F-P, Abelson J, Giacomini M, Eyles J, Lavis JN. “It all depends”: conceptualizing public involvement in the context of health technology assessment agencies. *Social science & medicine*. 2010;70(10):1518-26.

Giorgetti M, Negri G. Plants from Solanaceae family with possible anxiolytic effect reported on 19th century's Brazilian medical journal. *Revista Brasileira de Farmacognosia*. 2011;21:772-80.

Giumbelli E, Toniol R. What is spirituality for? New relations between religion, health and public spaces. In: Mapril J, Blanes R, Giumbelli E, Wilson E, org. *Secularisms in a Postsecular Age?* New York: Springer. 2017. p. 147-67.

Goodman J. Can it ever be pure science? Pharmaceuticals, the pharmaceutical industry and biomedical research in the twentieth century. In: Gaudillière JP, Löwy I, org. *The invisible industrialist: Manufacture and the Construction of Scientific Knowledge*. New York: Springer. 1998:143-66.

Greene JA, Condrau F, Watkins ES. *Therapeutic revolutions: Pharmaceuticals and social change in the twentieth century*. University of Chicago Press. 2016.

Habermas J. *Na esteira da tecnocracia*. São Paulo: Editora Unesp. 2014.

Hampshire KR, Owusu SA. Grandfathers, Google, and dreams: medical pluralism, globalization, and new healing encounters in Ghana. *Medical Anthropology*. 2013;32(3):247-65.

Hardon A, Sanabria E. Fluid drugs: Revisiting the anthropology of pharmaceuticals. *Annual Review of Anthropology*. 2017;46:117-32.

Harman RC, Hope M. *Cambios médicos y sociales en una comunidad maya-tzeltal*. Antropología Social, Colección Sepini. Cidade do México: Instituto Nacional Indigenista y Secretaría de Educación Pública. 1974.

Hayden C. Bioprospecting's representational dilemma. *Science as Culture*. 2005;14(2):185-200.

Hayden C, Callon M, Ecks S, Pagán JA, Puig A, Geest Svd. A generic solution? Pharmaceuticals and the politics of the similar in Mexico. *Current Anthropology*. 2007;48(4):475-95.

Hayden C. Distinctively similar: a generic problem. *UCDL Rev*. 2013;47:601-26.

Hayden C. *When nature goes public: the making and unmaking of bioprospecting in Mexico*. Princeton University Press. 2021.

Holland WR, Cazés D. *Medicina maya en los altos de Chiapas: un estudio del cambio socio-cultural*. Cidade do México: Instituto Nacional Indigenista. 1963.

Hull MS. Documents and bureaucracy. *Annual review of anthropology*. 2012;41:251-67.

Hui Y. *The question concerning technology in China: An essay in Cosmotronics*. MIT Press. 2019.

Ingold T. Caminhando com dragões: em direção ao lado selvagem. In: Steil CA, Carvalho ICM, org. *Cultura, percepção e ambiente: diálogos com Tim Ingold*. São Paulo: Editora Terceiro Nome. 2012:15-29.

Jardim MC, Silva MR. *Programa de aceleração do crescimento (PAC): neodesenvolvimentismo?*. São Paulo: Ed. Unesp. 2015.

Kalichman AO, Ayres JRJM. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. *Cadernos de Saúde Pública*. 2016;32(8).

Kopenawa D, Albert B. *A queda do céu: palavras de um xamã yanomami*. São Paulo: Companhia das Letras. 2019.

Kreis J, Schmidt H. Public engagement in health technology assessment and coverage decisions: a study of experiences in France, Germany, and the United Kingdom. *Journal of health politics, policy and law*. 2013;38(1):89-122.

Langdon EJ. Antropologias e saúdes no plural: Diálogos, engajamento e a pesquisa interdisciplinar. In: Montardo DL, Rufino MRCF, org. *Saberes e ciência plural: Diálogos e interculturalidade em antropologia*. Florianópolis: Editora UFSC. 2017:29–50.

Langdon EJ, Garnelo L. *Saúde e povos indígenas: Reflexões sobre Antropologia participativa*. Brasília: ABA; Rio de Janeiro: Contra Capa. 2004.

Latour B. *A esperança de Pandora: ensaios sobre a realidade dos estudos científicos*. Bauru: EDUSC. 2001.

Latour B. *Políticas da natureza: como fazer ciência na democracia*. Bauru: EDUSC. 2004.

Laveaga GS. Uncommon trajectories: steroid hormones, Mexican peasants, and the search for a wild yam. *Studies in History and Philosophy of Science*. Part C: Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences. 2005;36(4):743-60.

Le Fanu J. *The rise and fall of modern medicine*. Hachette: Basic Books. 2011.

Le Guin U. *Dancing at the edge of the world: Thoughts on words, women, places*. Bloomsbury: Atlantic; Burbank: Open Road. 1997.

Lent H. *O massacre de Manguinhos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2019.

Leslie C. Medical pluralism in world perspective. *Social Science & Medicine*. 1980;14(4):191-5.

Leslie C. Pluralism and integration in the Indian and Chinese medical systems. In: Landy D, org. *Culture, Disease, and Healing*. New York: Macmillan. 1977.

Lima A, Bensusan N. *Quem cala consente?: subsídios para a proteção aos conhecimentos tradicionais*. Instituto Socioambiental. Série Documentos do ISA. 2003.

Little PE. Etnodesenvolvimento local: autonomia cultural na era do neoliberalismo global. *Revista Tellus*. 2002;2(3):33-52.

Lopes NM, Clamote T, Raposo HA, Pegado E, Rodrigues C. O natural e o farmacológico: padrões de consumo terapêutico na população portuguesa. *Saúde & Tecnologia*. 2012;5-17.

Lopes NM, Rodrigues CF. Medicamentos, consumos de performance e culturas terapêuticas em mudança: a process of change. *Sociologia, Problemas e Práticas*. 2015;78:9-28.

Lopes ACF, Novaes HMD, Soárez PC. Participação social na gestão de tecnologias em saúde em âmbito federal no Brasil. *Revista de Saúde Pública*. 2020;54:136.

Luz MT. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis: revista de saúde coletiva*. 1997;7:13-43.

Luz MT. Natural racional social: razão médica e racionalidade científica moderna. Rio de Janeiro: Editora Campus. 2004.

Magalhães KN, Bandeira MAM, Monteiro, MP. *Plantas Medicinais da Caatinga do Nordeste Brasileiro: Etnofarmacopeia do professor Francisco José de Abreu Matos*. Fortaleza: Imprensa Universitária. 2020.

Magnani JGC. *O Brasil da nova era*. Rio de Janeiro: Zahar. 2000.

Magnani JGC. O xamanismo urbano e a religiosidade contemporânea. *Religião e sociedade*. 1999;20(2):113-40.

Maluf SW. Da mente ao corpo? A centralidade do corpo nas culturas da Nova Era. *Ilha Revista de Antropologia*. 2005;7(1,2):147-61.

Maluf SW. Mitos coletivos, narrativas pessoais: cura ritual, trabalho terapêutico e emergência do sujeito nas culturas da "Nova Era". *Mana*. 2005;11(2):499-528.

Marques VRB. Medicinas secretas: magia e ciência no Brasil setecentista. In: Chalhoub S, Marques VRB, Sampaio GR, Sobrinho CRG, org. *Artes e ofícios de curar no Brasil: capítulos de história social*. Campinas: Editora Unicamp. 2003:163-95.

Marques VRB. *Natureza em boiões: medicinas e boticários no Brasil setecentista*. Campinas: Editora Unicamp.1999.

Martin D, Pereira PPG. Repensar a Saúde Coletiva e o papel das Ciências Sociais e Humanas em Saúde. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. 2022;27.

Matos FJA. *Farmácias vivas: sistema de utilização de plantas medicinais projetado para pequenas comunidades*. Fortaleza: Editora UFC. 2002.

Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, org. *Os Sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 8^o ed. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS, UERJ/ABRASCO. 2001:43-68.

Mendes-Gonçalves RB. Prática de saúde: processos de trabalho e necessidades. In: Ayres JRJM, Santos L, org. *Saúde, Sociedade & História: Ricardo Bruno de Mendes-Gonçalves*. Porto Alegre: Editora Rede Unida; São Paulo: Editora Hucitec. 2017:192-250.

Mol A. *The logic of care: Health and the problem of patient choice*. Routledge. 2008.

Moreira ECP. Conhecimentos tradicionais e sua proteção. *T&C Amazônia*. 2007;5(11):33-41.

Moreira ECP. Considerações sobre a construção do Projeto de Medicina Tradicional Indígena em Roraima: Convênio CIR - Saúde. In: Funasa, org. *Medicina Tradicional Indígena em Contextos*. Brasília: Fundação Nacional de Saúde. 2007.

Moreira ECP. O direito dos povos tradicionais sobre seus conhecimentos associados à biodiversidade: as distintas dimensões destes direitos e seus cenários de disputa. In: Barros BS, Garces CLL, Moreira ECP, Pinheiro A, org. *Proteção aos Conhecimentos das Sociedades Tradicionais*. Belém: Museu Paraense Emílio Goeldi/ CESUPA. 2007:309-332.

Moro A, Invernizzi N. A tragédia da talidomida: a luta pelos direitos das vítimas e por melhor regulação de medicamentos. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. 2017;24(3):603-22.

Myers N. From the anthropocene to the planthropocene: Designing gardens for plant/people involution. *History and Anthropology*. 2017;28(3):297-301.

Neto GV. A criação da Anvisa: um importante marco para a vigilância sanitária no Brasil. In: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Gerência-Geral de Monitoramento de Produtos Sujeitos à Vigilância Sanitária, Gerência de Tecnovigilância, org. *Manual de tecnovigilância: uma abordagem sob ótica da vigilância sanitária*. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 2021.

Nogueira E. *Emergência, institucionalização e estado atual da botânica brasileira: as relações nacionais e internacionais* [tese de doutorado]. Campinas: Instituto de Geociências, Universidade Estadual de Campinas. 1999.

Parlamento Europeu. Directiva 2004/24/CE, de 31 de março de 2004. *Altera, em relação aos medicamentos tradicionais à base de plantas, a Directiva 2001/83/CE, que estabelece um código comunitário relativo aos medicamentos para uso humano*. Versão em Português. Bruxelas: Jornal Oficial da União Europeia. 2004;136(85).

Pelletier J, Caventou JB. *Recherches chimiques sur les quinquinas*. Paris: *Annales de Chimie et de Physique*. 1820.

Peruchi A. *A institucionalização da farmácia no Brasil do século XIX* [tese de doutorado]. Franca: Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho". 2021.

Phan T. *American Chinese Medicine* [tese de doutorado]. Londres: Faculty of Social & Historical Sciences, University College London. 2017.

Pignarre P. *El gran secreto de la industria farmacéutica*. Barcelona: Gedisa. 2005.

Pimenta J, Moura GF. O sabonete da discórdia: uma controvérsia sobre conhecimentos tradicionais indígenas. In: Lima EC, Souza MC, org. *Conhecimento e cultura Práticas de transformação no mundo indígena*. Brasília: Athalaia. 2010:63-93.

Pinheiro R, Mattos RA. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS, UFRJ/ABRASCO. 2001.

Pinheiro R, Luz MT. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, org. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. 4ª ed. Rio de Janeiro: ABRASCO. 2007:9-36.

Pordié L, Gaudillière J-P. The reformulation regime in drug discovery: Revisiting polyherbals and property rights in the Ayurvedic industry. *East Asian Science, Technology and Society*. 2014;8(1):57-79.

Pordié L. Pervious drugs: making the pharmaceutical object in techno-ayurveda. *Asian Medicine*. 2014;9(1-2):49-76.

Pordié L. *Tibetan medicine today: neo-traditionalism as an analytical lens and a political tool*. Tibetan Medicine in the Contemporary World. Global Politics of Medical Knowledge and Practice. London and New York: Routledge. 2008:3-32.

Pussetti C. Os frutos puros enlouquecem: percursos de arte e antropologia. *Antropolítica: Revista Contemporânea de Antropologia*. 2015;38:221-43.

Reader GG. Organization and development of a comprehensive care program. *American Journal of Public Health and the Nations Health*. 1954;44(6):760-5.

Silva E, Moraes C. Jardins de cura. *Revista Inovação-Fapema*. São Luís, MA. 2019:20-9.

Rengade J. *Las plantas que curan y las plantas que matan: nociones de botánica aplicadas a la higiene doméstica*. Barcelona: Montaner y Simón. [1886-1887].

Riles A. *Documents: artifacts of modern knowledge*. Michigan: University of Michigan Press. 2006.

Rohden F, Pussetti C, Brandão ER. A indústria da perfeição: circuitos transnacionais nos mercados e consumos do aprimoramento cosmético e hormonal. *Saúde e Sociedade*. 2020;29(1).

Russo JA, Carrara SL. Sobre as ciências sociais na Saúde Coletiva-com especial referência à Antropologia. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2015;25:467-84.

Sahlins M. *Esperando Foucault, ainda*. São Paulo: Cosac & Naify. 2004.

Sahlins M. Goodby to tristes tropes: Ethnography in the context of modern world history. *The Journal of Modern History*. 1993;65(1):1-25.

Sanabria E. From sub-to super-citizenship: sex hormones and the body politic in Brazil. *Ethnos*. 2010;75(4):377-401.

Sant'Ana PJP, Assad ALD. Programa de pesquisa em produtos naturais: a experiência da CEME. *Química Nova*. 2004;27:508-12.

Sarti C, Duarte LFD. *Antropologia e ética: desafios para a regulamentação*. Brasília: Associação Brasileira de Antropologia. 2013.

Scheper-Hughes N. The Ethics of Engaged Ethnography: Applying a Militant Anthropology in Organs-Trafficking Research. *Anthropology News*. 2009;50(6):13-4.

Schmink M, Wood CH. *Conflitos sociais e a formação da Amazônia*. Belém, Pará: Ed. UFPA. 2012.

Schraiber LB. *O médico e seu trabalho: limites da liberdade*. São Paulo: Editora Hucitec. 1993.

Seburanga JL. Decline of indigenous crop diversity in colonial and postcolonial Rwanda. *Int J Biodivers*. 2013:1-10.

Simon E, Egrot M. «Médicaments néotraditionnels»: une catégorie pertinente? *Sciences sociales et santé*. 2012;30(2):67-91.

Souza LC. *Documento técnico com a descrição do processo de formação dos detentores de saberes tradicionais Fulni-ô (PE) e da forma como eles vêm atuando*. Brasília: Fundação Nacional da Saúde (FUNASA), Unidade de Gerência de Projetos. 2006.

Spooner B. *Tecelões e negociantes: a autenticidade de um tapete oriental. A vida social das coisas: as mercadorias sob uma perspectiva cultural*. Niterói: Ed. UFF. 2008:247-98.

Stengers I, Assunção HS. A Maldição da Tolerância. *Revista de Antropologia da UFSCar*. 2020;12(1):393-400.

Stengers I. *A invenção das ciências modernas*. São Paulo: Editora 34. 2002.

Stengers I. *Another science is possible: A manifesto for slow science*. New Jersey: John Wiley & Sons. 2018.

Stengers I. A proposição cosmopolítica. *Revista do Instituto de Estudos Brasileiros*. 2018;69:442-64.

Stengers I. *Cosmopolitics I*. Londres: University of Minnesota Press. 2010.

Stengers I. *Cosmopolitics II*. Londres: University of Minnesota Press. 2011.

Stengers I. *No tempo das catástrofes*. São Paulo: Editora UBU. 2015.

Strathern M. *Partial connections*. Lanham: Altamira Press. 2005.

Strathern M. What is intellectual property after? *The Sociological Review*. 1999;4(Supl):156-80.

Swanson HA, Bubandt N, Tsing A. Less than one but more than many: Anthropocene as science fiction and scholarship-in-the-making. *Environment and Society*. 2015;6(1):149-66.

Sztutman R. metamorfoses do Contra-Estado. Pierre Clastres e as Políticas Ameríndias. *Ponto Urbe Revista do núcleo de antropologia urbana da USP*. 2013 (13).

Tavares FRG. Ascensão e profissionalização da terapêutica alternativa no Rio de Janeiro: anos 80-90. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 1999;9:75-98.

Tavares FRG. *Alquimista da cura: a rede terapêutica alternativa em contextos urbanos*. Salvador: Edufba. 2012.

Tavares FRG. Cura religiosa, questões de crença e os limites da pesquisa. *Horizonte, Revista de Estudos de Teologia e Ciências da Religião*. 2016;14(41):173-84.

Tavares FR, Duarte JP, Cognalato RP. Movimento nova era e a reconfiguração do social: da contracultura à heterodoxia terapêutica. *Antropolítica Revista Contemporânea de Antropologia*. 2010;1(28).

Teixeira AR, Spiguel CP. Banco de dados do Programa Flora do CNPq sobre plantas medicinais e farmacologia de produtos naturais. *Ciência e Cultura*. 1978;(Supl):48-55.

Toniol RF. *Do espírito na saúde: oferta e uso de terapias alternativas/complementares nos serviços de saúde pública no Brasil* [tese de doutorado]. Porto Alegre: Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2015.

Toniol RF. Integralidade, holismo e responsabilidade: etnografia da promoção de terapias alternativas/complementares no SUS. In: Fleischer S, Ferreira J, org. *Etnografias Em Serviços de Saúde*. Rio de Janeiro: Paramond. 2014:153-78.

Torres KR. Os arranjos produtivos locais (APLs) no contexto da implementação da Política e do Programa Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos. Dissertação de Mestrado Profissional. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. 2013.

Tsing AL. On NonscalabilityThe Living World Is Not Amenable to Precision-Nested Scales. *Common knowledge*. 2012;18(3):505-24.

Van der Valk J. *Alternative pharmaceuticals: The technoscientific becomings of Tibetan medicines in-between India and Switzerland* [tese de doutorado]. Canterbury: School of Anthropology and Conservation, University of Kent. 2017.

Víctora C, Oliven RG, Maciel ME, Oro AP. *Antropologia e ética: o debate atual no Brasil*. Brasília: ABA; Niterói: Ed. UFF. 2004.

Villas Bôas GK, Gadelha CAG. Oportunidades na indústria de medicamentos e a lógica do desenvolvimento local baseado nos biomas brasileiros: bases para a discussão de uma política nacional. *Cadernos de Saúde Pública*. 2007;23(6):1463-71.

Wagner R. *A invenção da cultura*. São Paulo: Cosac Naify. 2010.

Wagner R, Pinheiro J, Valentini L, Dulley I. Automodelagem: o lugar da invenção. *Revista de antropologia*. 2011:921-53.

Wahlberg A. Above and beyond superstition—western herbal medicine and the decriminalizing of placebo. *History of the Human Sciences*. 2008;21(1):77-101.

Weber M. *Economia e Sociedade*. Lisboa: Edições 70, Almedina. 2022.

WHO World Health Organization. *25th anniversary of the WHO regional organization for south-east Asia 1948-1973*. New Delhi: WHO. 1973b.

WHO World Health Organization. *Declaration of Alma-Ata*. Global Conference on Primary Health Care; Alma-Ata, URSS. 1978a.

WHO World Health Organization. *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023*. Edição em espanhol. Genebra: WHO. 2013.

WHO World Health Organization. *Global strategy for health for all by the year 2000*. Geneva: WHO. 1981.

WHO World Health Organization. *Ottawa Charter for Health Promotion*. I International Conference on Health Promotion. Ottawa, CA. WHO. 1986.

WHO World Health Organization. Programme on Traditional Medicine. *WHO traditional medicine strategy 2002-2005*. Geneva: WHO. 2002a.

WHO World Health Organization. Regional Committee for the eastern mediterranean. Executive Board. *Eleventh session EM/RC11/16*. Provisional agenda item 6.5.1. EB29/6. Geneva: WHO. 1961.

WHO World Health Organization. Regional Office for South-East Asia. *Twenty years in south-east asia, 1948-1967*. New Delhi: WHO Regional Office for South-East Asia. 1967.

WHO World Health Organization. Regional Office for South-East Asia. *Twenty-fifth annual report of the regional director to the Regional Committee for South-East Asia*. SEA/RC26/2. New Delhi: WHO Regional Office for South-East Asia. 1973a.

WHO World Health Organization. Regional Office for South-East Asia. *Health Development in South-East Asia*. WHO Regional Publications. New Delhi: WHO Regional Office for South-East Asia. 1978c.

WHO World Health Organization. Regional Office for South-East Asia. Spiritual aspects of health. SEA/ACMR/10/Agenda, Item 17.1. Bangladesh: WHO Regional Office for South-East Asia. 1984.

WHO World Health Organization. *Traditional and Complementary Medicine in Primary Health Care*. WHO/HIS/SDS/2018.37. Geneva: WHO. 2018.

WHO World Health Organization. *Traditional Herbal Remedies for Primary Health Care*. New Delhi: WHO. 2010.

WHO World Health Organization. *WHO Expert Committee on Specifications for Pharmaceutical Preparations: fifty-fourth report*. WHO technical report series. Geneva: WHO. 2020.

WHO World Health Organization. WHO global report on traditional and complementary medicine 2019: World Health Organization. 2019.

WHO World Health Organization. WHO Meeting on the Promotion and Development of Traditional Medicine (1977: Geneva) & World Health Organization. *The promotion and development of traditional medicine : report of a WHO meeting* [held in Geneva from 28 November to 2 December 1977]. Geneva: WHO. 1978b.

WHO World Health Organization. *WHO Monographs on selected medicinal plants*. Vol. 1. Geneva: WHO. 1999.

WHO World Health Organization. *WHO Monographs on selected medicinal plants*. Vol. 2. Geneva: WHO. 2002b.

WHO World Health Organization. *WHO Monographs on selected medicinal plants*. Vol. 4. Geneva: WHO. 2009.

Whyte SR, Van der Geest S, Hardon A. *Social lives of medicines*. Cambridge University Press. 2002.

Wienke FF. A noção de agricultura familiar no direito brasileiro: uma conceituação em torno de elementos socioeconômicos e culturais. *JURIS-Revista da Faculdade de Direito*. 2017;27(1):225-45.

Williams SJ, Gabe J, Davis P. *Pharmaceuticals and society: Critical discourses and debates*. New Jersey: John Wiley & Sons. 2009.

Zola IK. Medicine as an institution of social control. *The sociological review*. 1972;20(4):487-504.

9 BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 47, de 8 de setembro de 2009. *Estabelece regras para elaboração, harmonização, atualização, publicação e disponibilização de bulas de medicamentos para pacientes e para profissionais de saúde*. Brasília. 2009.

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 338, de 06 de maio de 2004. *Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica*. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Seção 1 n. 96, 20 de maio de 2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Brasil. Decreto nº 75.985, de 17 de julho de 1975. *Dispõe sobre a estrutura básica da Central de Medicamentos (CEME) e dá outras providências*. Brasília. 1975.

Brasil. Decreto nº 4.726 de 9 de junho de 2003. *Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências*. Brasília. 2003.

Brasil. Decreto nº 10.408 de 27 de dezembro de 2004. *Cria a Comissão Nacional de Desenvolvimento Sustentável das Comunidades Tradicionais e dá outras providências*. Brasília. 2004.

Brasil. Decreto nº 16.300, de 31 de dezembro de 1923. *Approva o regulamento do Departamento Nacional de Saude Publica*. Rio de Janeiro. 1923.

Brasil. Decreto nº 2.519 de 16 de março de 1998. *Promulga a Convenção sobre Diversidade Biológica, assinada no Rio de Janeiro, em 05 de junho de 1992*. Brasília. 1998.

Brasil. Decreto nº 5.813, de 22 de julho de 2006. *Aprova a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e dá outras providências*. Brasília. 2006.

Brasil. Decreto nº 6.025, de 25 de janeiro de 2007. *Institui o Programa de Aceleração do Crescimento - PAC, o seu Comitê Gestor, e dá outras providências*. Brasília. 2007.

Brasil. Decreto nº 8.387, de 19 de janeiro de 1882. *Manda observar o Regulamento para o serviço da saude publica*. Rio de Janeiro. 1882.

Brasil. Decreto nº 9.759, de 11 de abril de 2019. *Extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal*. Brasília. 2019.

Brasil. Decreto nº 9.812, de 30 de maio de 2019. *Altera o Decreto nº 9.759, de 11 de abril de 2019, que extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal*. Brasília. 2019.

Brasil. Decreto nº 91.439, de 16 de julho de 1985. *Dispõe sobre a transferência da Central de Medicamentos (CEME), do Ministério da Previdência e Assistência Social para o Ministério da Saúde, e dá outras providências.* Brasília. 1985.

Brasil. Decreto nº 8.772, de 11 de maio de 2016. *Regulamenta a Lei nº 13.123, de 20 de maio de 2015, que dispõe sobre o acesso ao patrimônio genético, sobre a proteção e o acesso ao conhecimento tradicional associado e sobre a repartição de benefícios para conservação e uso sustentável da biodiversidade.* Brasília. 2016.

Brasil. Decreto Presidencial nº 6.040, de 7 de fevereiro de 2007. *Institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais.* Brasília: 2007.

Brasil. Lei nº 10.869, de 13 de maio de 2004. *Altera a Lei nº 10.683, de 28 de maio de 2003, que dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, e dá outras providências.* Brasília. 2003.

Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.* Brasília. 1990.

Brasil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. *Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.* Brasília. 1990.

Brasil. Lei nº 10.696, de 02 de julho de 2003. *Dispõe sobre a repactuação e o alongamento de dívidas oriundas de operações de crédito rural, e dá outras providências.* Brasília. 2003.

Brasil. Lei nº 11.326, de 24 de julho de 2006. *Estabelece as diretrizes para a formulação da Política Nacional da Agricultura Familiar e Empreendimentos Familiares Rurais.* Brasília. 2006.

Brasil. Lei nº 11.947, de 16 de junho de 2009. *Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar e do Programa Dinheiro Direto na Escola aos alunos da educação básica; altera as Leis nos 10.880, de 9 de junho de 2004, 11.273, de 6 de fevereiro de 2006, 11.507, de 20 de julho de 2007; revoga dispositivos da Medida Provisória no 2.178-36, de 24 de agosto de 2001, e a Lei no 8.913, de 12 de julho de 1994; e dá outras providências.* Brasília. 2009.

Brasil. Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. *Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências.* Brasília. 1999.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS.* Brasília. 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. *Pauta da 12ª Reunião Ordinária do Comitê Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos*. 3 de dezembro de 2013. Brasília. 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política nacional de medicamentos*. Brasília. 2001.

Brasil. Portaria nº 2.960, de 9 de dezembro de 2008. *Aprova o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e cria o Comitê Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos*. Brasília. 2008.

Brasil. Portaria nº 3.237, de 24 de dezembro de 2007. *Aprova as normas de execução e de financiamento da assistência farmacêutica na atenção básica em saúde*. Brasília. 2007.

Brasil. Portaria nº 702, de 21 de março de 2018. *Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC*. Brasília. 2018.

Brasil. Portaria nº 849, de 27 de março de 2017. *Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares*. Brasília. 2017.

Brasil. Portaria nº 886, de 20 de abril de 2010. *Institui a Farmácia Viva no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília. 2010.

Brasil. Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006. *Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde*. Brasília. 2006.

Governo do Estado do Ceará. Lei Estadual nº 12.951, de 7 de outubro de 1999. *Dispõe sobre a Política de Implantação da Fitoterapia em Saúde Pública no Estado do Ceará*. Fortaleza. 1999.

Governo do Estado do Rio Grande do Sul. Lei Estadual nº 12.560, de 12 de julho de 2006. *Institui a Política Intersectorial de Plantas Medicinais e de Medicamentos Fitoterápicos no Estado do Rio Grande do Sul e dá outras providências*. Porto Alegre. 2006.