



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DOMÉSTICAS
CURSO SUPERIOR DE BACHARELADO EM ECONOMIA DOMÉSTICA

**ESTUDO COMPARATIVO DAS PLANTAS MEDICINAIS UTILIZADAS NA
PRODUÇÃO DE FITOTERÁPICOS TRADICIONAIS DO CENTRO DE SAÚDE
ALTERNATIVA DE MURIBECA EM RELAÇÃO À INDÚSTRIA FARMACÊUTICA NO
BRASIL**

FELIPE CORDEIRO DE ABREU

RECIFE

2019

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DOMÉSTICAS
CURSO SUPERIOR DE BACHARELADO EM ECONOMIA DOMÉSTICA

FELIPE CORDEIRO DE ABREU

**ESTUDO COMPARATIVO DAS PLANTAS MEDICINAIS UTILIZADAS NA
PRODUÇÃO DE FITOTERÁPICOS TRADICIONAIS DO CENTRO DE SAÚDE
ALTERNATIVA DE MURIBECA EM RELAÇÃO À INDÚSTRIA FARMACÊUTICA NO
BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Bacharelado em Economia Doméstica, da Universidade Federal Rural de Pernambuco, como parte dos requisitos à obtenção do grau de Bacharel em Economia Doméstica. Tendo com orientadora a Profa. Dra. Lourinalda Luiza Dantas da Silva Selva de Oliveira.

RECIFE
2019

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Lourinalda Luiza Dantas da Silva Selva de Oliveira
Professora do Departamento de Química Orgânica
Universidade Federal Rural de Pernambuco

Profa. Dra. Laurileide Barbosa da Silva
Professora do Departamento de Ciências Domésticas
Universidade Federal Rural de Pernambuco

Professor Juan Sebastián Dueñas Cáceres
Mestre em Entomologia
Universidade Federal Rural de Pernambuco

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema Integrado de Bibliotecas da UFRPE
Biblioteca Central, Recife-PE, Brasil

A162e Abreu, Felipe Cordeiro de
Estudo comparativo das plantas medicinais utilizadas na produção
de fitoterápicos tradicionais do centro de saúde alternativa de Muribeca
em relação à indústria farmacêutica no Brasil / Felipe Cordeiro de
Abreu – 2019.
57 f.: il.

Orientadora: Lourinalda Luiza Dantas da Silva Selva de Oliveira.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Economia
Doméstica) – Universidade Federal Rural de Pernambuco,
Departamento de Ciências Domésticas, Recife, 2019.
Inclui referências.

1. Saúde pública 2. Política pública 3. Plantas medicinais
4. Naturopatia 5. Indústria farmacêutica I. Oliveira, Lourinalda Luiza
Dantas da Silva Selva de, orient. II. Título

CDD 640

Os filósofos limitaram-se a interpretar o mundo de diversas maneiras; o que importa é modificá-lo. (**Karl Marx – 1818-1883**)

AGRADECIMENTOS

Venho por meio deste agradecer, ressaltando alguns momentos importantes que permearam a minha trajetória não só no curso de Economia Doméstica, mas também pelas vivências que tive na rural e para além dela. Dos laços que constitui, principalmente dos e nos debates acadêmicos e, principalmente, políticos que possibilitaram expandir meu horizonte enquanto pessoa, vendo para além do óbvio e da desgastante rotina que nos é imposta cotidianamente, servindo de apoio para suportar as turbulências da vida acadêmica, me fazendo enxergar e compreender que o aprendizado numa formação não perpassam unicamente pela formação acadêmica em si, e que, sim, existem outras formas igualmente ricas de se obter conhecimento que não apenas pela teoria convencional e cartesiana, mas também através da prática e dos conhecimentos populares que são passados de geração à geração, que têm exatamente a práxis como seu patrimônio e reprodução como sua marca.

Pela conclusão deste trabalho, sobre fitoterápicos e sua importância na sociedade com esse resgate, comparação e denúncia, que foi um tema constante em toda minha trajetória acadêmica não só no curso, mas também enquanto militante revolucionário e socialista, em todas as atividades extras curriculares que participei na rural, como também em outras universidades. Só tenho a agradecer pelas pessoas que me apoiaram, dando o suporte necessário para eu chegar até aqui; como também pelas pessoas que pude conhecer durante essa caminhada, as quais eu pude aprender muito, me possibilitando realizar o presente trabalho.

Gratidão à minha família, principalmente na figura da minha mãe e pai, companheira e companheiro, apoiadora e apoiador, e incentivadora maior e de todas as horas.

Gratidão à Giselda, a pessoa que conserva e repassa a maioria dos conhecimentos tratados neste trabalho. Sua dedicação há mais de 20 anos de trabalho com os fitoterápicos, com o Centro de Saúde Alternativa de Muribeca (CESAM), bem como sua exemplar luta pela perpetuação dos conhecimentos tradicionais.

Gratidão a Pedro, grande amigo e conselheiro político que me ajudou a compreender melhor a nossa realidade dentro de uma sociedade capitalista e da luta que devemos travar todos os dias, de forma incansável, lutando por uma sociedade diferente, uma sociedade socialista, onde todas as pessoas possam viver suas vidas plenamente.

Gratidão aos companheiros/as do Diretório Acadêmico que fizeram parte dessa caminhada e foram fundamentais, em especial a Antônio e Isabelle, grandes camaradas de luta.

Gratidão à Tássica, minha companheira de vida e luta, que de maneira incansável e paciente me fortaleceu nessa reta final, no encaminhamento deste trabalho, ajuda a qual foi imprescindível por tamanha paciência e dedicação.

“Não é a consciência dos homens que determina seu ser, mas, ao contrário, seu ser social que determina sua consciência.”

(Karl Marx – 1818-1883)

RESUMO

O presente trabalho tem como proposta abordar de forma histórica como as políticas públicas direcionadas à saúde pública, no Brasil, foram sendo modificadas ao longo do tempo e como é a relação de produção e a valorização do conhecimento entre o Estado Brasileiro, Indústria Farmacêutica no país e o Centro de Saúde Alternativa de Muribeca (CESAM). Este material traz a problemática das dificuldades que as pesquisas no país enfrentam no sentido de obter investimentos para o desenvolvimento de medicamentos à base de plantas medicinais, bem como para obtenção de suas patentes. Fatores que cumprem papel fundamental, que visam o fortalecimento e desenvolvimento da biotecnologia em saúde no país, mas que sofrem com falta de investimentos para sua expansão e consolidação, podendo ser revertido em benefícios diretos à população brasileira, impactando de forma direta na soberania nacional. Diante das situações expostas no atual trabalho, a relação e o papel que o Estado Brasileiro e seus diversos agentes têm e cumprem, nesse sentido, na nossa sociedade, dentro dos marcos do capitalismo, onde a não valorização dos conhecimentos tradicionais e populares são perpetuados em detrimento de uma total dependência política, financeira e tecnológica das grandes multinacionais farmacêuticas faz com que os medicamentos e as diversas formas terapêuticas continuem sendo tratados como mercadoria e pouco acessíveis à população brasileira.

Palavras-Chave: Conhecimento tradicional; Saúde Pública; Políticas Públicas.

ABSTRACT

The present work aims to address in a historical way how public policies directed to public health in Brazil have been modified over time and how is the relationship of production and valuation of knowledge between the Brazilian State, Pharmaceutical Industry in the country and the Muribeca Alternative Health Center (CESAM). This material raises the issue of the difficulties that research in the country faces in obtaining investments for the development of herbal medicines, as well as for obtaining their patents. Factors that play a fundamental role, aiming at the strengthening and development of health biotechnology in the country, but which suffer from a lack of investments for its expansion and consolidation, which can be reverted to direct benefits to the Brazilian population, directly impacting national sovereignty. Given the situations exposed in the present work, the relationship and role that the Brazilian State and its various agents have and fulfill, in this sense, in our society, within the framework of capitalism, where the non valorization of traditional and popular knowledge is perpetuated in To the detriment of a total political, financial and technological dependence on the large pharmaceutical multinationals, the medicines and the various therapeutic forms continue to be treated as merchandise and little accessible to the Brazilian population.

Keywords: Traditional knowledge; Public health; Public policy.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
2. OBJETIVO GERAL.....	14
3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15
4. REFERENCIAL TEÓRICO.....	15
4.1. Histórico sobre as Políticas Públicas de Saúde no Brasil.....	15
4.2. Reconhecimento das Práticas Tradicionais e Populares das Plantas Medicinais nas Políticas Públicas de Saúde no Brasil e a criação da Política e Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF).....	19
4.3. POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES (PNPIC) NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).....	26
4.4. A Indústria Farmacêutica de Fitoterápicos no Brasil.....	32
4.5. A AMARFITSA e o CESAM.....	39
5. METODOLOGIA.....	41
6. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	42
7. CONCLUSÃO.....	52
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	54

1. INTRODUÇÃO

O uso das plantas medicinais sempre esteve presente na história da evolução das sociedades, foram os primeiros recursos terapêuticos a serem utilizados e têm suas bases na prática empírica. Os primeiros documentos escritos podem ser encontrados no "British Museum" em placas de barro, documentos sumérios e babilônicos, datados de mais de 3000 anos antes da nossa era.

No Brasil, a história do uso de plantas medicinais remete às influências das culturas africana, europeia e indígena para curar doenças. Os índios que vivem no Brasil, utilizam numerosas plantas em ritos religiosos e de cura e por intermédio dos pajés esse conhecimento é passado de geração a geração. O intercâmbio dessas culturas enriqueceu o conhecimento popular do uso e cultivo das plantas medicinais. Até o século XX as plantas eram usadas – de forma muito comum, quase que exclusiva, para a maior parte da população – para a cura de inúmeras doenças.

A forma como a saúde pública no Brasil foi sendo construída e modificada no país data do final do século XIX, tendo uma exponencial intensificação a partir dos anos 1930, do século XX. Intervenção essa do Estado que se justifica por conta da II Guerra Mundial, devido às restrições impostas às importações, já que os principais países exportadores de medicamentos estavam envolvidos no conflito, fazendo com que a indústria nacional intensificasse a produção de medicamentos. Porém, a maior parte das matérias-primas e dos bens de capital utilizada eram adquiridas de empresas de outras nações, como dos Estados Unidos (PRADO, 2008).

No transcorrer do século XX, a situação da saúde foi passando por profundas mudanças, principalmente no que concerne às perspectivas da sociedade em relação às funções e significados sociais, permitindo que outras noções fossem associadas ao setor, deixando de ter uma visão mais autoritária. Com o avançar da industrialização e o crescimento da demografia urbana, a partir da década de 1940, os serviços de saúde passaram a ter relevância acentuada para a população como uma forma de adquirir não

apenas boas condições de vida, mas de, efetivamente, preservar sua integridade física (BRAGA & PAULA, 1981; POSSAS, 1981).

Diante de todo o contexto mundial e nacional que modificou a forma como a saúde pública era vista e direcionada no mundo e principalmente no Brasil, passando pela Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde de Alma-Ata, em 1978 a Organização Mundial de Saúde criou o Programa de Medicina Tradicional, objetivando a formulação de políticas em defesa dos conhecimentos tradicionais em saúde. Em vários de seus comunicados e resoluções, a OMS firmou o compromisso de incentivar os Estados-membros a formularem políticas públicas para uso racional e integrado das Medicinas Tradicionais e das Medicinas Complementares e Alternativas nos sistemas nacionais de atenção à saúde, bem como para o desenvolvimento de estudos científicos para melhor conhecimento de sua segurança, eficácia e qualidade (JÚNIOR, 2016).

Aqui no Brasil, de forma qualitativa só teremos a partir do ano de 2006, com a aprovação e regulamentação da Política e Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF), que tem como objetivos e direcionamentos garantir à população brasileira o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos promovendo o uso sustentável da biodiversidade, o desenvolvimento da cadeia produtiva e da indústria nacional. Esse é o objetivo da Política e do Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, que propõe a ampliação das opções terapêuticas e melhoria da atenção à saúde aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). (BRASIL, 2016, p. 25)

Sobre a relação entre pesquisa, desenvolvimento, Estado e indústria farmacêutica, ainda há muitos obstáculos burocráticos e políticos para serem superados. Há uma relação muito desproporcional entre o número de pesquisas realizadas e o número de reconhecimento de patentes, onde a maior parte são feitas pelas universidades públicas, o que impacta diretamente na autonomia do desenvolvimento biotecnológico do país, deixando assim o país à mercê das grandes indústrias que detêm o monopólio destas patentes.

2. OBJETIVO GERAL

Este trabalho se propõe a abordar de forma histórica como as políticas públicas direcionadas à saúde pública, no Brasil, foram sendo modificadas ao longo do tempo e como é a relação de produção e a valorização do conhecimento entre o Estado Brasileiro, Indústria Farmacêutica no Brasil e o Centro de Saúde Alternativa de Muribeca (CESAM).

3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Resgatar o histórico das políticas públicas e o tempo de formulações até a aprovação da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF)
- Apontar a dificuldade que a pesquisa no Brasil enfrenta no sentido de obter investimentos para desenvolver medicamentos à base de plantas medicinais, bem como para patentear, fortalecendo o desenvolvimento da biotecnologia em saúde pública no país.
- Expor a deficiência do Estado Brasileiro no longo período em que levou para a formulação, aprovação e aplicação da PNPMF.
- Mostrar as alternativas que a comunidade onde o CESAM se situa tem para enfrentar as dificuldades financeiras e ter acesso aos medicamentos de saúde primária através dos remédios fitoterápicos em detrimento aos remédios alopáticos.
- Abordar a relação perversa capitalista que o Estado brasileiro mantém com as multinacionais do ramo farmacêutico.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1. Histórico sobre as Políticas Públicas de Saúde no Brasil

No período de 1897 até 1930 os assuntos relacionados à saúde, como funções públicas, eram tratados no Ministério da Justiça e Negócios Interiores, em específico, na Diretoria Geral de Saúde Pública. MÉDICE (1994) relata que a assistência à saúde ofertada pelo Estado até a década de 1930 estavam limitadas às ações de saneamento e

combate às endemias. É também dessa época, o surgimento e desenvolvimento do chamado sanitarismo-campanhista, fortemente presente até o final da década de 1940. Tal política visava dar apoio ao modelo econômico agrário-exportador, garantindo condições de saúde para os trabalhadores empregados na produção e na exportação. As campanhas visavam ao combate de endemias tais como a peste, a cólera, a varíola, dentre outras. Progressivamente, o Estado vai acentuando sua intervenção no setor saúde e, após a Segunda Guerra Mundial, passa a assumir obrigações financeiras no que se refere à assistência à saúde da população.

Sobre os recortes construídos sobre essa temática, que privilegiam os últimos anos do século XIX e a primeira metade do século XX, tem-se alguns eventos específicos como foco contendo um número consistente de pesquisas que tratam do contexto da Primeira República a partir das reformas estruturais urbanas executadas nas grandes cidades e nos principais portos, particularmente os do Rio de Janeiro e de Santos. Materiais de urbanismo, de distribuição dos espaços e hierarquização social e de sanitarismo. Também há os estudos sobre a Revolta de Vacina e o isolamento das camadas populares dos espaços urbanos, tal como é o caso dos emblemáticos livros “A Revolta da Vacina: Mentis Insanas em Corpos Rebeldes” de Nicolau Sevcenko (2010) e “Cidade Febril: Cortiços e Epidemias na Corte Imperial” de Sidney Chalhoub (1996), ambos fundamentais para formação desse campo de estudos no Brasil. Essas obras concentram suas análises e mapeamento das políticas sanitárias no Brasil da chamada Belle Époque, abordando sua idealização e implementação pelas autoridades científicas e políticas, assim como seus significados sociais, dialogando com as relações de poder instituídas na sociedade e a formação dos espaços urbanos. Os dois autores também refletem sobre as implicações dessas ações sobre a vida das camadas populares e as consequências que tiveram sobre as relações dessa população com as camadas dominantes e sobre a percepção que formaram a respeito das ações estatais.

Obras essas que discutem sobre o ponto de vista de uma “missão civilizadora” atribuída à saúde no Brasil do início do século XX, fortemente atrelada ao pensamento sanitarista e à utilização dos conhecimentos da área para melhorias nas áreas essenciais da economia, uma limpeza social a favor do progresso. Assim, a saúde passou a figurar

como elemento do embate ideológico entre o que seriam “civilização” e “barbárie”, pautando as ações autoritárias do governo.

No transcorrer do século XX, a situação da saúde foi passando por profundas mudanças, principalmente no que concerne às perspectivas da sociedade em relação às funções e significados sociais, permitindo que outras noções fossem associadas ao setor, deixando de ter uma visão mais autoritária. Com o avançar da industrialização e o crescimento da demografia urbana, a partir da década de 1940, os serviços de saúde passaram a ter relevância acentuada para a população como uma forma de adquirir não apenas boas condições de vida, mas de, efetivamente, preservar sua integridade física (BRAGA & PAULA, 1981; POSSAS, 1981).

A intervenção estatal no país, em relação à políticas públicas como as temos atualmente, ocorreram, de fato, no século XX, especificamente na década de 1920, pois no Império e na República Velha a assistência médica era vista como favor do Estado, com fortes relações patrimonialistas de poder, sem qualquer instrumento ou política que garantisse a sua universalidade. A questão da assistência à saúde enquanto questão social, no século XX, estava ligada diretamente à expansão do trabalho assalariado e às reivindicações do movimento operário, então daí surgiram uma série de medidas destinadas à saúde do trabalhador como benefícios contributivos vinculados à questão do empregado.

Com a chegada da década de 1930, na Era Vargas, intensificou-se no Brasil o desenvolvimento de relações capitalistas que foram paulatinamente alterando as bases do Estado oligárquico e patrimonial, resultado de uma crise dos sistemas políticos que não resistiram à falência das economias agroexportadoras no pós-1929. Um novo cenário foi sendo reorganizado no país, onde ocorreu um crescente processo de industrialização e urbanização; o mercado interno desenvolveu-se expandindo e aprimorando o sistema econômico; ocorreram mudanças nos órgãos governamentais – na forma de gerenciamento – e na esfera política. O governo Vargas caracterizou-se como sendo um governo bonapartista, tendo um papel arbitral entre as classes sociais beligerantes e a pouca presença de expedientes democráticos parlamentares em seu funcionamento ordinário em meio à máquina militar burocrática, utilizando-se dessa relação para

barganhar benefícios para sua casta burocrática junto às grandes economias capitalistas internacionais.

De acordo com BRAVO (2006), nesse período a política de saúde foi organizada em dois subsetores: o de saúde pública, predominante até os anos 1960, centralizado na criação mínima de condições sanitárias para população urbana e, restritamente para a do campo; e o da medicina previdenciária que passa a predominar a partir de 1966.

Com alguns avanços que o setor da saúde pública obteve durante os anos de 1950 por conta dessas medidas acima citadas, o direcionamento do Estado continuou sendo para a expansão do setor privado através de corporações médicas ligadas aos interesses capitalistas internacionais, que foram ganhando cada vez mais força e tendo sua representação maior através do golpe e regime civil-militar a partir de 1964. Com esse direcionamento muito mais segmentado junto aos setores privatistas, a saúde pública foi tendo seu declínio e a medicina previdenciária cresceu acompanhada da articulação do Estado com interesses do capital internacional. Num cenário onde o governo privilegiava o setor privado e a mercantilização da saúde, tendo uma política totalmente excludente e ineficaz, agravando cada vez mais as condições da saúde pública.

Diante disso, no final dos anos 1970 as reivindicações cresceram em diversos setores da sociedade, o regime ditatorial começa a enfrentar uma crise, cedendo lugar a projetos de redemocratização. Surgem propostas de reformulação da saúde, com políticas que a compreendessem por meio de seus determinantes sociais. Esse debate envolveu novos sujeitos da sociedade civil, assumindo uma dimensão política de lutas vinculadas à redemocratização do país. Estiveram envolvidos profissionais da saúde, pesquisadores, diversos partidos e correntes políticas e representantes de organizações e instituições. Estes criaram o Movimento da Reforma Sanitária responsável por materializar o conceito ampliado de saúde na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986. (CAVALCANTI; ZUCCO, 2006)

Com isso, a saúde começou a ser vista de uma outra forma, a ser entendida como resultado das condições de vida da população envolvendo aspectos sociais, culturais, econômicas e biológicos. Tendo a percepção, reconhecendo, de que as formas de vida

em sociedade são decorrentes das relações de produção e inserção das pessoas nesse processo. Sendo assim, a saúde assume sua dimensão dialética ao ser apreendida como indispensável ao desenvolvimento social e ao mesmo tempo fruto dele. A concepção de saúde enquanto um direito social universal e dever do Estado; a criação de um Sistema Único de Saúde; o Controle Social e a descentralização do processo decisório para esferas estaduais e municipais foram outras propostas debatidas pela reforma sanitária.

4.2. Reconhecimento das Práticas Tradicionais e Populares das Plantas Medicinais nas Políticas Públicas de Saúde no Brasil e a criação da Política e Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF)

O Brasil é reconhecido por sua biodiversidade. Essa riqueza biológica torna-se ainda mais importante porque está aliada a uma sociodiversidade que envolve vários povos e comunidades, com visões, saberes e práticas culturais próprias. Na questão do uso terapêutico das plantas, esses saberes e práticas estão intrinsecamente relacionados aos territórios e seus recursos naturais, como parte integrante da reprodução sociocultural e econômica desses povos e comunidades. Neste sentido, é imprescindível promover o resgate, o reconhecimento e a valorização das práticas tradicionais e populares de uso de plantas medicinais e remédios caseiros, como elementos para a promoção da saúde, conforme preconiza a Organização Mundial da Saúde (BRASIL, 2016).

Mas foi a partir dos anos 1980, onde cenário nacional apresentava um agravamento da questão social e ao mesmo tempo um crescimento e intensificação dos movimentos sociais, bem como da participação da sociedade que impulsionaram a queda do regime militar a partir de 1985, com a redemocratização do Estado e a construção de uma nova Constituição, em 1988, sendo um marco legal de mudanças no cenário político social brasileiro. A partir da Assembleia Constituinte de 1988, a disputa de espaço entre os dois projetos teve continuidade. Por um lado, o projeto privatista ligado ao mercado e à indústria farmacêutica e o da reforma sanitária. Apesar das disputas, o texto final da Constituição Federal de 1988 atendeu a grande parte das reivindicações do movimento sanitário. A saúde prevista no capítulo da Seguridade Social passa a ser definida como

direito universal de responsabilidade do Estado, suas ações e serviços devem ser realizados por meio de um Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como princípios: a universalidade, gratuidade, integralidade, descentralização com direção única em cada esfera de governo, atendimento integral com prioridade nas ações preventivas sem prejuízo das ações assistenciais, participação da comunidade e financiamento com recursos das três esferas de governo (CF, 1988).

Também na década de 1980, por conta do crescente interesse popular e institucional no sentido de fortalecer a fitoterapia, com a implementação de várias políticas, programas, resoluções, portarias e relatórios dando origem aos estudos de plantas medicinais de investigação clínica, no ano de 1981; bem como da implantação do Programa de Pesquisa de Plantas Mediciniais da Central de Medicamentos, no ano de 1982; e, conseqüentemente, dando origem à Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), dando base para os próximos passos.

Definindo a saúde como um direito universal de responsabilidade do Estado, implica em avanços e também desafios para a sua implementação, surgem questões de como tornar esse direito alcançável e exercido por todos. E como forma de regulamentação foi promulgada a lei nº 8.080/90 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes". A primeira lei orgânica do SUS detalha os objetivos e atribuições; os princípios e diretrizes; a organização, direção e gestão, a competência e atribuições de cada nível (federal, estadual e municipal); a participação complementar do sistema privado; recursos humanos; financiamento e gestão financeira e planejamento e orçamento. E em seguida, em dezembro do mesmo ano é editada a lei 8.142/90, que consolida espaços públicos de participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros. Institui os Conselhos de Saúde e confere legitimidade aos organismos de representação de governos estaduais (CONASS - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde) e municipais (CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde). Finalmente estava criado o arcabouço jurídico do Sistema Único de Saúde, mas novas lutas e aprimoramentos ainda seriam necessários (BRASIL, 1990).

Em 1990, a Lei nº 8.080 instituiu que o dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. No campo de atuação do SUS, a formulação de política de medicamentos teve como propósito garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais (BRASIL, 2016).

Em 1991 a OMS reforçou uma importante contribuição da medicina tradicional na prestação de assistência social, especialmente às populações que têm pouco acesso aos sistemas de saúde, e solicitou aos Estados-membros que intensificassem a cooperação entre praticantes da medicina tradicional e da assistência sanitária moderna, principalmente no tocante ao emprego de remédios tradicionais de eficácia científica demonstrada, a fim de reduzir os gastos com medicamentos. Sugeriu, também, que todos esses remédios fossem aproveitados plenamente e que os produtos naturais, em particular os derivados de plantas, poderiam conduzir ao descobrimento de novas substâncias terapêuticas. Bem como em 1987, na Assembleia Mundial de Saúde, reiterando as recomendações feitas pela Alma-Ata, enfatizando aos Estados-membros iniciar programas amplos relativos à identificação, ao preparo, ao cultivo e à conservação de plantas usadas em medicina tradicional; assegurando a qualidade das drogas derivadas de medicamentos tradicionais extraídas de plantas, pelo uso de técnicas modernas e aplicação de padrões apropriados e de boas práticas de fabricação (BRASIL, 2016).

Em virtude das recomendações descritas na referida lei e do crescente interesse popular e institucional no sentido de fortalecer a fitoterapia no SUS, foram intensificadas iniciativas desde a década de 1980. Nesse contexto, políticas, programas, resoluções, portarias e relatórios foram elaborados com ênfase nesse tema. Entre elas, pode-se citar a priorização do estudo de plantas medicinais de investigação clínica (1981) e a implantação do Programa de Pesquisa de Plantas Medicinais da Central de Medicamentos (1982). Esse programa objetivou desenvolver terapêutica alternativa e

complementar, com embasamento científico, por meio do estabelecimento de medicamentos fitoterápicos originados a partir da determinação do real valor farmacológico de preparações de uso popular, à base de plantas medicinais, com vistas à sua inclusão na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) (BRASIL, 2016).

Iniciativas que estavam em consonância com o que foi aprovado no ano de 1986, na 8ª Conferência de Saúde, que aprovou recomendações de introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário acesso democrático de escolher a terapêutica preferida. Com vistas à viabilização dessa recomendação, algumas medidas foram tomadas, como a regulamentação da implantação da fitoterapia nos serviços de saúde nas unidades federadas, por meio da resolução Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN nº 08, de 8 de março de 1988) (BRASIL, 2016, p. 20).

Pavimentando o caminho para a inserção das iniciativas para a inclusão da fitoterapia no SUS, o Conselho Federal de Medicina (CFM), em 1991, reconheceu a atividade de fitoterapia, desde que desenvolvida sob a supervisão de profissional médico. Em 1992, formalizou essa prática como método terapêutico, o que exigiu supervisão do Estado e apresentou a necessidade de regulamentação para a formação de recursos humanos. Por sua vez, a então Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde instituiu e normatizou o registro de produtos fitoterápicos no ano de 1995.

Em 1996, acontece a 10ª Conferência Nacional de Saúde, que recomendou a incorporação, no SUS, das práticas de saúde como fitoterapia, acupuntura e homeopatia, contemplando as terapias alternativas e práticas populares. Como também, que o gestor federal da Saúde incentivasse a fitoterapia na assistência farmacêutica pública, com ampla participação popular para a elaboração das normas para sua utilização.

Sendo assim, A Política Nacional de Medicamentos, aprovada em 1998, em sua diretriz, "Desenvolvimento Científico e Tecnológico", prevê a continuidade e expansão do apoio a pesquisas para o aproveitamento do potencial terapêutico da flora e fauna nacionais, enfatizando a certificação de suas propriedades medicamentosas.

Diante de todo o contexto mundial e nacional que modificou a forma como a saúde pública era vista e direcionada no mundo e principalmente no Brasil, passando pela Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde de Alma-Ata, em 1978 a Organização Mundial de Saúde criou o Programa de Medicina Tradicional, objetivando a formulação de políticas em defesa dos conhecimentos tradicionais em saúde. Em vários de seus comunicados e resoluções, a OMS firmou o compromisso de incentivar os Estados-membros a formularem políticas públicas para uso racional e integrado das Medicinas Tradicionais e das Medicinas Complementares e Alternativas nos sistemas nacionais de atenção à saúde, bem como para o desenvolvimento de estudos científicos para melhor conhecimento de sua segurança, eficácia e qualidade (JÚNIOR, 2016).

Tais sistemas e recursos envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Outros pontos compartilhados pelas diversas práticas abrangidas nesse campo são a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado.

O documento “Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005” reafirma os princípios de Alma Ata. E destaca a organização dessas práticas em nosso país:

No Brasil, a legitimação e a institucionalização dessas abordagens de atenção à saúde iniciaram-se a partir da década de 1980, principalmente, após a criação do SUS. Com a descentralização e a participação popular, os estados e municípios ganharam maior autonomia na definição de suas políticas e ações em saúde, vindo a implantar as experiências pioneiras. (ibidem)

A PNPMF tem como objetivos e direcionamentos garantir à população brasileira o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos promovendo o uso

sustentável da biodiversidade, o desenvolvimento da cadeia produtiva e da indústria nacional. Esse é o objetivo da Política e do Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, que propõe a ampliação das opções terapêuticas e melhoria da atenção à saúde aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). (BRASIL, 2016, p. 25)

A Política e Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF) estabelece as linhas de ação prioritárias para o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos com o objetivo de consolidar as iniciativas relevantes no país e as recomendações nacionais e internacionais sobre o tema (Brasil, 2006b).

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica, parte integrante da Política Nacional de Saúde (PNS), contempla em seus eixos estratégicos a definição e pactuação de ações intersetoriais que visem à utilização das plantas medicinais e de medicamentos fitoterápicos no processo de atenção à saúde, com respeito aos conhecimentos tradicionais incorporados, com embasamento científico, com adoção de políticas de geração de emprego e renda, com qualificação e fixação de produtores, envolvimento dos trabalhadores em saúde no processo de incorporação dessa opção terapêutica e baseada no incentivo à produção nacional, com a utilização da biodiversidade existente no País. (BRASIL, 2016, p. 20)

Como meio de avaliação e acompanhamento, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), por meio da sua ação de regulação, tem como principal atividade, na PNPMF, o monitoramento e fiscalização da comercialização, manipulação e distribuição de insumos de origem vegetal e fitoterápicos, além da concessão do registro de novos medicamentos fitoterápicos.

Para atingir seus objetivos, a PNPMF traz 17 diretrizes, entre elas, promover e reconhecer as práticas populares de uso de plantas medicinais e remédios caseiros ao criar parcerias do governo com movimentos sociais visando o uso seguro e sustentável de plantas medicinais; identificar e implantar mecanismos de validação/reconhecimento que levem em conta os diferentes sistemas de conhecimentos (popular/científico x técnico/científico); promover ações de salvaguarda do patrimônio imaterial relacionado às plantas medicinais (transmissão dos conhecimentos tradicionais entre gerações) e apoiar

as iniciativas comunitárias para a organização e reconhecimento dos conhecimentos tradicionais e populares.

Sendo assim, a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS), deve ser vista também como um componente de política industrial, educação e demais políticas sociais, no sentido de orientar o desenvolvimento e otimização dos processos de produção e a absorção de conhecimento científico e tecnológico pelos sistemas, serviços e instituições de saúde, centros de formação de recursos humanos, empresas do setor produtivo e demais segmentos da sociedade. Complementarmente à PNCTIS, a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde que foi construída como instrumento para orientar os investimentos do gestor federal da saúde em pesquisas de interesse para o SUS, e trazendo três eixos temáticos importantes para a implementação da presente política: Complexo Produtivo da Saúde; Avaliação de Tecnologias e Economia da Saúde, além de Assistência Farmacêutica.

A partir desse momento, medidas administrativas foram tomadas pelo Ministério da Saúde para a implementação das diretrizes estabelecidas pelas conferências nacionais e políticas do setor. Os fóruns para a discussão da Proposta de Política Nacional de Plantas Medicinais e Medicamentos Fitoterápicos, em 2001, e o Seminário Nacional de Plantas Medicinais, Fitoterápicos e Assistência Farmacêutica, a 1ª Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica e a 12ª Conferência Nacional de Saúde, em 2003, trouxeram subsídios para a normatização das ações governamentais na área de saúde para plantas medicinais e fitoterápicos. Essas ações se concretizaram em 2004 na Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), na Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS) e na Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (ANPPS). A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPICS), publicada em 2006, foi a última do grande ciclo de políticas nesse tema. (BRASIL, 2016, p. 20)

4.3. POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES (PNPIC) NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

A medicina tradicional e a medicina complementar e alternativa (MT/MCA) e seus produtos, principalmente plantas medicinais, cada vez mais têm se tornado objeto de políticas públicas nacionais e internacionais, incentivadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a partir da criação do seu “Programa de Medicina Tradicional” nos anos 1970. Um dos mais importantes documentos oriundos desse programa foi a “Estratégia da OMS para a Medicina Tradicional para 2002-2005”, contemplando diagnóstico, desafios e potencialidades da MT, assim como o papel e objetivos da Organização. Nesse documento, a OMS se propôs a respaldar os países de modo a:

- Integrar a MT/MCA nos sistemas nacionais de saúde, desenvolvendo e implementando políticas e programas nacionais;
- Promover a segurança, eficácia e qualidade da MT/MCA, ampliando a base de conhecimento sobre essas medicinas e fomentando a orientação sobre pautas normativas e de controle de qualidade;
- Aumentar a disponibilidade e acessibilidade da MT/MCA, com ênfase ao acesso pelas populações pobres; e
- Fomentar o uso racional da MT/MCA tanto pelos provedores quanto pelos consumidores (OMS, 2002a).

No Brasil foi a partir da década de 1980 que diversas ações e programas de fitoterapia, homeopatia e acupuntura, termalismo e técnicas alternativas de saúde mental foram implantados na rede pública de saúde, principalmente a partir da publicação da Resolução CIPLAN, em março de 1988, que regulamentava essas práticas no serviço público.

Sobre políticas públicas, elas contemplam diretrizes e linhas estratégicas de atuação governamental, as quais orientam legislação, programas, projetos e atividades para o desenvolvimento econômico e social do país. O documento de uma política deve ser fruto de um processo sistemático de consultas e debate nacional para aglutinar as partes e criar um sentido de propriedade coletiva. Essa estratégia é fundamental com vistas ao esforço nacional que será necessário na sua implantação. Nesse sentido, cabe destacar três momentos importantes na consolidação de uma política nacional: o processo de desenvolvimento da política; a aplicação das estratégias e atividades orientadas a alcançar objetivos da política; e, finalmente, a avaliação do efeito das atividades e ajuste do programa se for necessário. Todo o processo requer planejamento cuidadoso e participação de todos os envolvidos e, a todo o momento, levar em consideração a dinâmica política do país (OMS, 2003).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), por meio de seu Programa de Medicina Tradicional, recomenda aos Estados-membros a elaboração de políticas nacionais voltadas à integração/inserção da medicina tradicional e medicina complementar e alternativa (MT/MCA) aos sistemas oficiais de saúde, com foco na atenção primária. (BRASIL, 2012, p. 37)

Dessa maneira, a OMS se propõe a respaldar os países com a MT/MCA de modo a: - integrá-las aos sistemas nacionais de saúde, desenvolvendo e implementando políticas e programas nacionais; promover a segurança, eficácia e qualidade; aumentar a disponibilidade e acessibilidade, com ênfase ao acesso pelas populações pobres; e fomentar o uso racional tanto pelos provedores quanto pelos consumidores (OMS, 2002 apud RODRIGUES; DE SIMONI, 2010).

Assim como preconizado pela OMS, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), formulada por grupos de trabalho representativos, subsidiados por documentos e normas nacionais e internacionais, além das recomendações das conferências de saúde, passou por amplo debate da sociedade, por meio de fóruns e consultas. Ainda seguindo as orientações da Organização, o documento da política contempla: definições para as Práticas Integrativas e Complementares e se orienta pelas

definições da OMS para MT/MCA; papel do governo ou as responsabilidades institucionais para o desenvolvimento da política; estratégias para garantia de segurança e qualidade dos serviços e produtos; recomendações para elaboração ou adequação da legislação para produtos e processos; estratégia para educação e formação dos profissionais de saúde; diretrizes para promoção do uso racional dos produtos, entre outras. (BRASIL, 2012, p. 38)

A aprovação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS desencadeou o desenvolvimento de políticas, programas, ações e projetos em todas as instâncias governamentais, pela institucionalização dessas práticas no SUS. Vários foram os avanços com a PNPIC nestes cinco anos de existência da política nacional e, neste momento, entre os desafios para aplicação das estratégias e atividades e avaliação dos seus efeitos, têm-se a formação e qualificação de profissionais em número adequado para atuarem no SUS; a estruturação dos serviços na rede pública; o desenvolvimento/adequação de legislação específica para os serviços no SUS; e o investimento em Pesquisa & Desenvolvimento (P&D), para o desenvolvimento de processos e produtos e instituição de Centro Colaborador em MT nos moldes da OMS.

A PNPIC foi elaborada com o objetivo de oferecer à população serviços e produtos relacionados a fitoterapia, acupuntura, homeopatia e termalismo social no SUS, garantindo a integralidade na atenção à saúde por serviços que antes só eram acessíveis em práticas de cunho privado, abrangendo ações a serem implementadas no SUS e nos diversos órgãos da saúde relacionados, tais como Ministério da Saúde, secretarias de saúde municipais e estaduais, ANVISA e FIOCRUZ.

A PNPIC contempla diretrizes para plantas medicinais e fitoterapia no SUS, cuja proposta foi construída seguindo o modelo da fitoterapia ocidental, entendida como “terapêutica caracterizada pela utilização de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal”, cuja abordagem incentiva o desenvolvimento comunitário, a solidariedade e a participação social, em virtude da quase totalidade dos programas no País se basearem nesse modelo. Nesse sentido, visa a ampliar as opções terapêuticas aos usuários do SUS

com garantia de acesso aos produtos e serviços relacionados à fitoterapia, com segurança, eficácia e qualidade (BRASIL, 2006b).

Os objetivos dessa política são: incorporar e implementar as práticas integrativas no SUS, com ênfase na prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde; contribuir para aumentar a resolutividade do Sistema e ampliar o acesso às Práticas Integrativas e Complementares (PIC), garantindo segurança, eficácia e qualidade no uso; promover a racionalização das ações de saúde, estimulando alternativas inovadoras e socialmente contributivas ao desenvolvimento sustentável da comunidade; e estimular ações referentes ao controle/participação social.

Dentre as diretrizes estabelecidas na PNPIC estão a estruturação e o fortalecimento da atenção em PIC no SUS mediante incentivos à inserção em todos os níveis de atenção com ênfase na atenção básica; provimento do acesso a medicamentos homeopáticos e fitoterápicos na perspectiva da ampliação da produção pública, assegurando as especificidades da assistência farmacêutica nestes âmbitos na regulamentação sanitária; incentivo a pesquisa em PIC, avaliando eficácia, efetividade e segurança dos cuidados prestados; e a garantia do monitoramento da qualidade dos fitoterápicos pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS).

Na segunda diretriz citada, sobre provimento do acesso a medicamentos fitoterápicos, são ações a serem realizadas: a elaboração da Relação Nacional de Plantas Medicinais (RENAPLAN) e da Relação Nacional de Fitoterápicos (RENAFITO); promoção do uso racional de plantas medicinais e de fitoterápicos no SUS; cumprimento dos critérios de qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso; e cumprimento das boas práticas de manipulação conforme legislação vigente.

A PNPIC preconiza, para elaboração da RENAPLAN e RENAFITO, a realização de diagnóstico situacional das plantas e fitoterápicos usados em programas estaduais e municipais de saúde; a elaboração de critérios para inclusão e exclusão de plantas e fitoterápicos baseados nos conceitos de segurança e eficácia; o diagnóstico das

necessidades epidemiológicas da população brasileira; e a elaboração de monografias de plantas medicinais dessas espécies.

Os critérios elaborados para inserção de fitoterápicos na RENAFITO incluem: serem produzidos com plantas nativas ou exóticas adaptadas; terem registro na ANVISA; considerar os biomas brasileiros; não pertencerem a listas de plantas em extinção; serem de uso na atenção básica; e possuírem o maior número de evidências de segurança e eficácia.

Mas só em 3 de maio de 2006, onde o Ministério da Saúde aprovou, por meio da Portaria GM nº 971, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS, que contempla as diretrizes e ações para inserção de serviços e produtos relacionados à medicina tradicional chinesa/acupuntura, homeopatia e plantas medicinais e fitoterapia, assim como para observatórios de saúde do termalismo social e da medicina antroposófica, promovendo a institucionalização dessas práticas no Sistema Único de Saúde. Anteriormente pactuada na Comissão Intergestores Tripartite e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, em 15 de dezembro de 2005, após longo processo de construção e validação junto aos parceiros e à sociedade.

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares traz como objetivos:

- Incorporar e implementar as Práticas Integrativas e Complementares no SUS, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde;
- Contribuir para o aumento da resolubilidade do Sistema e ampliação do acesso às Práticas Integrativas e Complementares, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso;
- Promover a racionalização das ações de saúde, estimulando alternativas inovadoras e socialmente contributivas ao desenvolvimento sustentável de comunidades;

- Estimular as ações referentes ao controle/participação social, promovendo o envolvimento responsável e continuado dos usuários, gestores e trabalhadores, nas diferentes instâncias de efetivação das políticas de saúde (BRASIL, 2006b).

O campo da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, mais especificamente, abrange os sistemas médicos complexos¹ e recursos terapêuticos² que envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Outros pontos compartilhados pelas diversas abordagens abrangidas nesse campo são a visão ampliada do processo saúde–doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado (BRASIL, 2006b).

Sobre os avanços da PNPIC na institucionalização das Práticas Integrativas e Complementares na rede pública e como indutora de políticas e programas, cabe destacar a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e seu programa nacional. As plantas medicinais como instrumento de políticas, programas e projetos demandam ações intersetoriais que transcendem o setor saúde, perpassando pela agricultura, meio ambiente, desenvolvimento agrário, indústria, ciência e tecnologia, entre outras. Diante disso, durante as discussões para formulação das diretrizes para plantas medicinais e fitoterapia no SUS inseridas na PNPIC, percebeu-se a necessidade de construção de uma política nacional que contemplasse o desenvolvimento de toda a cadeia produtiva de plantas medicinais e fitoterápicos. Entre os muitos fatores que justificam a necessidade da criação de uma política na área de plantas medicinais e fitoterápicos, estão o potencial e as oportunidades que nosso país oferece para o

1

Compreende-se por sistemas médicos complexos as abordagens do campo das PICs que possuem teorias próprias sobre o processo saúde–doença, diagnóstico e terapêutica (LUZ, 2003).

2

Compreende-se por recursos terapêuticos aqueles instrumentos utilizados nos diferentes sistemas médicos complexos.

crescimento do setor, como rica biodiversidade e tecnologia para desenvolvimento de medicamentos da flora brasileira.

4.4. A Indústria Farmacêutica de Fitoterápicos no Brasil

A indústria farmacêutica, no Brasil, teve início na década de 1920, quando os primeiros laboratórios nacionais começaram a ser instalados, mas foi, sobretudo, a partir dos anos 1930 que a produção local começou, porém de forma reduzida. Limitava-se à manipulação de substâncias de origem animal e vegetal e era dependente de insumos advindo de outros países (Bastos, 2005).

Diante do cenário mundial, o setor farmacêutico brasileiro, desde o início do século XX até os anos 1930, esteve mais voltado para a produção de vacinas. Segundo Pinheiro (1999, p. 167), “até a década de 1930, o país apresentou somente um desenvolvimento industrial mais acentuado no que diz respeito ao combate de surtos epidêmicos”. Nos anos 1940 e 1950, período de vigência do Estado Nacional-Desenvolvimentista, começou a vinda das indústrias farmacêuticas transnacionais para o Brasil. Esse período favoreceu a entrada de capital estrangeiro no país, tornando a economia e a indústria vulneráveis em relação a essas empresas.

Durante a II Guerra Mundial, devido às restrições impostas à importação, já que os principais países exportadores de medicamentos estavam envolvidos no conflito, a indústria nacional intensificou a produção de medicamentos. Porém, a maior parte das matérias-primas e dos bens de capital utilizada era adquirida de empresas de outras nações, como dos Estados Unidos (PRADO, 2008).

Nesse período já existiam alguns importantes laboratórios de pesquisa, criados no século XIX, em sua maioria, que contribuíam com as empresas nacionais recentemente instaladas, efetuando pesquisas básicas e na área de biologia. Entre esses laboratórios podemos destacar: Instituto Bacteriológico (1892), Instituto Vacinogênico (1892), Instituto Butantã (1899), Instituto Soroterápico Federal de Manguinhos (1900) e Instituto Biológico (1927) (URIAS, 2009).

A partir de então as empresas nacionais fundamentaram-se sobre uma base frágil de conhecimento técnico e dependência externa, não acompanhando a evolução dos grandes laboratórios mundiais, que se destacavam por serem tornarem verticalmente integrados, intensivos em P&D e detentores de uma rede de distribuição global. Além disso, a suspensão da patente dos medicamentos em 1949 e, sobretudo, a dos processos farmacêuticos, em 1969, tornou inviável os investimentos em P&D no país (García et al., 2003).

Nas décadas de 1960 e 1970, cabe destacar o surgimento de novas propostas no sentido à questão da oferta de medicamentos pelo setor público brasileiro. Dentre elas, o plano de criação de uma empresa estatal – Farmoquímica Brasileira S.A. (Farmobrás S.A.) – que não foi implementada, a fundação da Central de Medicamentos (CEME) e a continuidade ao processo de criação de laboratórios oficiais, que datavam do início do século XX (BERMUDEZ, 1995).

Nos anos 1980, houve a promulgação da Constituição Federal, que preconizava a saúde como direito de todos e dever do Estado, e a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse contexto de acesso universal e igualitário à saúde e aos medicamentos, o setor farmacêutico brasileiro ainda se caracterizava pela continuidade da dependência face às indústrias farmacêuticas transnacionais, concentradas e oligopolizadas, onde não havia o interesse dessas indústrias em investimentos em P&D, mas em marketing.

Já na década de 1990, o setor continuou seguindo os moldes da indústria farmacêutica mundial, caracterizou-se por um alto grau de concentração, pela integração vertical e pelos processos de aquisições e fusões, com consequentes mudanças nos seus padrões de competição oligopólica. Todavia, cabe destacar nesse período que a indústria farmacêutica no Brasil optou por investir na produção de medicamentos genéricos (CAPANEMA; FILHO, 2010; ROSENBERG et al., 2010; HASENCLEVER et al., 2010).

Na década de 2000, a indústria farmacêutica mundial intensificou esse processo, e devido à expiração das patentes dos medicamentos, se concentrou no segmento dos genéricos, adquirindo empresas nos mercados emergentes, através dos processos de aquisições e fusões. O setor farmacêutico brasileiro continuou seguindo os moldes da indústria farmacêutica mundial e passou a investir na produção de medicamentos genéricos, fitoterápicos e no avanço dos biotecnológicos, com o apoio financeiro público do BNDES.

O mercado de medicamentos sempre teve uma participação significativa dos fitoterápicos. Apesar de não existirem dados oficiais atualizados, estima-se que, no Brasil, esse mercado gire em torno de US\$ 160 milhões por ano, sendo o fator de atração o ritmo de crescimento das vendas internamente, em torno de 15% anuais (CARVALHO, BINO, MACIEL, PERFEITO, 2008).

O mercado farmacêutico nacional é classificado como um dos mais promissores e atraentes para investimentos. Nos últimos dez anos, o Brasil encontra-se entre os dez maiores mercados farmacêuticos do mundo, ocupando, em 2013, a sexta posição. A perspectiva é que, para 2016, o país passasse a ocupar a quarta posição ficando atrás apenas dos EUA, China e Japão, de acordo com a IMS Health (FEBRAFAR, 2013).

O claro crescimento do mercado de plantas medicinais no Brasil é motivado por diversos fatores, dentre os quais, o aumento de consumo de produtos naturais, acessibilidade para os segmentos de baixa renda e eficácia no tratamento de enfermidades (ALVES, 2007; FOLHA DE SÃO PAULO, 2015). Segundo a Associação Brasileira das empresas do setor Fitoterápico, Suplemento Alimentar e Promoção de Saúde (ABIFISA), indústrias farmacêuticas investiriam pelo menos R\$ 332 milhões em pesquisa e desenvolvimento de medicamentos fitoterápicos até 2016 (FOLHA DE SÃO PAULO, 2015).

De acordo com a Associação Brasileira de Distribuição e Logística de Produtos Farmacêuticos (ABRADILAN), as vendas de medicamentos e não medicamentos tiveram alta de 11,8% de janeiro a novembro de 2018, totalizando R\$ 5,2 bilhões. Somente em

novembro de 2018 as vendas do setor totalizaram R\$ 467,7 milhões, um incremento de 10,5% na comparação anual. (FEBRAFAR, 2019).

Sobre as atividades de P&D, produção e circulação, as oportunidades são várias. Entre as oportunidades, muitos autores mencionam como característica decisiva para o investimento no desenvolvimento de novos medicamentos fitoterápicos o fato de que este seria muito menos custoso do que o desenvolvimento de um novo medicamento sintético. YUNES *et al.* (2001), elenca entre as vantagens dos medicamentos fitoterápicos, frente aos sintéticos, os menores custos de pesquisa” (Yunes *et al.*, 2001, p. 150). De acordo com BARATA (2005), o custo de desenvolvimento do primeiro medicamento ético, originado de uma planta brasileira, foi de cerca de US\$ 5 milhões (quando a literatura sobre o tema traz estimativas em torno de 500 milhões de dólares para o desenvolvimento de um novo medicamento sintético).

Ainda em relação aos menores custos de pesquisa e desenvolvimento, a biodiversidade brasileira poderia ser considerada uma vantagem potencial para o crescimento da indústria no país. Muitas das plantas nativas são utilizadas tradicionalmente pelas populações locais e poderiam servir de matérias primas para o estudo de novos possíveis medicamentos fitoterápicos. Entretanto, HEINZMANN e BARROS, (2007, p. 43) indicam que “apenas 8% das espécies vegetais da flora brasileira foram estudadas em busca de compostos bioativos e 1.100 espécies vegetais foram avaliadas em suas propriedades medicinais”, num universo que varia entre 350.000 e 550.000 espécies. Simões e SCHENCKEL (2002) chamam a atenção, nesse ponto, para a necessidade de promoção da interação entre indústrias e universidades para a identificação das plantas com potencial para o desenvolvimento de fitoterápicos, enquanto CALIXTO (2005) ressalta a sua importância para a realização dos testes de segurança, qualidade e eficácia.

O potencial nacional para o desenvolvimento de medicamentos fitoterápicos poderia ser maior, visto que o Brasil é o país mais rico do mundo em biodiversidade terrestre, pois abriga cerca de 20% das espécies animais, vegetais e de microrganismos do planeta (NOGUEIRA *et al.*, 2010). Estima-se que são mais de 100 mil espécies

animais, e cerca de 46 mil espécies de plantas conhecidas (LEWINSOHN & PRADO, 2005; FIORAVANTI, 2016).

De acordo com o Ministério do Meio Ambiente, os serviços ambientais que a biodiversidade brasileira proporciona – como base da indústria de biotecnologia e de atividades agrícolas, pecuárias, pesqueiras e florestais – são estimados em 33 trilhões de dólares anuais, o que representa quase o dobro do PIB mundial (Brasil, 2016c). Todavia, é importante frisar que os resultados de exercícios de valoração estão necessariamente vinculados ao objetivo e à metodologia empregada no estudo, e que a valoração não é neutra nem ao tipo da abordagem empregada e nem ao contexto histórico-institucional que cerca o recurso natural em causa (YOUNG & FAUSTO, 1997).

Sobre patentes, a Medida Provisória (MP) nº 2.186-16/2001 (Brasil, 2001b) foi editada com o propósito de regulamentar o acesso ao patrimônio genético da biodiversidade brasileira deferido na Convenção sobre a Diversidade Biológica – CDB, de 1992. Essa MP implicou no aumento da dificuldade para a realização de pesquisas científicas e tecnológicas, que envolvem o acesso aos recursos genéticos no território nacional, desde pesquisas básicas até aquelas de investigações com potencial de proteção intelectual, via sistema de patentes, e de finalmente chegar ao mercado. Consequentemente, aumentou a discussão sobre suas implicações nas pesquisas em andamento, realizadas em instituições de pesquisa científica do Brasil (MORALES, 2010; FIORAVANTI, 2011; BARRETO, 2012; PALMA & PALMA, 2012; FERREIRA & SAMPAIO, 2013; SACCARO JUNIOR, 2013b).

Dificuldades que são expostas de acordo com os depósitos de pedidos e aprovações de patentes de fitoterápicos publicados pelo Instituto Nacional da Propriedade Industrial (INPI), durante o período entre 1995 e 2017. Em uma pesquisa realizada nas bases de dados do site Espacenet, um site de referência internacional de consulta de patentes, e do INPI, constata-se que durante esse período houve 876 pedidos de patentes por brasileiros/as; onde 377 foram de inventores/as independentes, 147 de empresas e 257 de universidades. Verifica-se que 59,2% dos 876 pedidos de patente analisados encontram-se indeferidos ou arquivados, e apenas 12 patentes foram

concedidas, representando 1,3% do total depositado. Concluindo assim que os/as depositantes brasileiros/as não estão conseguindo transformar suas pesquisas sobre fitoterápicos em invenções protegidas pelo sistema de patentes (FRANÇA; VASCONCELLOS, 2018).

Além da Lei nº 9.279/96 - Propriedade Industrial (Brasil, 1996), que regula direitos e obrigações relativos à propriedade industrial em si, uma série de normas foram estabelecidas por outra lei, a Medida Provisória 2.186-16, originada após a MP 2052-4, que regulou as condições de coleta, acesso ao patrimônio genético brasileiro e ao conhecimento tradicional a ele associado no Brasil, no período de 30 de junho de 2000 até a edição da nova lei em 20 de maio de 2015. No âmbito das medidas provisórias citadas, criou-se o Conselho de Gestão do Patrimônio Genético (CGEN), com caráter deliberativo e normativo, que tinha entre suas competências e atribuições a coordenação da implementação de políticas para a gestão do patrimônio genético (BARRETO, 2012).

E segundo a MP nº 2186-16, cap. IX, art. 31, aponta que a concessão de direito de propriedade industrial pelos órgãos competentes, sobre processo ou produto obtido a partir de amostra de componente do patrimônio genético, fica condicionada à observância desta Medida Provisória, devendo o requerente informar a origem do material genético e do conhecimento tradicional associado, quando for o caso (BRASIL, 2001b).

Durante toda a vigência da MP 2.186-16/2001, a concessão de patentes de fitoterápicos desenvolvidos a partir de espécies nativas ficou condicionada à obtenção da autorização de acesso aos recursos genéticos, concedido pelo Conselho de Gestão do Patrimônio Genético (CGEN), quando envolvia tal acesso em território nacional a partir de 30 de junho de 2000. De acordo com os dados pesquisados, baseados no artigo em questão sobre as patentes de fitoterápicos no Brasil sobre os pedidos entre 1995 e 2017, mostra que até 2009 apenas 247 processos tiveram deliberações do CGEN.

De acordo com JUNGSMANN (2016), os dados mostram que em 2012 o CGEN concedeu autorizações de acesso e/ou acesso ao conhecimento tradicional associado para apenas 116 projetos de pesquisa. Isso mostra que os números não refletem o

volume de pesquisas que foram realizadas no país, pesquisas que envolvem o patrimônio genético nacional, principalmente as relacionadas à bioprospecção e ao desenvolvimento tecnológico (FIORAVANTI, 2011; BARRETO, 2012). Entre 2008 e 2012, tramitaram no CGEN 1.066 processos, mas, até 2015, foram concedidas pelo CGEN apenas 504 autorizações (JUNGMANN, 2016).

Com os avanços da genética e biologia molecular e o desenvolvimento de técnicas para modificações moleculares na estrutura de produtos naturais, abrem-se novas perspectivas no campo dos biofármacos e bioprodutos (Barreiro & Bolzani, 2009). Assim, com base na bioprospecção de sua grande biodiversidade, o Brasil pode aproveitar esta janela de oportunidade, para aumentar sua competitividade tecnológica na área (FRICKMANN & VASCONCELLOS, 2013).

4.5. A AMARFITSA e o CESAM

A fitoterapia consiste no uso interno ou externo das plantas, no manuseio de suas partes, na forma in natura ou de medicamento com finalidade terapêutica (BASTOS, 2010).

Etimologicamente, a palavra fitoterapia vem do grego *phytos*, que significa plantas, terapia, tratamento e cuidado. Consequentemente, fitoterapia é definida como o tratamento de doenças pelo uso de plantas como matéria-prima (CARVALHO, 2012).

Estudos relacionados ao uso de plantas para tratamento de doenças no homem demonstram que, desde 3000 a.C., os sumérios, na Mesopotâmia, detinham receitas e referentes a vários medicamentos de ervas registradas em tabuinhas de argila gravadas com estilete em escrita cuneiforme. Também existem relatos do uso de plantas medicinais em quase todas as civilizações. Os egípcios, por exemplo, usavam técnicas para embalsamar mortos desde 2300 a.C. (TOMAZZONE; NEGRELLE; CENTA, 2006).

As bases de utilização de ervas medicinais no Brasil encontram-se na cultura indígena. Os colonizadores portugueses logo perceberam a grande importância das ervas

usadas como medicamentos da flora local e acabaram fundindo os saberes trazidos da Europa ao conhecimento aborígene. Houve ainda uma valiosa contribuição vinda dos escravos trazidos da África, originando uma medicina rica e original (BRAGA, 2011).

Os medicamentos fitoterápicos são aqueles obtidos com emprego exclusivo de matérias-primas ativas vegetais. Como todos os medicamentos, os fitoterápicos são caracterizados pelo conhecimento da eficácia, dos riscos de seu uso, pela reprodutibilidade e constância de sua qualidade (OLIVEIRA; ROPKE, 2016).

As plantas medicinais sempre fizeram parte da história da humanidade e até hoje continuam sendo largamente utilizadas para os mais diversos fins, inclusive terapêuticos, no tratamento da saúde das pessoas e de seus familiares. No Brasil, a fitoterapia é uma prática sociocultural das comunidades populares e configura-se como uma forma eficaz e mais econômica de cuidar da saúde.

No estado de Pernambuco há uma associação que reúne vários centros de saúde, desenvolvendo trabalhos com remédios fitoterápicos, a Associação dos Manipuladores de Remédios Fitoterápicos Tradicionais Semiartesanal do estado de Pernambuco (AMARFITSA-PE). Que foi criada no ano de 2009 e se configura enquanto uma entidade jurídica de direito privado, sem fins lucrativos. A associação é composta por 4 centros de saúde. São eles: Centro de Saúde Alternativo de Muribeca (CESAM), em Jaboatão dos Guararapes; Centro de Educação e Formação em Medicina Popular (CEFOMP), na cidade de Paulista; Grupo de Saúde Condor e Cabo Gato (GSCCB), localizado no bairro de Peixinhos, Olinda; e o Centro de Práticas Naturais de Saúde de Camaragibe (CEPRANSC), no bairro da Vila da Fábrica.

A construção e consolidação da associação, da AMARFTISA, foi gestada depois da perda dos financiamentos que o Centro Nordestino de Medicina Popular (CNMP) obtinha, no ano de 2009, que os auxiliava no que concerne ao acompanhamento técnico de uma farmacêutica para a formação quanto aos processos de manipulação dos fitoterápicos. Os 4 centros então se organizaram e formalizaram a associação para que pudessem seguir financiando o acompanhamento técnico.

Atualmente a AMARFITSA tem como sua principal referência o CESAM, que desenvolve diversos produtos, como sabonetes, tinturas, pomadas, multi-misturas e xaropes que são comercializados na feira agroecológica da UFPE, em frente o Centro de Ciências Sociais Aplicadas (CCSA), nas quartas-feiras. A relação que o CESAM mantém com o público é de alta assiduidade, representado por sua maioria mulheres, tendo um percentual de 44%, onde 17% são pessoas idosas e 65,8% são mulheres (ABREU, 2014).

No Brasil, a fitoterapia é uma prática sociocultural das comunidades populares e configura-se como uma forma eficaz e mais econômica de cuidar da saúde e isso traz à tona as mudanças sociopolíticas que acontecem na sociedade global atual, tendo influência direta numa maior atenção à saúde pública, refletindo nos modelos de cuidados com recursos terapêuticos naturais que anteriormente ficavam à margem das instituições públicas de saúde e que vêm ganhando espaço e tentando se legitimar dentro desses espaços dominados pelas práticas alopáticas. Portanto, o que se tem observado nas últimas décadas é um acentuado aumento nas pesquisas de caráter interdisciplinar que buscam a documentação do conhecimento relativo aos “povos tradicionais”, onde suas interações ecológicas, simbólicas e culturais com as plantas representam um aparente retorno à revalorização dos processos de cura com espécies medicinais.

O CESAM se destaca, na AMARFITSA, em relação aos outros centros, pois tem uma produção estável desde a sua horta, que é localizada no quintal das dependências do centro, até à produção dos remédios propriamente dita. Pois há um controle na produção e na comercialização dos produtos de acordo com a sazonalidade, em relação as épocas chuvosas e de estiagem, o que influencia diretamente na produção dos remédios, fazendo com que o centro tenha uma estabilidade na questão do balanço financeiro.

5. METODOLOGIA

A metodologia utilizada neste trabalho foi a de revisão bibliográfica para o levantamento de dados referentes ao histórico das políticas públicas voltadas para a saúde e como elas foram sendo formuladas e modificadas, no Brasil, levando em conta,

também, o cenário internacional. De informações coletadas através do INPI e do Espacenet, para a demonstração de dados da quantidade de produção científica e o número delas que são aprovadas e seguem para desenvolvimento no país. A relação do Estado e à Indústria Farmacêutica no que se refere à compra dos medicamentos é demonstrado em altos valores de comercialização de acordo com três instituições nacionais, ABRADILAN, ABIFISA, FEBRAFAR tendo crescimento de 10,5% em vendas no setor farmacêutico. Sobre a atuação do Centro de Saúde Alternativa de Muribeca, os dados recolhidos são referentes ao que está na literatura e uma pesquisa de campo realizada desde o ano de 2014 e sendo atualizada até a presente apresentação dos dados nesse trabalho.

6. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Quando se trata de comparar as produções de remédios à base de plantas medicinais entre o que é regulamentado pelo Ministério da Saúde, através Lista de Produtos Tradicionais Fitoterápicos de Registro Simplificado (IN nº02/2014), e o que é produzido e comercializado pelo CESAM, é notório a disparidade do CESAM nesse quesito.

Se tratando de produção, o CESAM apresenta 34 variedades de plantas medicinais, enquanto a lista do registro simplificado, documento do Ministério da Saúde, apresenta um total de 14. Em relação aos subprodutos, o CESAM tem uma produção de 8 (chás, garrafada, substâncias maceradas, pomadas, sabonetes, tinturas, xampu e xaropes) subprodutos oriundos do beneficiamento das plantas; enquanto a lista da Normativa contém 6 (chás, solução aquosa, substâncias maceradas, óleos essenciais, tinturas, xaropes).

A variedade que é produzida no CESAM é um reflexo do que acontece de modo geral com o desenvolvimento das políticas públicas voltadas para a saúde no país. Vive-se um paradoxo da abundância na área de saúde, onde o conhecimento da ciência e tecnologia são enormes e cada vez mais velozes, oferecendo inúmeras possibilidades tecnológicas de tratar todas as formas de doenças. Mas o que acontece é que todos

esses conhecimentos e tecnologias não vêm sendo utilizados para melhorar o acesso das populações aos medicamentos.

A nível nacional, o RENAME 2017 não passou por nenhuma atualização qualitativa referente à inclusão de mais medicamentos fitoterápicos em sua lista, desde sua criação. Quando se trata da questão estadual, os últimos dois planos estaduais de saúde também não atendem às demandas propostas pelo PNPMF, de 2006, principalmente à portaria estadual³ nº 866, de 20 de abril de 2010, que é a de implementação de farmácias vivas, compreendendo todo o processo desde o cultivo, coleta, processamento e armazenamento. Passando também pela manipulação e preparações de oficinas de plantas medicinais e fitoterápicos.

No plano estadual de saúde de 2012 a 2015, a único ponto que remete à implantação da política de plantas medicinais e fitoterápicos é referente à publicização da relação de plantas medicinais e fitoterápicas através de uma cartilha para melhor conhecimento da população. No plano estadual 2016 a 2019 o objetivo estratégico é o da implantação da política de plantas medicinais e publicização da relação de plantas medicinais e fitoterápicas à população, como uma das diretrizes para o fortalecimento da política de assistência farmacêutica no Estado de Pernambuco. Há ainda outras duas metas traçadas, como a realização de duas oficinas que subsidiarão a formulação da política para o setor; bem como da realização de dois seminários para divulgação e promoção da Política de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.

Estadualmente o avanço das políticas públicas voltadas à saúde contém alguns pontos de recomendações do último Plano de Saúde Estadual⁴ (PES 2016-2019) que apontam para melhorias no setor a partir da sua implementação. São oito pontos que se destacam, pois eles confluem no sentido da fitoterapia. São os pontos 274, 275, 276, 277, 278, 280, 282 e 293. São pontos que trazem na sua essência as diretrizes da PNPMF

3

<http://www.farmacia.pe.gov.br/sites/farmacia.saude.pe.gov.br/files/farmacia_viva20_-_portaria_n_886_de_20_de_abril_de_2010_0.pdf> Acessado em 06 mai. 2019.

4

<https://www.conass.org.br/pdf/planos-estaduais-de-saude/PE_PES-2016-2019-FINAL_23_12_2016-1.pdf> Acessado em 06 mai. 2019.

para aplicação no que concerne às questões de incentivo à pesquisa científica na atenção básica no âmbito regional; redução da terceirização nas áreas de pesquisa em saúde, o incentivo aos estudos e pesquisas para produção de conhecimentos sobre o uso, eficácia e a segurança das práticas integrativas e complementares; disponibilizar apoio às pesquisas nas universidades estaduais relativas às produções de inovações no âmbito da saúde; produção do conhecimento do campo popular, com reconhecimento às práticas populares de cuidado, práticas tradicionais dos povos originários, por serem humanizadoras, integradas e respeitadas com a biodiversidade do planeta garantindo investimento público; desenvolvimento de pesquisas de novos medicamentos na rede pública; fortalecer parcerias com os Centros Educacionais que contemplem em seu programa políticas que sejam aplicadas em saúde pública, com incorporação da discussão da política de ciência, tecnologia, e inovação e aperfeiçoamento dos Programas de Residência em Saúde; efetivar parcerias com centros de pesquisa para o desenvolvimento de insumos, tecnologia, medicamentos fitoterápicos voltados para a promoção, diagnóstico, tratamento e recuperação.

Há ainda alguns pontos nas recomendações da 8ª conferência estadual de saúde 2016-2019 que vão na contramão do desenvolvimento e fortalecimento das políticas públicas para a saúde no estado de Pernambuco, tendo como destaque os pontos 246, 247 e 286. São pontos que propõem parcerias intersetoriais tanto nos setores públicos como privados de forma a garantir a população informada das políticas de saúde existentes e ofertadas; promover ações que fortaleçam e garantam o direito à informação em saúde para a população através de equipamentos sociais (associações, escolas, igrejas, ONG's, dentre outros) e para os grupos de educação popular em saúde garantindo estrutura física e financiamento específico para o desenvolvimento de ações relativas à comunicação em saúde; articulação com empresas privadas visando aumentar o capital para investimentos em pesquisas.

Se por um lado as recomendações da 8ª Conferência Estadual de Saúde apontam sua adesão à plataforma da PNPMF e assim desenvolver um plano estadual que contemple a partir de pesquisas científicas fortalecendo as universidades estaduais para uma valorização dos conhecimentos tradicionais e populares, desenvolvendo assim o

setor tecnológico da produção de medicamentos produzidos à base de plantas medicinais no estado, levando em conta as culturas encontradas no estado de Pernambuco, abrindo um leque de opções para outras formas de tratamentos terapêuticos, implantando-as, também, através das Residências em Saúde; o mesmo documento traz de uma forma perversa, onde outros pontos se chocam diretamente com tais diretrizes. Traz recomendações que atrelam o desenvolvimento da saúde ao setor privado por meio de parcerias para aumentar o capital em investimentos e assim desenvolver trabalhos científicos que fortaleçam as práticas tradicionais e populares.

O desenvolvimento de produção de conhecimento no país na área de saúde e desenvolvimento biotecnológico é bem defasado, principalmente quando se trata sobre concessão de patentes. Os dados são contundentes em relação ao número de pesquisa e desenvolvimento científico. Em 22 anos, de 1995 a 2017, o país teve o total de 876 pedidos de concessões de patentes, onde as universidades públicas federais tiveram o total de 257 solicitações para concessão de patentes, o que representa um percentual de 29,34% do total nesse universo. E dentro desse total de solitações, apenas o percentual de 1,3%, representando 12 concessões, obteve concessões.

A partir de 2015 houve uma abertura no que diz respeito ao acesso ao Patrimônio Genético e aos Conhecimentos Tradicionais Associados. A partir dessa nova lei, as pesquisas referentes à essa temática, assim como o desenvolvimento de produtos com nossa biodiversidade não necessitam de autorização prévia para o seu desenvolvimento. Agora será preciso apenas um registro das atividades de acesso em um cadastro eletrônico, chamado Sistema Nacional de Gestão do Patrimônio Genético (SISGen).

Mas a relação entre pesquisa e desenvolvimento, Estado e indústria farmacêutica, é algo que enfrenta muitos obstáculos burocráticos e políticos para serem superados. Há uma relação muito desproporcional entre o número de pesquisas realizadas e o número de reconhecimento de patentes, onde a maior parte são desenvolvidas pelas universidades públicas, o que impacta diretamente, de forma negativa, na autonomia do desenvolvimento biotecnológico do país, tornando o país refém das grandes multinacionais farmacêuticas que detém o monopólio destas patentes. Pois o prazo de

validade de uma patente dura, baseada na Lei 9.279/96, 20 anos e os medicamentos só podem ser comprados das empresas detentoras das patentes, mesmo havendo versões genéricas comercializadas a preços baixos no mercado internacional. Em alguns casos, as empresas obtêm novas patentes sobre o mesmo produto, depois de passados os 20 anos.

A lei formulada em 1996, tinha o intuito de que o país se adaptasse ao Acordo sobre Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionado ao Comércio (Acordo Trips), onde, até então, o Brasil não concedia patentes para produtos de saúde. Para tentar minimizar os efeitos dessa lei, a OMS estabeleceu que os países-membros adotassem medidas de proteção à saúde pública por meio da flexibilização das legislações de patentes. Com esse intuito, o projeto de lei de nº 5402/13, foi submetido ao Congresso Nacional, mas não houve nenhum avanço e depois de dois anos a proposta foi arquivada em 2015. Após quatro anos arquivada, o projeto foi desarquivado, mas foi indeferido.

Fazendo um paralelo da AMARFITSA e a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, tendo essa última criada em meados de 2006, é notório que a PNPMF ainda não consegue atingir a população de forma ampla, para que esta acesse esta forma terapêutica. O trabalho desenvolvido pela AMARFITSA chama a fortalecer o que já existe dentro da PNPMF, visto que a associação vem desenvolvendo esta prática há mais de 20 anos, enquanto CESAM, e há 10 anos enquanto associação, com as Farmácias Vivas, produção dos Fitoterápicos Tradicionais e a comercialização.

O CESAM foi fundado no ano de 1997 com o intuito de diminuir os gastos no orçamento familiar com um dos itens mais caros à época, os remédios alopáticos e a partir dessa necessidade vem desenvolvendo atividades de produção de medicamentos caseiros como sabonetes, xampus, pomadas, tinturas e xaropes. Ao longo do tempo o CESAM ganhou mais espaço e credibilidade com participações em congressos, seminários e encontros sobre saúde e utilização de plantas medicinais, promovendo e participando de palestras dentro e fora do município da Jaboatão. Em 2005 o CESAM, a convite de um professor universitário de Brasília, participou do evento Organizações Sociais de Agricultores Urbanos, na Holanda. Já em 2007 o trabalho com plantas

medicinais e experiência com medicamentos fitoterápicos resultaram em um trabalho de pesquisa de pós-graduação na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

Atualmente o centro não recebe apoio ou incentivo externo, possui sede própria com um quintal produtivo de aproximadamente 300 metros quadrados onde abriga uma farmácia viva e um laboratório para beneficiamento e manipulação de fitoterápicos.

A AMARFITSA foi organizada enquanto associação com a finalidade de estreitar e fortalecer os laços entre os grupos atuantes da Região Metropolitana de Recife e de ser uma organização que pudesse subsidiar a assistência farmacêutica, que funciona como inspeção, dando respaldo aos centros, para a continuidade de suas atividades, principalmente da produção dos produtos fitoterápicos que eles comercializam. Esse ano a AMARFITSA completa seus, 10 anos, de trabalho no desenvolvimento de atividades na contribuição de produção e fortalecimento dos conhecimentos tradicionais e populares, fazendo com que a população das comunidades onde os centros funcionem ou a AMARFITSA desenvolva alguma atividade tenham a experiência de que é possível uma outra forma na condução da saúde pública e de tratamento terapêutico.

1. TABELA 01. LISTA DE PRODUTOS TRADICIONAIS FITOTERÁPICOS DE REGISTRO SIMPLICADO (IN nº02/2014).

Nome popular	Nomenclatura botânica	Parte usada	Derivado vegetal	Alegação de uso	Restrição de uso
Alcaçuz	<i>Glycyrrhiza glabra L.</i>	Raízes	Extratos	Expectorante.	Venda sem prescrição médica. Não utilizar continuamente por mais de seis semanas sem acompanhamento médico.
Arnica	<i>Arnica montana L.</i>	Capítulo Floral	Extratos	Equimoses, hematomas e contusões.	Venda sem prescrição médica. Não usar em

					ferimentos abertos.
Boldo, Boldo-do-Chile	<i>Peumus boldus Molina</i>	Folhas	Extratos	Colagogo, colerético, dispepsias funcionais e distúrbios gastrointestinais espásticos.	Venda sem prescrição médica.
Calêndula	<i>Calendula officinalis L.</i>	Flores	Extratos	Cicatrizante, antiinflamatório.	Venda sem prescrição médica.
Camomila	<i>Matricaria recutita L.</i>	Capítulos florais	Extratos/ tintura	Uso oral: antiespasmódico intestinal, dispepsias funcionais. Uso tópico: antiinflamatório.	Venda sem prescrição médica.
Confrei	<i>Symphytum officinale L.</i>	Raízes	Extrato	Cicatrizante, equimoses, hematomas e contusões.	Venda sem prescrição médica. contusões. Utilizar por no máximo 4 a 6 semanas/ano. Não utilizar em lesões abertas.
Espinheira-santa	<i>Maytenus ilicifolia Mart. ex Reiss., M. aquifolium Mart.</i>	Folhas	Extratos	Dispepsias, coadjuvante no tratamento de gastrite e úlcera gastroduodenal.	Venda sem prescrição médica.
Eucalipto	<i>Eucalyptus globulus Labill.</i>	Folhas	Óleo essencial/ extratos	Antisséptico das vias aéreas superiores e expectorante.	Venda sem prescrição médica.
Garra do diabo	<i>Harpagophytum procumbens DC. ex Meissn. e H.</i>	Raízes secundárias	Extrato aquoso ou hidroetanólico (30% a 60%)	Alívio de dores articulares moderadas e dor lombar baixa aguda.	Venda sem prescrição médica.

	<i>zeyheri</i> <i>Decne</i>				
Guaco	<i>Mikania glomerata</i> Spreng., <i>M. laevigata</i> Sch. Bip. ex Baker	Folhas	Extratos	Expectorante e broncodilatador.	Venda sem prescrição médica.
Hamamelis	<i>Hamamelis virginiana</i> L.	Folhas	Extratos	Uso interno: alívio sintomático de prurido e ardor associado a hemorróidas. Uso tópico: hemorróidas externas e equimoses.	Venda sem prescrição médica.
Maracujá, Passiflora	<i>Passiflora edulis</i> Sims	Partes aéreas	Extratos	Ansiolítico leve.	Venda sem prescrição médica.
Melissa, Erva-cidreira	<i>Melissa officinalis</i> L.	Folhas	Extratos	Carminativo, antiespasmódico e ansiolítico leve.	Venda sem prescrição médica.
Milk thistle, Cardo mariano	<i>Silybum marianum</i> (L.) Gaertn.	Frutos sem papilho	Extratos	Hepatoprotetores	Venda sem prescrição médica.
Sabugueiro	<i>Sambucus nigra</i> L.	Flores	Extratos	Mucolítico/expectorante, tratamento sintomático de gripe e resfriado.	Venda sem prescrição médica.
Unha de gato	<i>Uncaria tomentosa</i> (Willd. ex Roem. & Schult.) DC	Casca do caule e raiz	Extrato	Antiinflamatório.	Venda sem prescrição médica. Não utilizar em gestantes, lactantes e lactentes.

2. TABELA 02. LISTA DE FITOTERÁPICOS TRADICIONAIS PRODUZIDOS E COMERCIALIZADOS À BASE DE PLANTAS MEDICINAIS DO CESAM.

Nome popular	Nomenclatura botânica	Parte usada	Derivado vegetal	Alegações de uso
Alcachofra	<i>Cynara cardunculus</i>	Folhas	Tintura	Problemas no fígado
Alecrim Pimenta	<i>Costus spicatus</i>	Folhas	Extratos/Tintura	Resfriado, sinusite, descongestionante
Alfavaca	<i>Ocimum basilicum</i>	Folhas	Aromatizante, conservante	
Angico	<i>Anadenanthera macrocarpa</i>	Cascas	Xarope	Tosse, gripe, expectorante
Arnica	<i>Arnica sp.</i>	Flores	Extratos / Tintura	Torções, pancadas, dores nas articulações
Aroeira	<i>Schinus terebinthifolius</i>	Cascas	Sabonete	Cicatrizante
Arruda	<i>Ruta graveolens</i>	Folhas	Xampu	Combate caspa e piolhos
Artemisia	<i>Artemisia sp.</i>	Folhas	Tintura	Combater cólica menstrual
Atipim	<i>Petiveria tetrandra</i>	Raiz e folhas	Pomadas / Tintura	Enxaqueca e dores nas articulações
Babosa	<i>Aloe vera</i>	Folhas	Xampu	Combate queda de cabelo
Boldinho	<i>Plectranthus barbatus</i>	Folhas	Orienta a fazer chá com as folhas	Dores de barriga, vesícula, cólicas, dores no fígado
Cana-de-macaco	<i>Costus spicatus</i>	Folhas	Indica para Chá	Infecção urinária, problemas renais
Capim Citronela	<i>Cymbopogon nardus</i>	Folhas	Tintura	Repelente contra mosquitos
Capim santo	<i>Cymbopogon citratus</i>	Folhas	Chá	Pressão alta, calmante, diarreia
Chambá	<i>Justicia pectoralis</i>	Folhas	Xarope	Broncodilatador
Confrei	<i>Symphytum officinale</i>	Folhas	Pomada / Tintura	Cicatrizante
Corama branco	<i>Bryophyllum pinnata</i>	Folhas	Xarope	Gastrite
Crista de galo	<i>Celosia cristata</i>	Folhas	Chá	Hemorragia interna
Elixir parególico	<i>Piper callosum</i>	Folhas	Tintura	Cólicas, gases, dores no fígado

Eparema	<i>Cimicifuga racemosa</i>	Folhas	Tintura	Dores no fígado
Erva mora	<i>Solanum nigrum</i>	Folhas	Chá / Garrafada	Antiinflamatório, problemas ginecológicos
Erva santa	<i>Dysphania ambrosioides</i>	Folhas	Pomada	Nódulos nos seios
Espinho de cigano	<i>Acanthospermum hispidum</i>	Raiz	Xarope	Expectorante e broncodilatador
Gengibre	<i>Zingiber officinale</i>	Raiz		Inflamação na garganta
Gevrão	<i>Stachytarpheta cayennensis</i>	Folhas	Chá	Febre, gases
Hortelã graúda	<i>Plectranthus barbatus</i>	Folhas	Xarope	Expectorante, tosse
Hortelã miúda	<i>Plectranthus ornatus</i>	Folhas	Xarope	Verminose
Jurubeba	<i>Solanum paniculatum</i>	Cascas	Garrafada	Gordura no fígado, limpar o sangue
Mastruz	<i>Dysphania ambrosioides</i>	Folhas	Extrato (maceração)	Pancadas, torções
Melão de São Caetano	<i>Momordica charantia</i>	Flores	Sabonete / Pomada	Escabiose, rachadura nos pés, varizes e hemorroidas
Mentrasto	<i>Ageratum conyzoides</i>	Folhas	Pomada	Artrite, artrose
Mulungu	<i>Erythrina verna</i>	Cascas	Tintura	Calmante, insônia
Pega pinto	<i>Boerhavia diffusa</i> var. <i>hirsuta</i>	Folhas e caule	Garrafada	Infecção urinária
Transagem	<i>Plantago major</i>	Folhas	Tintura	Inflamação na garganta

A tabela apresentada faz uma comparação do quanto que é preciso avançar nas pesquisas dos medicamentos fitoterápicos regulamentados pelo Ministério da Saúde e o que é produzido pelos centros alternativos de saúde, como é o caso do CESAM. A grande variedade de produtos obtidos através do beneficiamento das plantas medicinais que o CESAM produz é a afirmação dos conhecimentos tradicionais e populares, mostrando que as condições de ter outras formas de tratamentos terapêuticos são totalmente viáveis.

7. CONCLUSÃO

A relação de desenvolvimento de pesquisas direcionadas ao fortalecimento de políticas públicas para a saúde, o fortalecimento dos conhecimentos tradicionais e populares sobre as plantas medicinais e a implementação de outras formas de tratamentos terapêuticos na sociedade brasileira foram sendo construídas ao longo do tempo, de acordo com a conjuntura política nacional e internacional, a depender do planejamento que o capitalismo internacional traçava e traça para o nosso país, de qual é a sua localização na divisão internacional do trabalho e também de como os governos nacionais tinham, e têm, conseguindo barganhar tais concessões.

Cabe ressaltar o papel dos governos citados que durante todo esse período histórico que é trazido no presente documento, que de uma forma ou outra serviram, e continuam servindo, como barreira para freiar as diversas formas o avanço das políticas públicas para a saúde, se colocando a serviço de grandes empresas do setor privado em detrimento do setor nacional, para que pudesse responder de forma qualitativa e quantitativa na produção do conhecimento, concessão de patentes, barateamento dos preços dos medicamentos, tornando-os mais acessíveis à população.

A grande dificuldade não está na formulação das diretrizes, como atestam todos os dados trazidos, pois há órgãos internacionais que trabalham nesse sentido e setores organizados da sociedade civil brasileira que desenvolvem pesquisas e trabalhos com esse viés. O problema está de fato na demora em sua aplicação através das instâncias políticas do país, principalmente o Congresso Nacional. Pois desde a Conferência Internacional sobre Atenção Primária em 1978, onde o país foi forçado, mais uma vez, por conta da sua localização na divisão internacional do trabalho, a adotar medidas que viessem a baratear os custos de medicamentos para um conjunto da classe trabalhadora brasileira para maquiar a não industrialização nacional até os dias de hoje.

A produção de conhecimento no país é enorme, mas continua esbarrando na burocracia da concessão de patentes. As pesquisas desenvolvidas nas universidades públicas cumprem um papel fundamental na produção de conhecimento do país, principalmente quando se trata do resgate de práticas tradicionais e populares de saúde.

Reforçando tais práticas que vão na contramão do que a indústria farmacêutica, num modelo único e oneroso de saúde, que retira toda a autonomia popular na saúde.

A partir das recomendações internacionais sobre a atenção primária, o Brasil levou 27 anos (1979-2006), um processo muito longo que envolveu diversos órgãos nacionais e internacionais para que pudesse ter uma formulação e aprovação de políticas públicas sobre plantas medicinais. Um grande passo foi dado a partir de 2006, com a aprovação do PNPMF, mas estagnou, não se tem quase nenhum avanço qualitativo e quantitativo na incorporação de novos medicamentos à base de plantas medicinais no RENAME.

Dentro desta perspectiva, O CESAM e a AMARFITSA vêm desenvolvendo trabalhos, há mais de 10 anos, muito importantes quando se trata do resgate e fortalecimento dos conhecimentos tradicionais e populares. São atividades que se encaixam dentro do contexto da PNPMF, quando se trata do viés de pesquisa e desenvolvimento medicamentos a partir dos princípios ativos, bem como na sua comercialização. Grande parte dos medicamentos são produzidos a partir de plantas nativas, constatando que a fitoterapia é um modo racional e viável de tratamento terapêutico, que pode e deve ser acessível à população brasileira, trazendo uma qualidade superior tanto econômica, quanto nos seus princípios ativos e diminuição de seus efeitos colaterais, na atenção à saúde primária.

Dessa forma fica nítido que o maior empecilho para um desenvolvimento amplo e democrático, que atenda às necessidades da população brasileira de modo racional e que vise o bem-estar da nossa população é a relação perversa que o Estado brasileiro e seus agentes, dos mais variados matizes, perpetuando junto às multinacionais do ramo farmacêutico uma lógica que visa a manutenção mínima da população para continuar gerando mais riqueza através da exploração econômica e científica.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, da organização e funcionamento dos

serviços correspondentes e dá outras providências (Lei Orgânica da Saúde). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1990.

ABREU, F. Avaliação do consumo de remédios produzidos à base de plantas medicinais pelo Centro de Saúde Alternativa de Muribeca (CESAM). Revista Infarma, Ilhéus, v. 27, suplemento I, p. 212, Outubro 2014.

BARATA, Lauro E. S.. Empirismo e ciência: fonte de novos fitomedicamentos. Ciência e Cultura, São Paulo, v. 57, n. 4, Dec. 2005. Disponível em: <http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S000967252005000400002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 jan. 2019.

BARREIRO, E.J.; BOLZANI, V. da S. Biodiversidade: fonte potencial para a descoberta de fármacos. Química Nova, v.32, p.679-688, 2009. DOI: 10.1590/S0100-40422009000300012.

BARRETO, D.W. Patrimônio genético brasileiro: protegê-lo ou aproveitá-lo comercialmente? Journal of the Brazilian Chemical Society, v.23, p.191-193, 2012. DOI: 10.1590/S0103-50532012000200001.

Bastos R.A.A., Lopes AMC. A Fitoterapia na Rede Básica de Saúde: o Olhar da Enfermagem. Rev Bras Ciênc Saúde. 2010;14(2):21-8.

BASTOS, V.D. Inovação farmacêutica: padrão setorial e perspectivas para o caso brasileiro. BNDES SETORIAL. Rio de Janeiro, n. 22, p.271-296, set. 2005.

BERMUDEZ, J.A.Z. Indústria Farmacêutica, Estado e Sociedade. São Paulo: Hucitec, 1995.

BRAGA, C. M. Histórico da utilização de plantas medicinais. Trabalho de Conclusão de Curso (Licenciado em Biologia do Consórcio Setentrional de Educação à Distância) – Universidade de Brasília, Brasília, 2011. 24 f. Disponível em: <http://bdm.unb.br/bitstream/10483/1856/1/2011_CarladeMoraisBraga.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2019.

BRAGA, José Carlos e PAULA, Sérgio Goes (1981). Saúde e previdência: estudos de política social. São Paulo, Ed. Cebes e Hucitec.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. 6 ed. Ver. atual. e ampl. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2004.

BRASIL. Medida Provisória no 2.186-16, de 23 de agosto de 2001. Regulamenta o inciso II do § 1º e o § 4º do art. 225 da Constituição, os arts. 1º, 8º, alínea “j”, 10, alínea “c”, 15 e 16, alíneas 3 e 4 da Convenção sobre Diversidade Biológica, dispõe sobre o acesso ao patrimônio genético, a proteção e o acesso ao conhecimento tradicional associado, a repartição de benefícios e o acesso à tecnologia e transferência de tecnologia para sua conservação e utilização, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 24 ago. 2001b. Seção 1, p.11.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 156 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica ; n. 31).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. Política e Programa Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 190 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. Política Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. 60p. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, PNPIC, SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 92p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério do Meio Ambiente. Biodiversidade Brasileira. 2016c. Disponível em: <<http://www.mma.gov.br/biodiversidade/biodiversidade-brasileira>>. Acesso em: 19 nov. 2019.

BRAVO, Maria I. S.. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete.[et al.] (orgs).

CALIXTO, João B. Twenty-five years of research on medicinal plants in Latin America: a personal view. *Journal of Ethnopharmacology*, v. 100, n. 1-2, ago 2005. Disponível em: <<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0378874105003612>>. Acesso em: 19 jan. 2019.

CAPANEMA, L.X.L.; FILHO, P.L.P. A indústria farmacêutica nacional: desafios rumos à inserção global. In: ALÉM, A.C.; GIAMBIAGI, F. (Orgs.). *O BNDES em um Brasil em transição*. Rio de Janeiro: BNDES, 2010. p. 307 -318. Disponível em:< <http://www.bndes.gov.br>>. Acesso em: 19 jan. 2019.

CARVALHO, A.C.B; BINO, E.E; MACIEL, A; PERFEITO, J.P.S. Situação do Registro de Medicamentos Fitoterápicos no Brasil. Paraíba, Brasil. *Revista Brasileira de Farmacognosia*. Curitiba/ PR, v.18, n. 2, p. 314-319. 2008.

CARVALHO, D. K.; PEREIRA, A. G. Experiencia de uma pratica acadêmica para criação de um horto de plantas medicinais na universidade do sul de Santa Catarina.2012.12 f. Disponível em: <<http://co.unicaen.com.br:89/periodicos/index.php/UNICA/article/view/56/50>>. Acesso em: 19 jan. 2019.

CHALHOUB, Sidney (1996). Cidade febril: cortiços e epidemias na corte imperial. São Paulo: Companhia das Letras.

FEBRAFAR. FEBRAFAR fala sobre fitomedicamentos no guia das farmácias. Federação Brasileira das Redes Associativas e Independentes de Farmácias. Disponível em: <<https://www.febrafar.com.br/febrafar-fitomedicamentos-farmacias/>>. Acesso em 19 jan. 2019.

FEBRAFAR. Setor farmacêutico deve fechar o ano de 2013 com alta de dois dígitos e mantém otimismo para 2014. Federação Brasileira das Redes Associativas e Independentes de Farmácias. Disponível em: <<https://www.febrafar.com.br/setor-farmacaceutico-deve-fechar-o-ano-de-2013-com-alta-de-dois-digitos-e-mantem-otimismo-para-2014/>>. Acesso em: 19 jan. 2019.

FERREIRA, S.N.; SAMPAIO, M.J.A.M. (Org.). Biodiversidade e conhecimentos tradicionais associados: implementação da legislação de acesso e repartição de benefícios no Brasil. Brasília, DF: SBPC, 2013. 355p.

FIORAVANTI, C. A maior diversidade de plantas do mundo. 2016. Disponível em: <http://revistapesquisa.fapesp.br/wp-content/uploads/2016/03/042047_Botanica_241.pdf9f9cc2>. Acesso em: 19 jan. 2019.

FIORAVANTI, C.H. Laws hinder drug development inspired by Amazonian biodiversity. Nature Medicine, v.17, p.1170, 2011.

FRANÇA, de E.; Vasconcellos, A. G. Patentes de Fitoterápicos no Brasil: Uma análise do andamento dos pedidos no período de 1995-2017. Cadernos de Ciência & Tecnologia, Brasília, v. 35, n. 3, p. 329-359, set./dez. 2018.

FRICKMANN, F. dos S. e S.; VASCONCELLOS, A.G. Awakening the biodiversity potential through ST&I investments in the sector of Amazonian biotechnology. Journal of Technology Management & Innovation, v.8, p.239-250, 2013. Disponível no link: <<http://www.jotmi.org/index.php/GT/article/view/1216>>. Acesso em: 19 jan. 2019.

GARCÍA, J.; BERMUDO, V.; COURA, B. Opções estratégicas para a indústria farmacêutica brasileira, após a Lei de Patentes e Genéricos. VI SEMEAD – Ensaio de Administração Geral – FEA / USP. São Paulo, 25 e 26 de março de 2003.

HEINZMANN, Berta M.; BARROS, Francisco M. C. de. Potencial das plantas nativas brasileiras para o desenvolvimento de fitomedicamentos tendo como exemplo LIPPIA ALBA (mill.) N. E. BROWN (verbenaceae). Saúde, Santa Maria, vol 33, n 1, 2007 Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/revistasauade/article/view/6463/3931>> Acesso em: 19 jan. 2019.

JUNGMANN, D. O novo marco legal da lei de acesso à biodiversidade. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DA PROPRIEDADE INTELECTUAL, 36., 2016, São Paulo. [Palestras]. Rio de Janeiro: São Paulo: ABPI, 2016. Painel 7. Disponível em:

<http://www.abpi.org.br/congressosdaabpi/pos-evento/2016/apresentacoespainel7/09%2000%20Diana%20Jungmann%20Ballroo1%20dia%2030.pdf>>. Acesso em: 19 jan. 2018.

LEWINSOHN, T.L.; PRADO, P.I. How many species are there in Brazil? *Conservation Biology*, v.19, p.619-624, 2005. DOI: 10.1111/j.1523-1739.2005.00680.x.

LUZ, T. M. *Novos Saberes e Práticas em Saúde Coletiva*. São Paulo: Editora Hucitec, 2003.

Médice AC. *Economia e financiamento do setor saúde no Brasil: balanços e perspectivas do processo de descentralização*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1994.

MORALES, A.P. Burocracia ainda emperra acesso ao patrimônio genético nacional. *Ciência e Cultura*, v.62, p.8-10, 2010.

NOGUEIRA, R.C.; CERQUEIRA, H.F. de; SOARES, M.B.P. Patenting bioactive molecules from biodiversity: the Brazilian experience. *Expert Opinion on Therapeutic Patents*, v.20, p.1-13, 2010. DOI: 10.1517/13543770903555221.

OLIVEIRA, A.C.D. Os dez anos da Medida Provisória n. 2.186-16, de 2001 e as consequências para as indústrias nacionais de fitoterápicos. In: *Biodiversidade e conhecimentos tradicionais associados: implementação da legislação de acesso e repartição de benefícios no Brasil*. Brasília, DF. SBPC, 2013. 356 p. ISBN 978-85-86957-24-6.

OLIVEIRA, Ana Claudia D.; ROPKE, Cristina D. Os dez anos da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF) e os principais entraves da cadeia produtiva de extratos vegetais e medicamentos fitoterápicos no Brasil. *Revista Fitos*, Rio de Janeiro, Vol, 10(2), 185-198, Abr-Jun 2016.

OMS. *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005*. Ginebra: OMS, 2002. 67 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE/UNICEF. *Cuidados Primários de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1979. 64 p. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários da Saúde, Alma-Ata, URSS, 6 a 12 de setembro de 1978.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Perspectivas políticas de la OMS sobre medicamentos: cómo desarrollar y aplicar una política farmacéutica nacional*. Ginebra: OMS, 2003.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005*. Ginebra, 2002. 67 p.

PALMA, C.M.; PALMA, M.S. Bioprospecção no Brasil: análise crítica de alguns conceitos. *Ciência e Cultura*, v.64, p.22-26, 2012. 10.21800/S0009-67252012000300009.

PINHEIRO, E.S. A indústria farmacêutica transnacional e o mercado brasileiro. In: BERMUDEZ, J.A.Z.; BONFIM, J.R.A. (Orgs.). Medicamentos e a reforma do setor de saúde. São Paulo: Hucitec, 1999. p. 165-178.

POSSAS, Cristina (1981). Saúde e trabalho: a crise da previdência social. Rio de Janeiro: Ed. Graal.

PRADO, A. R. M A Indústria Farmacêutica Brasileira: a atuação das Empresas Transnacionais face ao acirramento da concorrência, depois da aprovação dos genéricos. Dissertação Pós-Graduação Ciências Econômicas, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filhos (UNESP), campus Araraquara, 2008.

RODRIGUES, A. G.; DE SIMONI, C. Plantas medicinais no contexto de políticas públicas. Informe Agropecuário, Belo Horizonte, v. 31, n. 255, p. 7-12, mar./abril, 2010.

SACCARO JUNIOR, N.L. O uso dos recursos genéticos para o desenvolvimento sustentável brasileiro. Boletim Regional, Urbano e Ambiental, v.7, p.35-43, 2013b. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/5575/1/BRU_n07_uso.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2019.

SEVCENKO, Nicolau (2010). A Revolta da Vacina: mentes insanas em corpos rebeldes. São Paulo: Ed. Casc e Naify.

SIMÕES, C. M. O.; SCHENCKEL, E. P. A pesquisa e a produção brasileira de medicamentos a partir de plantas medicinais: a necessária interação da indústria com a academia. Revista Brasileira de Farmacognósia, João Pessoa, v. 12, n.1, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-695X2002000100005>. Acesso em: 19 jan. 2019.

TOMAZZONE, M.I.; NEGRELLE, R.R.; CENTA, M.L. Fitoterapia popular: a busca instrumental enquanto prática terapêutica. Rev. Texto contexto, Florianópolis, 2006; v15, n1, p.115-21, Fev. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n1/a14v15n1.pdf>>. Acesso em: 19 jan. 2019.

URIAS, E.M.P. A indústria farmacêutica brasileira: um processo de co-evolução entre tecnologia, instituições e organizações industriais. Tese de Mestrado – Instituto de Geociências, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2009.

Vendas da ABRADILAN atingem R\$ 5,2 bilhões de janeiro a novembro. Federação Brasileira das Redes Associativas e Independentes de Farmácias. Disponível em: <<https://www.febrafar.com.br/vendas-de-distribuidoras-bilhoes/>>. Acesso em: 19 jan. 2019.

YOUNG, C.E.F.; FAUSTO, J.R.B. Valoração de recursos naturais como instrumento de análise da expansão da fronteira agrícola na Amazônia. Rio de Janeiro: IPEA, 1997. (IPEA. Texto para discussão, no 490). Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/2168/1/td_0490.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2019.

YUNES, Rosendo; PEDROSA, Rosangela Curi; CECHINEL Filho, Valdir. Fármacos e fitoterápicos: a necessidade do desenvolvimento da indústria de fitoterápicos e fitofármacos no Brasil. Química Nova, São Paulo, v. 24, n. 1, fev. 2001, pp.147-152.