

INSTITUTO DE TECNOLOGIA EM FÁRMACOS - FARMANGUINHOS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DA INOVAÇÃO EM
FITOMEDICAMENTOS

ALESSANDRA MINARDI ARARIPE BARROS

As últimas cinco décadas do sistema de saúde no Brasil, a evolução, os
insucessos e o crescente interesse pelo uso da fitoterapia nos serviços
públicos de saúde.

Rio de Janeiro

2018

ALESSANDRA MINARDI ARARIPE BARROS

As últimas cinco décadas do sistema de saúde no Brasil, a evolução e os insucessos e o crescente interesse pelo uso da fitoterapia nos serviços públicos de saúde.

Monografia apresentada ao curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Gestão da Inovação em Fitomedicamentos, do Instituto de Tecnologia em Fármacos – Farmanguinhos/FIOCRUZ, como requisito final à obtenção do título de Especialista em Gestão da Inovação em Fitomedicamentos.

Orientador: Prof. Dr. Glauco de Kruse Villas Bas

Rio de Janeiro

2018

ALESSANDRA MINARDI ARARIPE BARROS

Ficha catalográfica elaborada pela
Biblioteca de Medicamentos e Fitomedicamentos/ Farmanguinhos / FIOCRUZ - RJ

B277u Barros, Alessandra Minardi Araripe

As últimas cinco décadas do sistema de saúde no Brasil, a evolução os insucessos e o crescente interesse pelo uso da fitoterapia nos serviços públicos de saúde. / Alessandra Minardi Araripe Barros. – Rio de Janeiro, 2018.

vii, 28 f. ; 30 cm.

Orientador: Glauco De Kruse Villas Boas

Monografia (especialização) – Instituto de Tecnologia em Fármacos – Farmanguinhos, Pós-graduação em Gestão da Inovação em Fitomedicamentos, 2018.

Bibliografia: f. 26-28

1. Políticas de Saúde. 2. Política Nacional de Medicamentos. 3. SUS.
4. Fitoterapia. I. Título.

CDD 581.634

ALESSANDRA MINARDI ARARIPE BARROS

Monografia apresentada ao curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Gestão da Inovação em Fitomedicamentos, do Instituto de Tecnologia em Fármacos – Farmanguinhos/FIOCRUZ, como requisito final à obtenção do título de Especialista em Gestão da Inovação em Fitomedicamentos.

Orientador: Prof. Dr. Glauco de Kruse Villas Bôas

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Glauco de Kruse Villas Bôas, Farmanguinhos/FIOCRUZ
Orientador

Prof. M.Sc. José Liporage Teixeira, Farmanguinhos/FIOCRUZ

Prof. M.Sc. Gisele Monteiro Moreira, Farmanguinhos/FIOCRUZ

Dedico este trabalho à amiga **Marcia Pietroluongo**, e à ela o meu mais profundo agradecimento pela sua enorme colaboração e apoio.

Agradeço ao meu orientador, **Prof. Dr. Glauco de Kruse Villas Bôas** pela generosidade e paciência.

RESUMO

A saúde pública é uma das principais preocupações da população brasileira e, também, um dos maiores desafios para os governantes. O presente trabalho tem como objetivo demonstrar uma análise retrospectiva das últimas 5 décadas, da evolução e dos insucessos do sistema público de saúde no Brasil, com vistas ao crescimento das políticas públicas e o atendimento, em grande medida, à população brasileira após a década de 60, passando pelo regime militar, pela transição democrática e pela constituição de 1988, que estabeleceu a saúde como “um direito de todos e um dever do Estado”, base para o sistema público de saúde atual. Apresenta-se também neste estudo uma breve abordagem sobre o crescente interesse e busca pelo uso da fitoterapia nos serviços públicos de saúde.

Palavras-chave: Políticas de Saúde. Política Nacional de Medicamentos. SUS. Fitoterapia.

ABSTRACT

Public health is one of the main concerns of the Brazilian population, and also the greatest challenges for the government. The present study aims at a retrospective analysis of the evolution and failures of the public health system in Brazil in the last 5 decades, with the growth of the latest news and the service to a large extent, to the Brazilian population after a decade of 60 years, through the military process, the democratic transition and the 1988 constitution, which is health as a right of all and a duty of the state, the basis for the current public health system. Also presented in this study is an approach on the interest and the search for the use of phytotherapy in health services.

Keywords: Health Policies. National Medicines Policy. SUS. Phytotherapy.

LISTA DE SIGLAS

AIS – Ações Integradas de Saúde
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CEME – Central de Medicamentos
CIPLAN – Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação
CIT – Comissão Intergestores Tripartite
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CONAFIT – Subcomissão Nacional de Assessoramento em Fitoterápicos
CONASEMS – Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde
CONASP – Conselho Consultivo de Administração da Saúde
CONASS – Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
IAPAS – Instituto de Aposentadoria e Pensão
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
IOC – Instituto Oswaldo Cruz
MPAS – Ministério da Previdência e Ação Social
MS – Ministério da Saúde
NOAS – Normas Operacionais da Assistência à Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
PESS – Pesquisas Estratégicas para o SUS
PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PND – Plano Nacional de Desenvolvimento
PNM – Política Nacional de Medicamentos
PNPIC – Política Nacional de Práticas Integrativas
PNPMF – Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos
PNPMF – Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos
PPPM – Programa de Pesquisa de Plantas Medicinais
RENAME – Relação Nacional de Medicamentos
RENISUS – Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse do SUS
SUCAM – Superintendência de Campanhas da Saúde Pública
SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
SVS – Secretaria de Vigilância Sanitária
US – Unidades de Saúde

SUMÁRIO

1. Introdução	1
2. Objetivos	4
2.1 Objetivo Geral	4
2.2 Objetivos específicos	4
3. Metodologia	4
4. Cenário político	4
4.1 Rumo a um novo modelo de saúde	9
4.2 Incentivo a introdução da Fitoterapia no SUS	15
4.3 A importante contribuição da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF) para o SUS	21
4.4 Aspectos Críticos das políticas de Saúde e Inovação no desenvolvimento de medicamentos de origem vegetal	23
5. Discussão	24
6. Considerações	28

1. Introdução

A saúde pública no Brasil passou por transições significativas nas últimas cinco décadas e, a reforma sanitária, iniciada no fim do regime militar, ganhou um olhar social.

O período entre o golpe militar (1964) e a lei orgânica da saúde (1990) foi marcado por momentos conturbados. O regime que governou o país por meio de atos do executivo suprimiu progressivamente os direitos políticos e civis dos cidadãos. Os dez primeiros anos de governo militar deixaram um saldo negativo, como: a concentração de renda, arrocho salarial, diminuição da oferta de alimentos e incertezas no serviço público de saúde. Em 1974, início do governo Geisel, Paulo Almeida Machado, ao tomar posse no Ministério da Saúde (MS), sinalizou números assustadores nas taxas de mortalidade infantil (TEIXEIRA *et al.*, 1988).

A prática médica era basicamente assistencialista, em detrimento de uma prática coletiva e de caráter preventivo. Pode-se dizer que a medicina era direcionada pela lucratividade, diferenciando o atendimento pelo poder aquisitivo do paciente. O Ministério da Saúde, que atuava no âmbito coletivo, financiado pela União e sem preocupação com o lucro, ficou fora do contexto vigente e ainda que possuísse competência para formular a política nacional de saúde, esbarrava no orçamento precário repassado pela União (TEIXEIRA *et al.*, 1988).

Muitos acontecimentos marcaram a saúde pública na primeira década do regime militar: em 1964, nomeado pelo governo militar diretor do Instituto Oswaldo Cruz (IOC), o médico e político Francisco de Paula Rocha Lagoa, perseguiu pesquisadores impedindo-os de receber financiamentos para fomento às pesquisas e fechou seus laboratórios. Em 1970, como Ministro da Saúde, Rocha Lagoa com o uso o Ato institucional 5 (AI-5), promoveu cassação de direitos políticos de pesquisadores do IOC, que foram compulsoriamente aposentados e impedidos de lecionar ou exercer suas atividades em qualquer instituição de pesquisa, levando muitos deles a emigrar. O episódio ficou conhecido como “Massacre de Manguinhos”.

Os pesquisadores foram reintegrados 14 anos depois, em 1985, em uma solenidade que contou com o então presidente da Fundação Oswaldo Cruz, Sérgio Arouca, na presença do Presidente José Sarney e do presidente da câmara, Ulysses Guimarães (TEIXEIRA *et al.*, 1988).

A saúde pública era incipiente, tendo atuação principalmente em campanhas organizadas por médicos patologistas e, dessa forma, foram erradicadas as principais doenças da época, tais como poliomielite e tuberculose. Foram criados os protocolos de tratamento das doenças. O governo voltava-se para projetos nacionais com importantes construções de pontes, estradas e incentivo ao desenvolvimento industrial. A Saúde Pública no Brasil, durante o regime militar, começou com um processo de mudança que criou as primeiras bases para o surgimento do SUS (Sistema Único de Saúde), na década de 1990. Nesse caminho, a ação inicial para a saúde consistiu na publicação, do Decreto-Lei 200 (BRASIL, 1967), que definiu de forma geral o modo de organização da administração pública e, com relação ao sistema de saúde, redefiniu as competências do Ministério da Saúde que passaram a ser: formulação da Política Nacional de Saúde; assistência Médica Ambulatorial; prevenção à Saúde; controle Sanitário; pesquisas na área da saúde. Porém, o orçamento reduzido limitou as ações do MS (PAIVA, 2014).

Mesmo durante o regime militar, as pressões por assistência à saúde eram crescentes e levaram o governo a considerar o modelo de medicina preventista que se difundia nos Estados Unidos no início dos anos 60, e dessa forma, experiências em medicina alternativa (comunitária e preventista), foram desenvolvidas pelo Departamento de Medicina Preventiva, com autorização do governo. Embora alguns departamentos de medicina preventista não acreditassem que as ações preventivas transformariam a realidade sanitária do país, novas teorias foram abordadas e em meados da década de 70, as bases teóricas da saúde coletiva no Brasil estavam construídas e fundamentadas em teses sobre compreensão da medicina preventiva; processo saúde – doença; teoria social da medicina; consciência sanitária, entre outras. A interação entre produção do conhecimento e a prática política ganhou força e impulsionou o movimento sanitário que envolveu a democratização do país e o fortalecimento das organizações da sociedade civil (SCOREL, 2008).

O movimento da Reforma Sanitária nasceu no contexto da luta contra o regime militar, no início da década de 70. A expressão foi usada para se referir ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não abarcavam apenas o

sistema, mas todo o setor de saúde, em busca da melhoria das condições de vida da população (ESCOREL, 2008).

Profissionais das áreas da saúde e humanas propuseram mudanças com o objetivo de defender a saúde como um direito do ser humano, sendo papel do Estado garantir o acesso universal aos bens e serviços de saúde. Assim, o foco central passou a ser o cidadão e não o sistema de saúde. Os princípios e diretrizes apresentados davam início a um modelo de saúde justo, porém dependente de políticas de saúde bem delineadas, além de financiamento e intervenção constante do estado. Garantir o acesso aos medicamentos e a assistência farmacêutica integral, considerados estratégicos para o sucesso do Sistema Único de Saúde (SUS), tornou-se um desafio e expôs a necessidade de políticas de saúde bem estruturadas e coerentes com a realidade do país (PAIVA, 2014).

Foram criados os Conselhos Consultivos de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) (BRASILIA, 2003).

Em 1980, uma nova configuração foi dada à saúde pública e o sucesso da nova proposta estava intimamente ligado a implementação de políticas de saúde. Nesse contexto destacam-se as Políticas de Medicamentos, considerado elemento central para a efetivação da política de assistência à saúde e as políticas de ciência, tecnologia e inovação, catalisadoras do desenvolvimento econômico do país (PINHEIRO; e LUZ, 2003).

Uma vez declarado, pela Constituição Federal de 1988, que a saúde é um direito do cidadão e dever do Estado, uma nova fase no contexto político e institucional de saúde em âmbito nacional foi iniciada. Nessa fase, surgiu a necessidade da implementação de práticas inovadoras nas políticas de saúde, bem como a inclusão de algumas das modalidades médicas não convencionais e práticas complementares alternativas nos serviços assistenciais médicos prestados à população (PINHEIRO; e LUZ, 2003).

A fitoterapia, embasada pela rica biodiversidade do país e pelo conhecimento tradicional e científico sobre plantas medicinais, começa a ser discutida como terapia alternativa a ser implementada no sistema de saúde brasileiro.

2. Objetivos

2.1 Objetivo Geral

O objetivo do trabalho é analisar o impacto das políticas de saúde no Brasil, nas últimas cinco décadas, nos medicamentos da biodiversidade e fitoterápicos.

2.2 Objetivos específicos

Apresentar o cenário político na formação dessas políticas;

Apresentar a introdução da fitoterapia a luz dessas políticas.

3. Metodologia

O trabalho possui caráter descritivo e abordagem qualitativa, a partir de levantamento bibliográfico realizado nas bases de dados *Scielo*, *Medline* e *Web of Science* utilizando as palavras-chaves: Políticas de Saúde, Política Nacional de Medicamentos, SUS, fitoterapia. Documentos governamentais publicados pelo Ministério da Saúde, além de teses e dissertações obtidas na Biblioteca Virtual em Saúde foram utilizados.

4. Cenário político

Nos últimos cinquenta anos o Brasil passou por avanços significativos na área da saúde. A formulação de diversas políticas de saúde que acompanhassem a transição sofrida pelo setor, da década de 60 até os dias atuais, foi necessária, mas o saldo não foi sempre positivo.

Anterior ao regime militar, o período de democratização foi marcado por fatos históricos que impactaram diretamente no setor da saúde. A entrada de capital estrangeiro na economia nacional e a proposta de modernização econômica e institucional coordenada pelo Estado foram acompanhadas de ampliação de ações na área de saúde pública. As ações se intensificaram e surgiu a necessidade de uma estrutura administrativa própria. Em 1953, foi criado o Ministério da Saúde (Lei 192 de 25 de julho de 1953) e nesse período, os investimentos em saúde eram concentrados na assistência médica hospitalar em apoio ao desenvolvimento das indústrias de equipamentos médicos e farmacêuticas. A atenção primária era ignorada e a impossibilidade do Estado em assistir à população agravou o quadro social. Em 1960, as elites progressistas

iniciaram movimentos sociais exigindo reformas sanitárias consistentes. A reação conservadora não tardou e em 1964, menos de duas décadas depois de o país voltar a um regime democrático, um golpe militar iniciou mais mudanças. Caracterizado em seu período inicial pela desarticulação da participação social, os primeiros governos militares procuraram conter todas as iniciativas que fossem identificadas com o ideário socialista (MERHY, 1992).

Em 1967, foi promulgado o Decreto Lei 200 que estabelecia as competências do Ministério da Saúde e incluía a formulação e coordenação da política nacional de saúde, atividades médicas ambulatoriais, ações preventivas, controle de drogas, medicamento e alimentos além da pesquisa médica sanitária.

A saúde pública, sob o comando do MS, era direcionada principalmente às zonas rurais e aos setores mais pobres da população, e tinha como alvo, majoritariamente, atividades de caráter preventivo. Nesse contexto, as políticas de saúde dos governos militares buscaram incentivar a expansão do setor privado. Com esse objetivo, ampliaram a compra de serviços pela previdência e facultaram incentivos fiscais às empresas, para a contratação de companhias privadas ou cooperativas de médicos que prestassem serviços de saúde aos seus funcionários – são os “convênios empresas”. Os definidores dessas políticas objetivavam também a privatização de parte dos serviços médicos estatais, então considerados inadequados por não serem lucrativos (ALMEIDA, 1998).

O sistema público de saúde vivia entre a medicina previdenciária e a saúde pública. O primeiro setor tinha ações dirigidas à saúde individual dos trabalhadores formais e voltava-se prioritariamente para as zonas urbanas, estando a cargo dos institutos de pensão (ALMEIDA, 1998).

O governo militar criou o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), uniformizando os benefícios de seus contribuintes e eliminando o modelo de gestão tripartite (União, empregadores e empregados) que se observava nos institutos de aposentadorias e pensão (IAPS) criados no primeiro governo Vargas. A participação social foi gradualmente excluída da gestão da previdência e o INPS passou a priorizar a contratação de serviços privados para o atendimento de seus beneficiários. O modelo de remuneração por unidade de serviços (US) posto em prática pelo INPS, para pagar seus fornecedores, foi um incentivo a corrupção, e o que se viu foi a execução de procedimentos médicos

desnecessários, sem qualquer planejamento dos serviços a serem priorizados. O período foi marcado pela instauração de uma crise de recursos e pelo enfraquecimento da capacidade de ação do MS, com repasses de recursos pela União cada vez menores (nesse período, apenas 1,4%) (ESCOREL, 2005).

Nos anos 70, a saúde apresentava quadro sanitário preocupante que combinava baixa cobertura assistencial e disseminação de doenças como as verminoses.

Segundo Escorel (2005), os ideólogos do regime militar pretendiam restaurar as já desgastadas bases de legitimidade social do período. Um importante marco desse processo foi o lançamento, pelo governo militar, do segundo Plano Nacional de Desenvolvimento (PND).

No terreno estritamente econômico, ainda informado pelos anos de entusiasmado desenvolvimentismo e pela ideia de um país potência em construção, o segundo Plano Nacional de Desenvolvimento tinha em vista o aprofundamento da política de substituição de importações, concentrando sua atenção sobre a produção de insumos básicos e de bens de capital, em contraposição à mera substituição de bens de consumo. Na área social, o segundo PND incluiu na agenda do planejamento estatal prioridades como educação, saúde e infraestrutura de serviços urbanos e o período atestou maior articulação no âmbito do MS, que ampliou o repasse de verbas para os estados e passou a desenvolver projetos verticais direcionados ao controle de algumas doenças, como a hanseníase, a tuberculose e o câncer. Em 1970 a SUCAM – Superintendência de Campanhas da Saúde Pública foi criada. Tinha função de executar as ações de controle e erradicação de endemias (BRAGA, 1986).

Durante o regime militar acreditava-se que centralizar setores estratégicos para a saúde seria o melhor caminho para o desenvolvimento. Considerando que o acesso aos medicamentos é parte essencial de políticas de saúde, uma vez que o produto é destinado à profilaxia, cura e diagnóstico de doenças e que o uso indiscriminado ou a falta dele pode causar agravos sérios à saúde do indivíduo e do coletivo, durante o regime militar, as ações que envolviam medicamentos foram centralizadas na esfera federal, representada pela central de medicamentos (CEME), criada em 1971, com responsabilidade da aquisição e distribuição de medicamentos. A princípio, a CEME encontrava-se subordinada à Presidência da República, e a partir meados de 1975, foi transferida ao Ministério da Previdência

e Assistência Social (MPAS). Somente em 1985, passou a ser de responsabilidade do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001).

A CEME nasceu com o propósito de centralizar a produção e distribuição de medicamentos e, para isso, recursos financeiros foram destinados aos laboratórios governamentais para desenvolvimento de pesquisas científicas e tecnológicas. A produção de medicamentos foi direcionada para população com baixo poder aquisitivo e a centralização das compras pelo governo serviu de incentivo para o desenvolvimento e comercialização de medicamentos também para o setor privado e as indústrias farmacêuticas, recém surgidas no Brasil, sentiram-se seguras e estimuladas diante do auxílio da CEME que comprava os produtos sem liquidez dessas indústrias e os revendia aos laboratórios oficiais, garantindo o abastecimento de medicamentos essenciais à população, marcando o início da assistência farmacêutica no Brasil. Em 1972 a CEME distribuiu o primeiro Memento Terapêutico (OLIVEIRA *et al.*, 2006).

Em 1975, foi instituído o Sistema Nacional de Saúde, que oficializou o campo de ação em saúde, dos setores públicos e privados. Ficou definido que a medicina curativa era competência do Ministério da Previdência, e a medicina preventiva de responsabilidade do Ministério da Saúde. Porém, recursos mínimos e sabidamente insuficientes foram destinados ao Ministério da Saúde, impossibilitando a atuação e deixando clara a opção do sistema pela medicina curativa, que embora mais cara, contava com a contribuição dos trabalhadores para o INPS. Nesse período o Ministério da Saúde configurava um órgão meramente burocrático, sem poder para executar políticas de saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2006).

Ainda em 1975, o modelo econômico dava sinal de crise e o país apresentava um dos maiores índices de concentração de renda a nível mundial. As consequências sociais já apareciam na forma de aumento da marginalidade. A medicina curativa era ineficaz frente aos problemas de saúde coletiva e as endemias, epidemias e índices de mortalidade infantil ganharam números assustadores (OLIVEIRA *et al.*, 2006).

Em 1976, inicia-se o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), primeiro programa de medicina simplificada do nível Federal e estendido a todo o território nacional, resultando na expansão da rede ambulatorial pública (BRASIL, 2011).

A Central de Medicamentos teve participação positiva e ativa por um período. Foi responsável, em 1977, pela Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), constituída por medicamentos prioritários para a população. A listagem foi considerada estratégica na política de medicamentos. No ano de 1982 o Ministério da Saúde lançou o Programa de Pesquisa de Plantas Medicinais da Central de Medicamentos, a fim de obter o desenvolvimento de uma terapêutica alternativa e complementar.

Em 1987, foi responsável pela criação do Programa Farmácia Básica que, com cerca de 40 itens, pretendia padronizar, a nível ambulatorial, os medicamentos utilizados para tratar doenças de ocorrência comum no Brasil. Porém, negligenciou as diversidades regionais e os diferentes perfis epidemiológicos, resultando em falta de medicamentos em algumas regiões e excesso de medicamentos em outras. A CEME foi desativada em 1997 e os programas foram distribuídos ao Ministério da Saúde, Estados e Municípios. A CEME foi extinta sem atender ao propósito apresentado: fortalecimento do setor farmacêutico nacional, especificamente a produção estatal de insumos farmacêuticos (SANTOS, 2002). Nesse momento, neoliberalismo estava sendo introduzido no país, associado ao discurso da necessidade de modernização do país, que se iniciou no governo de Fernando Collor de Mello, em 1989.

Entre os anos 1981 e 1984, o país vivenciou uma crise econômica explícita. Com o modelo de saúde em crise, recursos escassos, sociedade descrente e insatisfeita com os serviços de saúde, criou-se o conselho Consultivo de Administração da saúde Previdenciária (CONASP) e as Ações Integradas em Saúde (AIS). A tentativa era conter custos e fraudes. O CONASP elaborou um novo plano de reorientação da Assistência Médica que propunha melhorar a qualidade da assistência com modificações no modelo privatizante (de compra de serviços médicos), tais como a descentralização e a utilização prioritária dos serviços públicos federais, estaduais e municipais na cobertura assistencial da clientela. O objetivo era uma fiscalização mais rigorosa da prestação de contas dos prestadores de serviços credenciados, da melhoria da qualidade dos serviços prestados às populações urbanas e rurais, da eliminação da ociosidade do setor público, da criação do domicílio sanitário. Mesmo com a forte oposição da Federação Brasileira de Hospitais e de medicina de grupo, O CONASP implantou e apoiou projetos pilotos de novos modelos assistenciais. O agravamento da crise

financeira sinalizou a necessidade de se investir no setor público de saúde, que trabalhava com um custo menor atendendo a uma grande parcela da população carente de assistência (BRASIL, 2011).

A partir do plano do CONASP, surgiu o Programa de Ações Integradas de Saúde (AIS). Tinha o objetivo de integrar os serviços que prestavam a assistência à saúde da população de uma região. Os governos estaduais, por meio de convênios com os Ministérios da Saúde e Previdência, recebiam recursos para implementar o Programa, sendo que as prefeituras participavam através de adesão formal ao convênio. Em todos estes planos, havia a ideia de integração da saúde pública com a assistência médica individual. As Ações Integradas de Saúde, criadas em 1983, como um projeto interministerial (Previdência /Saúde/Educação), visavam um novo modelo assistencial que incorporava o setor público, procurando integrar ações curativas, preventivas e educativas ao mesmo tempo. Assim, a Previdência passa a comprar e pagar serviços prestados por estados, municípios, hospitais filantrópicos, públicos e universitários (ESCOREL, 2005).

4.1 Rumo a um novo modelo de saúde

A situação da saúde pública no Brasil impulsionava os movimentos sociais e as reivindicações tornavam-se mais frequentes. As denúncias sobre os serviços previdenciários de atenção médica também aumentavam. Diante desse quadro, sindicatos das diversas categorias profissionais da saúde, principalmente médicos, acadêmicos e cientistas, debatiam em seminários e congressos as epidemias, as endemias e a degradação da qualidade de vida da população. Um movimento pela transformação do setor de saúde fundiu-se com outros movimentos sociais, mais ou menos vigorosos, que tinham em comum a luta pelos direitos civis e sociais, percebidos como dimensões imanentes à democracia (ESCOREL, 2005).

Em 1968, os conceitos de medicina social circulavam nos meios acadêmicos brasileiros e a Lei da reforma universitária incorporou a medicina preventiva nos currículos das faculdades.

Em 1978, a Conferência Internacional sobre a Atenção Primária à Saúde, realizada em Alma-Ata, República do Cazaquistão (ex-república socialista soviética), entre 6 e 12 de setembro de 1978, discutiu contra a elitização da

prática médica, bem como contra a inacessibilidade dos serviços médicos às grandes massas populacionais. Na conferência, entre outras discussões, definiu-se saúde como direito fundamental do homem, sob a responsabilidade política dos governos, e reconheceu-se a sua determinação Intersetorial (CORDEIRO, 2004).

A Declaração de Alma-Ata, deu respaldo, propôs um modelo e também definiu características fundamentais para o desenvolvimento da expansão dos sistemas universais de saúde. A Declaração foi abrangente, especialmente para países que não tinham nada relacionado à atenção primária à saúde. Nas universidades, incentivou a formação de profissionais e equipes de saúde. Os currículos de atenção primária à saúde começaram a se desenvolver nos conteúdos e na formação de alunos. Essas experiências deram embasamento às ideias para a concepção do SUS. A Declaração pode ser considerada como a primeira declaração internacional que enfatizou a importância da atenção primária em saúde, pois anteriormente à Alma-Ata, existiam experiências isoladas de atenção primária à saúde. A Declaração de Alma Ata, foi um marco importante para o reconhecimento da fitoterapia em todo o mundo. Na Conferência, foi incentivada a valorização das terapias tradicionais, entre elas a fitoterapia. A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconheceu oficialmente o uso das plantas medicinais e da fitoterapia quanto à necessidade dos conhecimentos tradicionais sobre a utilização, no âmbito sanitário, do uso de chás, xaropes naturais, infusões e etc, na atenção primária à saúde.

Nessa perspectiva, no ano de 1985, o regime militar chegou ao fim no Brasil e lideranças do movimento sanitário assumiram posições nas instituições responsáveis pela política de saúde no país. Em março de 1986, foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, a primeira aberta à sociedade, e presidida pelo professor Sergio Arouca, presidente da Fundação Oswaldo Cruz, um dos principais nomes do Movimento da Reforma Sanitária. A questão fundamental levantada na Conferência foi de natureza do novo sistema de saúde: se estatal ou não, de implantação imediata ou progressiva. Manteve-se a proposta do fortalecimento e da expansão do setor público, na conferência definiu-se saúde como “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde”. As Conferências de Saúde sempre foram

fundamentais para a democratização do setor, na 8ª Conferência Nacional de Saúde se aprovou a criação de um Sistema Único de Saúde, com a separação total da saúde em relação à Previdência, seu relatório final serviu como subsídio para os deputados constituintes elaborarem o artigo 196 da Constituição Federal.

Em 22 de agosto de 1986, foi criada a Comissão Nacional de Reforma Sanitária que elaborou propostas para área da saúde que, embora considerada radical pela iniciativa privada e insuficiente pelos representantes dos movimentos sindicais, subsidiou a Constituinte e apresentou projetos para a nova lei do SUS. A área da saúde conseguiu chegar à Assembleia Nacional Constituinte com sua proposta discutida, legitimada e completa (ESCOREL, 2005).

Em julho de 1987, foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que tinha também como princípios básicos: a universalização, a equidade, a descentralização, a regionalização, a hierarquização e a participação comunitária. O objetivo era garantir que os recursos destinados à saúde não se dispersassem nem fossem apropriados para outros fins e o SUDS era considerado estratégico para a reorientação das políticas de saúde e para a reorganização dos serviços, enquanto se desenvolvessem os trabalhos da Constituinte e da elaboração da legislação ordinária para o setor (CORDEIRO, 2004).

Assim, como resultado das diversas propostas em relação ao setor de saúde, apresentadas na Assembleia Nacional Constituinte, a Constituição Federal de 1988 aprovou a criação do Sistema Único de Saúde, reconhecendo a saúde como um direito a ser assegurado pelo Estado e pautado pelos princípios de universalidade, equidade, integralidade e organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação da população (CONASS, 2003).

Em 3 de fevereiro de 1982, um grupo de secretários estaduais de saúde, desejando atender a recomendação de Alma-Ata em 1978, criou o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). O objetivo era o fortalecimento das secretarias estaduais de saúde, tornando-as mais participativas na reconstrução do setor da saúde. O CONASS, em sua trajetória na saúde pública brasileira, participou diretamente da discussão, criação e implementação das políticas públicas de saúde. Se tornou um órgão importante para a saúde pública brasileira por meio de seus projetos e sua atuação incisiva nos fatos marcantes para a mudança do cenário do setor saúde, como a participação ativa na 8ª Conferência

Nacional de Saúde que foi fundamental para a institucionalização do direito à saúde para todos os cidadãos brasileiros e que culminou com a promulgação da Constituição Federal de 1988.

O Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) é uma entidade de direito privado, sem fins lucrativos, que se fundamenta pelos princípios que regem o direito público, e que congrega os secretários e seus substitutos legais, gestores oficiais das Secretarias de Estado de Saúde dos Estados e do Distrito Federal. O CONASS constitui um organismo da direção do Sistema Único de Saúde (SUS), com mandato de representar politicamente os interesses comuns dos secretários de saúde dos Estados e do Distrito Federal, perante as demais esferas de governo e outros parceiros, em torno de estratégias comuns de ação entre os gestores estaduais de saúde.

Em 1990, através da publicação da Lei 8.080, o SUS foi regulamentado. Nessa década o CONASS consolidou-se na gestão estadual do SUS, participou ativamente da tomada de decisões, em conjunto com a União e municípios, colocando em prática a descentralização político-administrativa do SUS prevista na referida lei, o que formalizou o seu primeiro eixo de atuação: a representação política dos secretários. O Conselho Nacional de Secretários de Saúde participou ativamente na formulação das Normas Operacionais Básicas; na publicação das Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS). Em 2011, o CONASS foi institucionalizado com a publicação da Lei 12.446, que reconheceu legalmente o Conselho como entidade representativa dos Entes Estaduais nas instâncias do SUS, para tratar de matérias referentes à saúde; a luta pela regulamentação da Emenda Constitucional 29; o Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública – Saúde +10, que tentou assegurar o repasse efetivo e integral de 10% da Receita Corrente Bruta da União para a saúde pública brasileira e a luta contra a PEC 55, que congelou gastos sociais por 20 anos, e foi aprovada em definitivo pelo Congresso Nacional em 2016.

Além do CONASS, a Lei 8.142 de 1990, ao tratar da participação social no SUS, define o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) como representante dos municípios no Conselho Nacional de Saúde (CNS), órgão deliberativo do SUS que é, também, membro da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que reúne a representação dos três entes federados: o MS, CONASS e o CONASEMS.

O CONASEMS é uma entidade não governamental, sem fins lucrativos, criada com o objetivo de representar as secretarias municipais de saúde, auxiliar municípios na formulação de estratégias voltadas ao aperfeiçoamento dos seus sistemas de saúde, primando pelo intercâmbio de informações e pela cooperação técnica. Tem como eixo de ação o fortalecimento e a autonomia da gestão municipal, o incentivo ao desenvolvimento de políticas públicas que valorizem as experiências de saúde e que promova equidade e participação social.

Em 1988, foi promulgada a oitava Constituição do Brasil. A chamada “Constituição Cidadã” foi um marco fundamental na redefinição das prioridades da política do Estado na área da saúde pública. Conceitua saúde como dever do Estado e deixa claro que o Estado ao qual se refere é o poder público como um todo: União, Estados e Municípios. A Constituição Federal de 1988 estabelece que, para ter saúde é preciso ter acesso a um conjunto de fatores, como alimentação, moradia, emprego, lazer, educação etc. O Artigo 196 da Constituição define a universalidade da cobertura do Sistema Único de Saúde, como:

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

Ainda Conforme a Constituição Federal de 1988, o SUS é definido pelo Artigo 198 do seguinte modo:

“As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I- Descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - Participação da comunidade. Parágrafo único – O Sistema Único de Saúde será financiado, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.”

O texto constitucional não deixa dúvidas: O SUS propõe um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, principalmente no que se refere à saúde coletiva.

Embora explícito na constituição federal, era necessário operacionalizar e iniciar o modelo proposto. Assim, em 19 de setembro de 1990 promulgou-se a Lei

8.080 que daria bases operacionais à reforma e iniciaria a construção do SUS. Nomeada Lei Orgânica da Saúde, a 8.080/90 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Essa lei regula em todo o território nacional as ações e os serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou de direito privado (BRASIL, 1990). A lei orgânica institui o Sistema Único de Saúde, constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público. Permite a participação da iniciativa privada no SUS, em caráter complementar, obedecendo aos seguintes princípios e doutrinas:

- i. Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- ii. Integralidade de assistência, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- iii. Equidade;
- iv. Descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo;
- v. Conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- vi. Participação da comunidade;
- vii. Regionalização
- viii. Hierarquização.

Diante do texto da Lei Orgânica da Saúde, ficou claro que o Estado deveria formular e executar políticas econômicas e sociais que garantissem o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde. Nesse contexto, uma política de medicamentos se apresentou como imprescindível. Garantir o uso racional e principalmente o acesso da população aos medicamentos tornou-se um grande desafio.

A Política Nacional de Medicamentos - PNM, como parte essencial da Política Nacional de Saúde, constitui um dos elementos fundamentais para a efetiva implementação de ações capazes de promover a melhoria das condições

da assistência à saúde da população. O propósito precípua é o de garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais.

A Política Nacional de Medicamentos, aprovada em 30 de outubro de 1998 pela Portaria do Ministério da saúde nº 3.916, seguindo os princípios e diretrizes do SUS exigiu para a sua implementação, a redefinição de planos, programas e atividades específicas nas esferas federal, estadual e municipal. Contemplou assim, as diretrizes e definiu prioridades relacionadas à legislação, que inclui a regulamentação, inspeção, controle e garantia da qualidade, seleção, aquisição e distribuição, uso racional de medicamentos, desenvolvimento de recursos humanos e desenvolvimento científico e tecnológico.

A demanda de medicamentos foi impactada pelo aumento da expectativa de vida ao nascer, acarretando um maior consumo e gerando um maior custo social, pelo aumento no tratamento das doenças crônico-degenerativas, além de novos procedimentos terapêuticos com utilização de medicamentos de alto custo e pelo aumento da demanda de medicamentos de uso contínuo (doenças cardiovasculares, reumáticas e da diabetes). A desarticulação da assistência farmacêutica contribui com o uso irracional de medicamentos, o que agrava ainda mais o quadro.

Desde então, na busca por alternativas para amenizar a falta de medicamentos, terapias não convencionais, consideradas mais baratas e de mais fácil acesso para todos, surgiram nos serviços de atenção à saúde e, entre elas, a fitoterapia (SUZUKI, 2002).

Políticas e Programas específicos foram elaborados reforçando o objetivo de introduzir e difundir, de maneira responsável, o uso de plantas medicinais e de fitoterápicos no SUS, assim como, a Política Nacional de Medicamentos, instituída em 1998, teve importante papel no apoio às pesquisas de aproveitamento do potencial terapêutico da flora e fauna nacionais. Segundo Lima, 2003, a PNM representou um marco para a cultura da gestão centralizada e participativa da saúde, em especial no tocante à utilização dos medicamentos.

4.2 Incentivo a introdução da Fitoterapia no SUS

Segundo a ANVISA, são considerados medicamentos fitoterápicos os obtidos com emprego exclusivo de matérias-primas ativas vegetais, cuja eficácia

e segurança são validadas por meio de levantamentos etnofarmacológicos, de utilização, documentações tecnocientíficas ou evidências clínicas. Os medicamentos fitoterápicos são caracterizados pelo conhecimento da eficácia e dos riscos de seu uso, assim como pela reprodutibilidade e constância de sua qualidade. Não se considera medicamento fitoterápico aquele que inclui na sua composição substâncias ativas isoladas, sintéticas ou naturais, nem as associações dessas com extratos vegetais.

O crescente interesse e busca pelo uso da fitoterapia, por parte dos serviços públicos de saúde, deriva principalmente da concepção de que esta é uma opção alternativa para amenizar a falta de acesso aos medicamentos e, também, por ser uma alternativa mais barata.

De acordo com a legislação brasileira, a fitoterapia é uma terapêutica caracterizada pela utilização de plantas medicinais e suas diferentes preparações farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal (BRASIL, 2006).

No Brasil, as políticas de saúde que incentivam o uso de plantas medicinais e de fitoterápicos iniciaram em 1982, com o Programa de Pesquisa de Plantas Medicinais da Central de Medicamentos (CEME), com a proposta de conhecer farmacologicamente as preparações a base de plantas medicinais para então incluí-las na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). Entretanto, os esforços para introduzir e fortalecer a fitoterapia no SUS continuaram e, após a década de 1980, diversos instrumentos normativos como resoluções, portarias e relatórios foram elaborados:

- ✓ Portaria 212, de 11 de setembro de 1981, do Ministério da Saúde que, em seu item 2.4.3, define o estudo das plantas medicinais como uma das prioridades de investigação clínica.
- ✓ Programa de Pesquisa de Plantas Medicinais da Central de Medicamentos do Ministério da Saúde (PPPM/CEME), que, em 1982, objetivou o desenvolvimento de uma terapêutica alternativa e complementar, com embasamento científico, pelo estabelecimento de medicamentos fitoterápicos, com base no real valor farmacológico de preparações de uso popular, à base de plantas medicinais.

- ✓ Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, na cidade de Brasília, em seu item 2.3.a, refere: “introdução de práticas alternativas de assistência à saúde”.
- ✓ Resolução 40.33 da 40ª Assembleia Mundial de Saúde, em 1987, reiterou os principais pontos das resoluções anteriores e das recomendações feitas pela Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde e recomendou enfaticamente aos Estados-membros que iniciassem programas amplos, relativos à identificação, à avaliação, ao preparo, ao cultivo e à conservação de plantas usadas em medicina tradicional; além de assegurar a qualidade das drogas derivadas de medicamentos tradicionais extraídas de plantas, pelo uso de técnicas modernas e aplicações de padrões apropriados e de práticas de fabricação (BPF).
- ✓ A Organização das Nações Unidas para o Desenvolvimento Industrial (ONUDI), em Madri-Espanha, 1987, (Item 1.d), entre as recomendações, propõe: “incluir a utilização de medicamentos fitoterápicos no Sistema Nacional de Assistência à Saúde, assim como educação e capacitação em saúde, em nível nacional”.
- ✓ Resolução CIPLAN nº 08, de 08 de março de 1988, onde os secretários-gerais dos ministérios da previdência social, da educação e do trabalho, no desempenho de suas atribuições de coordenadores da - CIPLAN, instituída pela portaria interministerial nº MS/MPAS/05, de 11 de março de 1980, alterada pelas portarias interministeriais nº MS/MPAS/MEC/03, de 27 de abril de 1984 e MS/MPAS/MEC/MTB 13, de 13 de maio de 1987, preconiza:

“CONSIDERANDO a estratégia das Ações Integradas de Saúde aprovada pela Resolução CIPLAN nº 07/84, de 3 de março de 1984; CONSIDERANDO que a Fitoterapia é prática terapêutica milenar que inclui o aproveitamento da flora brasileira, contando o seu acervo com literatura científica especializada, e largamente recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS); CONSIDERANDO que a sua aplicação terapêutica tem demonstrado alta eficácia em algumas patologias mais comuns da saúde pública; CONSIDERANDO o seu uso secular no Brasil, e a possibilidade de baratear custos para os cofres públicos, implicando em uma maior autossuficiência e menor necessidade de importação de matéria prima, resolvem: IMPLANTAR a prática de Fitoterapia nos serviços de saúde, assim como orientar, através das Comissões Interinstitucionais de saúde (CIS), buscarem a inclusão da Fitoterapia nas Ações Integradas de Saúde (AIS), e/ ou programação do Sistema Unificado e Descentralizado de saúde (SUDS) nas Unidades Federadas, visando colaborar com a prática oficial da

medicina moderna, em caráter complementar; Criar procedimentos e rotinas relativas à prática da Fitoterapia nas Unidades Assistenciais Médicas”.

- ✓ Parecer 04/92 do Conselho Federal de Medicina, aprovado em 17 de janeiro de 1992, reconheceu a fitoterapia como método terapêutico, por isso, deve ter a rigorosa supervisão do Estado por meio da Divisão de Vigilância Sanitária.
- ✓ Portaria 31/SVS – Secretaria de Vigilância Sanitária, de 06 de abril de 1994, cria o Grupo de Estudos de Produtos Fitoterápicos.
- ✓ Portaria 06/SVS – Secretaria de Vigilância Sanitária, de 31 de janeiro de 1995, institui e normatiza o registro de produtos fitoterápicos junto ao Sistema de Vigilância Sanitária.
- ✓ Portaria 665 de 1998, do Ministério da Saúde, cria a Subcomissão Nacional de Assessoramento em Fitoterápicos – CONAFIT que teve como atribuição: assessorar a Secretaria de Vigilância Sanitária – SVS, nos assuntos científicos, técnicos e normativos envolvidos na apreciação da eficácia e segurança do uso de produtos fitoterápicos; Manifestar-se sobre questões relacionadas a farmacovigilância e ao desenvolvimento de pesquisas clínicas na área de fitoterápicos; Subsidiar a SVS – Secretaria de Vigilância Sanitária na realização de eventos técnico-científicos, de interesse dos trabalhos da Comissão e que concorram para a ampla divulgação de conhecimentos e informações pertinentes ao controle sanitário desses agentes.
- ✓ Resolução da Diretoria Colegiada, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (RDC/ANVISA) nº 17 de 2000, atualiza a regulamentação de registro de medicamentos fitoterápicos e define o medicamento fitoterápico tradicional.
- ✓ Portaria 254 de 2002, do Ministério da Saúde, aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. No item 4.5: promoção ao uso adequado e racional de medicamentos estabelece que:

“nas ações que envolvem direta ou indiretamente a assistência farmacêutica, no contexto da atenção à saúde indígena, devem também compor as práticas de saúde tradicionais dos povos indígenas, que envolvem o conhecimento e o uso de plantas medicinais e demais produtos da farmacopeia tradicional no tratamento de doenças e outros agravos à saúde”.

- ✓ Relatório final da 10ª Conferência Nacional de Saúde, onde constam as seguintes deliberações: Item 80.2:

“os gestores do SUS devem estimular e ampliar pesquisas realizadas em parceria com Universidades Públicas que analisem a efetividade das práticas populares alternativas em saúde com o apoio das agências oficiais de fomento à pesquisa”;

Item 286:

“as Secretarias Municipais de Saúde, com a colaboração técnica e financeira do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais de Saúde, devem garantir a atenção integral à saúde [...]”;

Item 286.12:

“incorporar ao SUS, em todo o país, as práticas de saúde como a fitoterapia, acupuntura e homeopatia, contemplando as terapias alternativas e práticas populares”;

Item 351.10:

“o Ministério da Saúde deve incentivar a fitoterapia na Assistência Farmacêutica Pública e elaborar normas para sua utilização, amplamente discutidas com os trabalhadores em saúde e especialistas, nas cidades onde existir maior participação popular, com gestores mais empenhados com a questão da cidadania e dos movimentos populares”.

- ✓ Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA (RDC/ANVISA) nº 48 de 2004 dispõe sobre o registro de medicamentos fitoterápicos (Brasil, 2006).

Além do exposto acima, políticas e programas, que abordam a biodiversidade e as plantas medicinais, foram incentivados e, em 2001, foi lançada a proposta da Política Nacional de Plantas Medicinais e Medicamentos Fitoterápicos - PNPM.

Em 2003, aconteceu a 12ª Conferência Nacional de Saúde (instituição, Cidade e estado), que apontou a necessidade de investimento na pesquisa e desenvolvimento de tecnologia para produção de medicamentos da flora brasileira. A Estratégia da Organização Mundial da Saúde sobre medicina tradicional estabeleceu, entre 2002 e 2005, que fossem criados mecanismos normativos e legais, disponibilizando recursos para a pesquisa, educação e formação. Em 2003, o Seminário Nacional de Plantas Medicinais, Fitoterápicos e Assistência Farmacêutica, realizado pelo Ministério da Saúde, Brasília, DF, recomendou a inserção da Fitoterapia no SUS.

Em 2004, a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde incluiu a Fitoterapia como área de interesse e o Conselho Nacional de Saúde aprovou a Política Nacional de Assistência Farmacêutica.

A Portaria do Ministério da Saúde nº 971, de 3 de maio de 2006, que aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS, foi um grande avanço neste sentido. Visa em suas diretrizes, a elaboração da relação nacional de plantas medicinais e fitoterápicos, bem como o provimento do acesso aos usuários do SUS. A PNPIC propôs a inclusão das plantas medicinais e fitoterapia, homeopatia, acupuntura e crenoterapia no SUS. Essa política elaborou a Relação Nacional de Plantas Medicinais e de Fitoterápicos e o provimento do acesso a plantas medicinais e fitoterápicos aos usuários do SUS (BRASIL, 2006).

Ainda em 2006, foi publicada a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos - PNPMF (Decreto nº 5.813/2006), com suas diretrizes. O objetivo da Política e do PNPMF foi 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. Este foi um dos mais importantes instrumentos de fortalecimento da política nacional de utilização de plantas medicinais.

Para atingir o objetivo do PNPMF, foi proposto inserir plantas medicinais, fitoterápicos e serviços relacionados à Fitoterapia no SUS; promover e reconhecer as práticas populares e tradicionais e a inclusão da agricultura familiar nas cadeias e nos arranjos produtivos das plantas medicinais, insumos e fitoterápicos.

Em 2009, foi divulgada a Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS (RENISUS).

Em 2010, foi instituída a Farmácia Viva no âmbito do SUS. Em 2011, o PESS (Pesquisas Estratégicas para o SUS) incluiu espécies nativas que demonstram potencial gerador de produtos para o SUS.

Em 2011, foi publicado o Formulário Fitoterápico da Farmacopeia Brasileira.

Em 2012, a RENAME acrescentou 12 fitoterápicos e, entre 2013 e 2015, a busca plantas medicinais e fitoterápicos no SUS aumentou consideravelmente (161%).

4.3A importante contribuição da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF) para o SUS

Em 2005, o governo federal instituiu uma comissão interministerial que envolveu todos os níveis e instâncias do governo e da sociedade, para elaboração da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF), onde foram previstos incentivos e fomento a ações tais como: implantação de áreas de concentração em fitoterápicos e plantas medicinais nos cursos de pós-graduação; formação de grupos e centros de pesquisa na área, com atuação voltada ao enfrentamento de necessidades epidemiológicas; e estabelecimento de mecanismos de financiamento visando a inovação e validação de tecnologias para a produção de fitoterápicos. Também foi indicado o apoio a estudos sobre plantas medicinais que abordassem a educação em saúde e a organização, gestão e desenvolvimento da assistência farmacêutica.

Em junho de 2006, por meio do Decreto 5813, o Ministério da Saúde publicou a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF) que apresenta as seguintes diretrizes:

1. Regular o cultivo, o manejo sustentável, a produção, a distribuição e o uso de plantas medicinais e de medicamentos fitoterápicos, considerando as experiências da sociedade civil nas suas diferentes formas de organização.
2. Promover a formação técnico-científica e capacitação no setor de plantas medicinais e de medicamentos fitoterápicos.
3. Incentivar a formação e a capacitação de recursos humanos para o desenvolvimento de pesquisas, tecnologias e inovação em plantas medicinais e de medicamentos fitoterápicos.
4. Estabelecer estratégias de comunicação para divulgação do setor plantas medicinais e fitoterápicos.
5. Fomentar pesquisa, desenvolvimento tecnológico e inovação com base na biodiversidade brasileira, abrangendo espécies vegetais nativas e exóticas adaptadas, priorizando as necessidades epidemiológicas da população.
6. Promover a interação entre o setor público e a iniciativa privada, universidades, centros de pesquisa e organizações não governamentais na área de plantas medicinais e desenvolvimento de fitoterápicos.

7. Apoiar a implantação de plataformas tecnológicas piloto para o desenvolvimento integrado de cultivo de plantas medicinais e produção de fitoterápicos.
8. Incentivar a incorporação racional de novas tecnologias no processo de produção de plantas medicinais e fitoterápicos.
9. Garantir e promover a segurança, a eficácia e a qualidade no acesso a plantas medicinais e de medicamentos fitoterápicos.
10. Promover e reconhecer as práticas populares de uso de plantas medicinais e remédios caseiros.
11. Promover a adoção de boas práticas de cultivo e manipulação de plantas medicinais e de manipulação e produção de fitoterápicos, segundo legislação específica.
12. Promover o uso sustentável da biodiversidade e a repartição dos benefícios derivados do uso dos conhecimentos tradicionais associados e do patrimônio genético.
13. Promover a inclusão da agricultura familiar nas cadeias e nos arranjos produtivos das plantas medicinais, insumos e fitoterápicos.
14. Estimular a produção de fitoterápicos em escala industrial.
15. Estabelecer uma política intersetorial para o desenvolvimento socioeconômico na área de plantas medicinais e de medicamentos fitoterápicos.
16. Incrementar as exportações de fitoterápicos e insumos relacionados, priorizando aqueles de maior valor agregado.
17. Estabelecer mecanismos de incentivo para a inserção da cadeia produtiva de fitoterápicos no processo de fortalecimento da indústria farmacêutica nacional.

Pode-se afirmar que as diretrizes da PNPMF apontam para a estruturação e fortalecimento das cadeias produtivas locais, promovendo assim uma diminuição da dependência estratégica do Brasil, no setor de medicamentos fitoterápicos.

Apresentar as ações decorrentes dessa Política em um Programa tornou-se imprescindível e facilitador do acesso da população a plantas medicinais e de medicamentos fitoterápicos, da inclusão social e regional, do desenvolvimento industrial e tecnológico, da promoção da segurança alimentar e nutricional, do uso

sustentável da biodiversidade brasileira e da valorização e preservação do conhecimento tradicional associado das comunidades e povos tradicionais. Nesse sentido, o governo federal instituiu o Grupo de Trabalho Interministerial para elaboração do Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos que, em conformidade com as diretrizes e linhas prioritárias da Política Nacional, estabelece ações pelos diversos parceiros, em torno de objetivos comuns voltados à garantia do acesso seguro e uso racional de plantas medicinais e de medicamentos fitoterápicos em nosso país, ao desenvolvimento de tecnologias e inovações, assim como ao fortalecimento das cadeias e dos arranjos produtivos, ao uso sustentável da biodiversidade brasileira e ao desenvolvimento do Complexo Produtivo da Saúde. O PNPMF foi aprovado pela Portaria Interministerial nº 2.960/2008 (BRASIL, 2008).

A contribuição do PNPMF no incentivo a utilização adequada de plantas medicinais e de fitoterápicos e, melhoria da assistência farmacêutica no Brasil, foi significativa, porém, para o aperfeiçoamento e concretização das diretrizes descritas acima, a indústria nacional, academia e o estado precisariam estar muito mais integrados.

4.4 Aspectos Críticos das políticas de Saúde e Inovação no desenvolvimento de medicamentos de origem vegetal

Segundo Quental (2000), um sistema de inovação em saúde pode ser descrito como o espaço em que diversos indivíduos e/ou organizações agem e/ou interagem na geração, seleção, transformação e difusão de tecnologias e inovações para a produção e aprimoramento de bens e serviços de saúde. O relacionamento entre estes atores compreende o fluxo que vai de recursos financeiros até conhecimento e informação, assim como diferentes formas de regulação e estímulo.

No Brasil, a falta de interação entre os atores no sistema de inovação nacional é um fator de impacto negativo e isso é facilmente observado quando falamos em produtos da biodiversidade, como, por exemplo, os medicamentos de origem vegetal. Embora tenhamos infraestrutura científica razoável, o desenvolvimento tecnológico aqui realizado é mínimo, restrito a algumas poucas

empresas privadas nacionais e a algumas instituições públicas (GADELHA, 1999).

Uma política de desenvolvimento tecnológico de medicamentos de origem vegetal deveria estar focada na produção de medicamentos fitoterápicos que componham a relação nacional adotada pelo SUS, a RENISUS, para promover uma máxima expansão do acesso aos medicamentos. Portanto, deveria prever o atendimento das demandas sociais esperadas e, a partir dos arranjos produtivos locais estruturados por bioma específico, propiciar redução nos custos da pesquisa, o que ajudaria na viabilidade da produção dos fitoterápicos e na prospecção de novas moléculas ativas. Agindo assim, os protagonistas dos sistemas nacionais de inovação estariam, sem dúvida, exercendo plenamente o papel que lhes compete no desenvolvimento tecnológico (VILLAS BÔAS, 2004).

Neste sistema, as instituições de Ciência e Tecnologia seriam produtoras de informações e instrumentos capazes de propiciar a superação das demandas sociais e dos problemas vivenciados na área da saúde, permitindo gerar novos conhecimentos e intervenções eficientes que orientassem as políticas para o setor.

Os laboratórios públicos não estão imunes aos gargalos que travam o desenvolvimento da produção de fitoterápicos no país e entre eles está a dificuldade de registro. Pode-se dizer que as exigências por parte da ANVISA, para validar a permanência no mercado de fitoterápicos de uso tradicional dificulta o processo. A regulação é necessária, mas deve estar alinhada a ações já implementadas para não inviabilizar o processo. O que não se pode ignorar e que a inovação é realizada pela sociedade brasileira, cabendo ao Estado prover os recursos para que o projeto cresça e se desenvolva - ou seja, investimento em P&D, fomento para gestão do Programa, e finalmente a regulação.

5. Discussão

Desde o descobrimento do Brasil, passando pelo período da colonização, império até a república, os índios e os negros sofriam com a falta de cuidados, que era um privilégio dos brancos/colonizadores, pois esses recebiam atendimento de médicos estrangeiros e tinham acesso aos remédios da época, ao mesmo tempo que os índios e negros contavam com as terapias de cura dos

curandeiros, suas ervas medicinais brasileiras e também acesso às Santas Casas de Misericórdia, mantidas, precariamente, pelos religiosos.

Com a independência do Brasil, proclamada por D. Pedro I, em 1822, ocorreram as primeiras mudanças significativas para o país, quando as escolas foram transformadas em faculdades e houve a criação de órgãos de vistoria da higiene pública. No entanto, as mudanças não foram muito eficazes. Ainda no Brasil Império, o país era visto no exterior como um país doente, e isso afastava os negociantes.

Em 1889, com a proclamação da República Federativa do Brasil e o fim da escravidão, houve a necessidade de contratação de imigrantes para o trabalho nas lavouras e fábricas, mas estes também eram afugentados devido ao grande número de epidemias, como a varíola, a malária e a febre amarela.

No início do século XX, com o país estruturado em estados e municípios, estes começaram a se preocupar com a saúde pública, a União se preocupava com os portos, com um olhar mais voltado à economia, principalmente no Rio de Janeiro, capital do Brasil, ponto de chegada dos negociantes e dos operários.

Nesse momento, o Brasil ainda sofria com as pestes, no entanto, o crescimento do país dependia de uma população saudável e capaz de produzir, foi então que surgiram as campanhas de saúde, comandadas por sanitaristas, que chegaram até o homem do campo. O Estado passou a dar maior atenção à saúde pública, entre os anos de 1930 a 1937, o planejamento governamental era bastante rudimentar, voltado, especialmente, para a implantação de uma legislação previdenciária e trabalhista que causou impacto na saúde, pois esta era destinada apenas para os abastados, e desta forma, os trabalhadores passaram a ter direito à saúde ao pagar impostos e, em contrapartida recebiam saúde. Política compensatória – Troca comercial. Atualmente consideramos justo.

A partir da era Vargas, no início dos anos 30, com a promulgação da Constituição Brasileira de 1934, pela Assembleia Nacional Constituinte, que foi redigida para organizar um regime democrático e teve impacto na saúde, pois esta era apenas para burgueses e a partir de então, ofereceu direitos aos trabalhadores que pagavam impostos e, em contrapartida, recebiam atendimento, consolidando assim, os Institutos de Pensão. Todavia, esse modelo possuía cunho populista e assistencialista, fato que descaracterizava o Estado Democrático.

Nesse período foram criados os ministérios, o que proporcionou o atendimento ao homem do interior do país, pois até então a saúde pública era restrita aos portos e grandes centros urbanos.

Aspecto(s) positivo(s): início do modelo de assistência pública (o investimento em saúde era, em grande parte, oriundo dos impostos pagos pelos trabalhadores, logo, não atendia totalmente a população).

Aspecto(s) negativo(s): distanciamento do modelo sanitarista.

No período em que vigorou o regime militar no Brasil, de 1964 a 1984, a prioridade da política nacional de saúde foi o atendimento baseado no modelo “hospitalocêntrico”, ou seja, o atendimento com foco nos hospitais em detrimento dos programas de atenção básica. Passando ainda pela privatização da saúde pois para o regime, um modelo centrado em hospitais públicos era caro e não gerava resultado. Houve significativo avanço tecnológico na aquisição de equipamentos o que aumentava a eficiência no diagnóstico, entretanto, o modelo era centrado na doença e não na causa. Um destaque a considerar foi a retomada do modelo sanitarista, com a criação da SUCAM, no início dos anos 70.

Esta década foi marcada pela mudança, pela mobilização social e o movimento da Reforma Sanitária que nasceu no meio acadêmico como forma de oposição técnica e política ao regime militar. A declaração de Alma Ata teve papel fundamental e de suma importância nesse cenário.

Aspecto(s) positivo(s): criação de hospitais.

Aspecto(s) negativo(s): investimentos em hospitais privados, sucateando a saúde pública – ocorrência de epidemias, mas os dados eram censurados e não divulgados.

Na década de 80, nasceu a ideia do SUS, a partir, principalmente, da realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que foi um marco para a saúde pública no Brasil, ampliou seus conceitos e propôs mudanças baseadas no direito universal à saúde com melhores condições de vida. Essas ações abriram os olhos da sociedade para as ações de saneamento, medicina preventiva e a participação da população nas decisões.

A partir da década de 80 ocorreram diversos eventos que contribuíram para o que hoje é, ou tenta ser, a saúde pública no Brasil, saúde como um direito de todos e um dever do Estado. Com a promulgação da Constituição em 1988, o Brasil universalizou o serviço de saúde no país, garantindo atendimento a todos os cidadãos. Este sistema foi reconhecido mundialmente.

Apesar dos problemas enfrentados pela rede pública de saúde, como a falta de profissionais, superlotação e sucateamento, pode-se dizer que todo cidadão brasileiro tem direito à assistência de saúde, desde a atenção básica até um transplante. Se um paciente nos dias de hoje não consegue um rápido atendimento por qualquer dos motivos citados, há alguns anos, se não tivesse dinheiro ou trabalho, não teria nenhum tipo de atendimento.

Atualmente o sistema de saúde do Brasil ainda é um modelo híbrido, ou seja, pelo qual o governo e a iniciativa privada atuam no atendimento à população, no entanto cabe ao governo a parte mais onerosa, atendendo à população carente. A saúde privada, representada por planos de saúde, atua com a visão lucrativa e não na melhoria da saúde pública do país e otimização do SUS.

Aspecto(s) positivo(s): atendimento universal, políticas públicas e sociais.

Aspecto(s) negativo(s): modelo misto de atendimento.

Devido a desarticulação da assistência farmacêutica, que foi impactada pelo aumento do consumo de medicamentos de alto custo e de uso contínuo, a busca por tratamentos alternativos, como a fitoterapia, se fez necessária para amenizar a falta destes medicamentos.

Sendo assim, pouco antes do início dos anos 90, quando ocorreu a regulamentação do SUS, teve início a inserção da fitoterapia no serviço, por meio Política Nacional de Medicamentos, aprovada em 30 de outubro de 1998. Esta, contemplou as diretrizes e definiu prioridades relacionadas à legislação, que incluiu a regulamentação, inspeção, controle e garantia da qualidade, seleção, aquisição e distribuição, uso racional de medicamentos, orientação da assistência farmacêutica visando a promoção do acesso aos medicamentos com uma base epidemiológica, desenvolvimento de recursos humanos, científico e tecnológico, estimulando a integração da universidade e do setor produtivo com o emprego do potencial terapêutico da flora nacional. Destacando que em 1982 o Ministério da

Saúde havia lançado o Programa de Pesquisa de Plantas Medicinais da Central de Medicamentos (CEME), a fim de obter o desenvolvimento de uma terapêutica alternativa e complementar.

Nos anos 2000, cabe destacar a formação de um grupo de trabalho interministerial que trabalhou na elaboração da política nacional de plantas medicinais e fitoterápicos e que contou com a participação de 10 ministérios, a ANVISA e a FIOCRUZ.

No entanto, mais de dez anos após a publicação da política e apesar de muitos serviços de saúde passarem a oferecer esse tipo de tratamento, como também a inserção da fitoterapia nos cursos de graduação e de programas de pós-graduação, poucas diretrizes vêm sendo cumpridas, e um dos principais motivos, é o pouco estímulo para o desenvolvimento de fitoterápicos da biodiversidade brasileira.

Aspecto(s) positivo(s): inserção crescente da Fitoterapia no SUS.

Aspecto(s) negativo(s): crescimento ainda não suficiente para torná-la uma prática frequente.

6. Considerações

As políticas de saúde no Brasil, nos últimos cinquenta anos, tiveram a trajetória quase sempre associada ao cenário político e econômico vigentes: um pequeno período democrático, vinte anos de regime militar e a redemocratização. As mudanças políticas impactaram na saúde pública e direcionaram importantes políticas e programas em saúde coletiva que nos levaram ao atual modelo de assistência em saúde, o Sistema Único de Saúde, o SUS.

A busca pela efetivação real das diretrizes propostas pelo SUS, com atenção especial para assistência farmacêutica integral, aliada a rica biodiversidade do país nos levam ao tema plantas medicinais e medicamentos de origem vegetal, com diversas vertentes e discussão inesgotável.

O Brasil possui uma das maiores biodiversidades do planeta, o que impulsiona discussões relacionadas ao conhecimento de espécies nativas para fins terapêuticos de maneira responsável e não danosa tanto para o homem quanto para a natureza. Ignorar a possibilidade de utilizar o maior patrimônio

genético do mundo como um bem social maior, utilizando para o desenvolvimento sustentável do país, seria, no mínimo, irresponsável.

Dessa forma, política e programas relacionados a plantas medicinais, biodiversidade, fitoterapia e demais práticas integrativas, foram elaboradas, criando um marco regulatório com a função de direcionar ações e diretrizes para estruturação e implantação destes recursos no SUS. A Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos é um exemplo. A política abriu as portas da oficialidade para os medicamentos fitoterápicos — aqueles produzidos diretamente a partir de plantas — e também para o costume do uso da flora no tratamento de problemas de saúde. Porém, a PNPMF tem papel direcionador, não sendo capaz de, por si só, assegurar a execução das diretrizes.

Levando-se em consideração os aspectos apresentados, percebe-se a necessidade de que as políticas de incentivo ao desenvolvimento da indústria farmacêutica nacional de fitoterápicos, integrem indústria e academia para investimento na vasta biodiversidade do país e assim possibilitar o retorno de produtos fitoterápicos e conhecimento de plantas nativas com propriedades medicinais para um avanço real e um ganho para população brasileira.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, E.R. **As plantas medicinais brasileiras**. São Paulo: Hemus, 1993.

ALVES, D.L.; SILVA, C.R. **Fitohormônios: abordagem natural da terapia hormonal**. São Paulo: Atheneu, 2002. BRANDÃO, M.G.L. Plantas medicinais. In: GUERRA, C.B., BARBOSA, F.A.R. (Org.). Programa de Educação Ambiental na Bacia do Rio Piracicaba. Belo Horizonte: UFMG, 1996, p. 173-193.

BRASIL, Congresso Nacional. **Lei nº 9.782**, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. DOU. Poder Legislativo, Brasília, DF, 27 jan. 1999.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, **RDC nº 14**, de 31 de março de 2010. Dispõe sobre o registro de medicamentos fitoterápicos. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br>. Acesso em: 27 ago. 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 248 p. 2003.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília: CONASS, 2011.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988. Brasília, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria interministerial 01/85, MS/MPAS/MEC. Ratifica a estratégia das Ações Integradas de Saúde, entre outros. Brasília, 7 jun. 1985. **Informação para a Saúde**, v.6, n.7, p.84-102, 1985.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 971**, de 3 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, n. 84, seção 1, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **A fitoterapia no SUS e o Programa de Pesquisa de Plantas Medicinais da Central de Medicamentos / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 136 p.: il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, 1ª edição).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 60 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde, 1ª edição).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de medicamentos 2001**/Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. Departamento de Atenção Básica. Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica. **Proposta de Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares - PNMNPC**. Brasília: SE/MS, 2005.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 2.960**. Aprova o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e cria o Comitê Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 10 dez. 2008. Seção 1, nº 240, p. 56.

BRASIL. Senado Federal. **Lei nº 8.080**, de 20 set. 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 28 dez. 1990.

SCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (org.), **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. P. 385-434.

FIGUEREDO, Climério Avelino; GURGEL, Idê Gomes Dantas; GURGEL, JUNIOR, Garibaldi Dantas. A Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos: construção, perspectivas e desafios. **Revista de Saúde Coletiva**, v.24. n. 2, p. 381-400, Rio de Janeiro, 2014.

GADELHA, Carlos Augusto Gabrois. **Biotecnologia em saúde: um estudo da mudança tecnológica na indústria farmacêutica e das perspectivas de seu desenvolvimento no Brasil**. 356p. Dissertação de Mestrado apresentada no Programa de Pós-Graduação em Economia, Instituto de Economia, Unicamp, Campinas, 1990.

GADELHA, Carlos Augusto Gabrois; TEMPORÃO, José Gomes. **A Indústria de Vacinas no Brasil: Desafios e Perspectivas**. ENSP. Rio de Janeiro. 101p. 1999. MATSUCHITAA, Hugo Leonardo Pereira; MATSUCHITAB, Ana Silvia Pereira. A Contextualização da Fitoterapia na Saúde Pública. **UNICIÊNCIAS**, v.19, n.1, p.86-92, 2015.

MERHY, E. **A Saúde pública como política - um estudo dos formuladores de políticas**. São Paulo: Hucitec; 1992.

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. FIOCRUZ, Centro de Desenvolvimento Tecnológico em Saúde - CDTS, ABIFINA, Rio de Janeiro, RJ, **Brasil PHYTOBIOS**, Barueri, SP, Brasil

OLIVEIRA, Jaime A. Reformas e reformismo: “democracia progressiva” e políticas sociais (ou “para uma teoria política da reforma sanitária”). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.3, n.4, p.360-387. 1988.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15-35, 2014. ISSN: 0104-5970.

QUENTAL, Cristiane Machado; GADELHA, Carlos Augusto Gabrois; FIALHO, Beatriz Castro. **O papel das instituições de C&T na dinâmica da inovação da indústria farmacêutica**. In: II Bienal de Pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz, Resumos, p. 216, 2000. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro.

TEIXEIRA, S.M.F. Política de saúde na transição conservadora. **Revista Saúde em Debate**, [S.l.], n. 26, p. 42-43, jan. 1989.

Villas Bôas, G. de K. Aspectos críticos na formulação política de um Sistema Nacional de Arranjos Produtivos Locais para o desenvolvimento de medicamentos de origem vegetal em cada bioma brasileiro. **Revista Fitos** vol.1. n. 2. Rio de Janeiro. 2005.