

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ**  
**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM**  
**SAÚDE DA FAMÍLIA**

**SABERES POPULARES DE PLANTAS MEDICINAIS: UM GRITO**  
**INAUDÍVEL?**

**CURITIBA**

**2018**

**RONY HOFFMANN**

**SABERES POPULARES DE PLANTAS MEDICINAIS: UM GRITO  
INAUDÍVEL?**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Paraná, como requisito à obtenção do título de especialista em Saúde da Família.

Orientador: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Mônica de Caldas Rosa dos Anjos

**CURITIBA**

**2018**

## AGRADECIMENTOS

Na constante necessidade de validar o próprio fazer,  
este muitas vezes aparenta ser individual.

Em devaneios percorridas trilhas com o prazer,  
os objetos se metamorfoseiam em processo banal.

Sem muito compreender o mundo aventureiro,  
Começa a se questionar sobre as possíveis mudanças.  
Inseridas em contextos de simples gozo,  
Vai tentando resolver em jogadas de lanças.

Reluzes ascendem e se refugiam a todo instante:  
“A própria existência deve estar agradecida”,  
Vislumbrado naquelas tramas de palavras beirante,  
Caía nas compreensões da inusitada constituição da vida.

Não era apenas um;  
Era a terra na estrutura do longo caminhar.  
Era a ancestralidade no intenso resgatar.  
Era a construção cotidiana do se relacionar.  
Era o viver,  
a se presenciar.

Com amor,  
a nós.

Hoffmann R; Anjos MCR. Saberes populares de plantas medicinais: um grito inaudível? [Trabalho de Conclusão de Residência]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2018.

## RESUMO

Atualmente o paradigma da produção de saúde é permeado por diversos fatores atrelados aos interesses mercantis que assegura a conservação do modelo biomédico cujo reconhece unicamente saberes produzido cientificamente, determinando concepções acerca do corpo como máquina, individual, biológico, universal e atemporal. Porém mesmo sejam deslegitimados pela hegemonia científica os saberes não institucionais, como os saberes populares de plantas medicinais, estes são significativos nas práticas cotidianas dos indivíduos. Estima-se que atualmente 70 a 90% da população prefere o uso de plantas medicinais, uma vez que a tradição, a cultura e as práticas simbólicas, representam parte indissociável da construção da identidade do indivíduo. Desta maneira, o objetivo deste trabalho se fundou em identificar a percepção de mulheres frente à visibilidade social de saberes populares relacionados ao uso de plantas medicinais no processo de saúde-doença. Para isso, entrevistas semi-estruturadas foram agendadas e realizadas em visitas domiciliares com cada participante, frequentadora do Grupo da Horta na Unidade Básica de Saúde (UBS). As falas foram transcritas e analisadas à luz da Análise de Discurso (AD), abordagem francesa. Como algumas reflexões surgidas através dos discursos produzidos, estão nas estruturas sociais em que se desenvolvem o uso comunitário de plantas medicinais, fundada em distintas opressões na relação com poder biomédico subsidiado pela formalidade de ensino, por questões étnicas-raciais, de gênero, como também pelo atual modo de produção. Simbologias, historicidade, culturalidades, comunidade, valores que representam a constituição de sujeitos são exauridos no limiar da anulação da identidade

nas relações com os trabalhadores de saúde, permanecendo o silêncio. Sendo estas relações justificadas pela segurança e qualidade do modo de cuidado institucional ofertado, são reproduzidos os valores da ciência hegemônica entre a comunidade, favorecendo a manutenção da invalidação dos saberes populares. Logo, retoma-se a necessidade de mudança dos atuais mecanismos hegemônicos que operam para inferiorização e objetificação do outro, como o movimento do saber formal sob o informal, na qual possibilita as expressões dos sujeitos do processo. Claramente que para existir as intersubjetividades nestas relações, a objetificação do trabalho e do produto precisam ser ressignificados mesmo que seja através da superação do atual modo de produção, já que a relação entre sujeitos do processo dentro deste modelo biomédico está pautada na doutrinação de corpos. Como etapa inicial está o processo de conscientização, trazendo questionamentos para compreensão do motivo da reprodutibilidade de discursos e práticas que estão isentadas de uma observação reflexiva da realidade, convergindo em percepções críticas sobre os sujeitos, de posições sociais ocupadas, de processos, de contextos, de classe.

Palavras chave: Análise do discurso. Educação em saúde. Educação Permanente.

Hoffmann R; Anjos MCR. Saberes populares de plantas medicinais: um grito inaudível? [Trabalho de Conclusão de Residência]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2018.

## ABSTRACT

Currently the paradigm of health is permeated by several factors linked to mercantile interests that ensures the preservation of the biomedical model that recognizes only scientifically produced knowledge, determining conceptions about the body as a machine, individual, biological, universal and timeless. However the popular knowledge of medicinal plants, even delegitimized to be a non-institutional knowledge by scientific hegemony, are significant in the daily practices of individuals. It is estimated that currently 70 to 90% of the population prefers the use of medicinal plants, since tradition, culture and symbolic practices represent an inseparable part of the construction of the individual's identity. In this way, the objective of this work was based on identifying the perception of women against the social visibility of popular knowledge related to the use of medicinal plants in the health-disease process. For this, semi-structured interviews were scheduled and carried out at home visits with each participant, attending the *Grupo da Horta* at the *Unidade Básica de Saúde* (UBS). The speeches were transcribed and analyzed in the light of Discourse Analysis (AD), French approach. As some reflections arising from the discourses produced, it is in the social structures in which the community use of medicinal plants is developed, based on different oppressions in the relation with biomedical power subsidized by the formality of education, by ethnic-racial, gender, by the current mode of production. Symbologies, historicity, culturalities, community, values that represent the constitution of subjects are exhausted at the threshold of the annulment of identity in relations with health workers, remaining silent. These relations are justified by the security and quality of the

institutional care mode offered, the values of hegemonic science in the community are reproduced, favoring the maintenance of the invalidation of popular knowledge. Therefore, it is necessary to change the current hegemonic mechanisms that operate for inferiorization and objectification of the other, such as the movement of formal knowledge under the informal, in which it allows the expressions of the subjects of the process. Clearly, in order to exist the intersubjectivities in these relations, the objectification of the work and of the product must be re-signified even if it is through the overcoming of the present mode of production, since the relation between process subjects within this biomedical model is based on the indoctrination of bodies. As an initial step is the process of raising awareness, bringing questions to understand the reason for the reproducibility of discourses and practices that are exempt from a reflexive observation of reality, converging on critical perceptions about the subjects, occupied social positions, processes, contexts, class.

**Key words:** Discourse Analysis. Health Education. Permanent Education.

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b>	01
<b>REVISÃO TEÓRICO-EMPÍRICA</b>	02
<b>METODOLOGIA</b>	27
<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	31
<b>CONSIDERAÇÕES</b>	46
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	49
<b>APÊNDICE 1 – INSTRUMENTO DE PESQUISA</b>	56
<b>APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>	57
<b>APÊNDICE 3 – ARTIGO</b>	59
<b>ANEXO 1 – NORMATIZAÇÃO DA REVISTA</b>	83
<b>ANEXO 2 – CARTA DE SUBMISSÃO</b>	84
<b>ANEXO 3 – TERMO DE APROVAÇÃO DO CEP</b>	85



## APRESENTAÇÃO

O uso de plantas medicinais na atribuição dos saberes populares possui uma grande construção histórica de repressão, desvalorização, invalidação, e concomitantemente apreciação popular. Os caminhos trilhados que subsidiam a atual configuração relacional deste modo de cuidado, contempla a dialética dos modos de produção e das práticas terapêuticas respectivas.

Sabemos que as práticas terapêuticas estavam totalmente alicerçadas com o uso de plantas medicinais, sendo diferenciado apenas pelo sistema médico empregado (BOURDIGNOM, 2011) (mágicos, hipócrates-galênicos, árabes, paracélsicos, ou atrelados aos saberes tradicionais e populares dos povos originários africanos, indígenas, ciganos, entre outros), e sendo determinado também pelo contexto histórico vivenciado ao modelo médico vigente (medicina mágico-simbólica, medicina empírico-racional, e modelo biomédico).

Configurada atualmente pelo modelo biomédico atrelado a interesses mercantis é que o modo de cuidado das plantas se faz presente, na medida em que constitui culturas de sujeitos. E, como modo político operante da supremacia biomédica, é que subjetividades e historicidades dos sujeitos estão ameaçadas nas relações de cuidado com os trabalhadores de saúde.

A partir desta matriz cultural assentada no atual modo de produção em que ocorre o uso comunitário das plantas medicinais e suas mediações, compreendido dentro de sua construção histórica, é que o objetivo deste trabalho se funda em “identificar a percepção dos sujeitos frente à visibilidade social de saberes populares relacionados ao uso de plantas medicinais no processo de saúde-doença”. Isto porque, compreendendo as estruturas sociais que se reproduzem, se valiam as percepções destas pessoas que utilizam plantas medicinais na base comunitária para refletir sobre as singularidades existentes no território, e o processo individual de significações da doutrinação de condutas pelos saberes institucionalizados.

## REVISÃO TEÓRICO-EMPÍRICA

### DO SIMBÓLICO AO CAPITAL: UMA CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DO USO DE PLANTAS MEDICINAIS

Saberes relacionados a plantas medicinais foram se constituindo como primordiais nas práticas terapêuticas desde tempos imemoriais, já mesmo pelas pessoas de Neandertal no período Neolítico, que dependiam fundamentalmente da natureza para sua sobrevivência. Estes saberes foram desenvolvidos por meio da observação (principalmente dos animais) e experimentação, estando intimamente ligados à relação mágico-simbólica nas práticas terapêuticas. (ALMEIDA, 2011; MARQUES, 1998). O objetivo da medicina mágico-simbólica, segundo Barros (2002, p.68), era “reatar o enlace com as divindades, o exercício de rituais que assumiam as mais diversas feições, conforme a cultura local, liderados pelos feiticeiros, sacerdotes ou xamãs”. A relação com a natureza nas sociedades primitivas, de semelhança para com os brasilíndios, segundo Ribeiro (2008, p.45), “evidencia não apenas uma concepção de natureza viva, mas a um sentido animista de como ela era percebida, como um ser vivo muito maior do que os primeiros seres humanos, que dela dependiam para sua sobrevivência”.

Com o advento do escrito e letrados surgiram conhecimentos denominados eruditos acerca das plantas medicinais. Verifica-se que o mais antigo que se apresenta é o Pen Ts’ao datado de 2800 anos a.C. escrito pelo Shennong que descreve diversas plantas e seu uso terapêutico. (ALMEIDA, 2011; FIRMO, et al., 2011). Outro relevante escrito, o Papiro de Ebers datado de 1500 anos a.C., é considerado um grande material médico, que descreve 150 plantas e já contem em si referências mais antigas. Considera-se notório também as produções: Susrata-samhiita (600 anos a.C.) da Índia Antiga, relacionando 700 espécies vegetais; primeira farmacopeia promulgada da China (659 anos d.C.) contemplando a Medicina Tradicional Chinesa que possui origens há 2500 anos a.C. (FIRMO, et al., 2011) e; da era pré-colombiana do império asteca. (MARQUES, 1998).

Referências do uso de plantas medicinais envolveram a conjunção de sistemas terapêuticos tornando-se prática terapêutica estabelecida, como o proposto por Hipócrates de Cós (460-377 anos a.C.), fundador da medicina grega, que utiliza cerca de 240 plantas na terapêutica e, Galeno (122-199 anos a.C.) com mais de 100 obras em

destaque. (MARQUES, 1998). A medicina empírico-racional se estabelece posterior à mágico-simbólica que apresenta características de primórdios no Papiro de Ebers, e, se estabelece pelas produções de Hipócrates e subsequente ao desenvolvimento diagnóstico-terapêutico por Galeno. Neste, é desdenhado o interesse às forças sobrenaturais para o portador da doença, compreendendo sua fisiologia através dos quatro elementos (ar, água, terra e fogo) que gerava os quatro humores (bílis negra, bílis amarela, sangue e fleuma), e das influências do ambiente externo. Este sistema médico hipocrático-galênico compreende que o desequilíbrio dos humores seria o desencadeador de um desequilíbrio, também, do ser, gerando a doença. Este sistema permaneceu fortemente até o século XV e XVI. (MARQUES, 1998; PIMENTA, 1997).

Aristóteles e Teofrasto (371 anos a.C., em “A história das plantas”), Plínio (23-79 anos d.C., em “História natural”), e Dioscórides (século I, em “Matéria Médica”) recebem notoriedade na descrição da botânica e no uso de plantas medicinais, ampliando o conhecimento acerca das mesmas. (MARQUES, 1998).

Após a queda do Império Romano, a Europa atravessou um longo período de obscurantismo científico entre os séculos V e XV, a chamada Idade Média. De forma paralela, nesse período, o mundo árabe emergiu com grande atividade científica sendo acrescido de alguns conhecimentos de origem indiana. Dessa forma, surge a Medicina Árabe, destacando-se o médico Avicena (...). (ALMEIDA, 2011, p.38).

Os escritos previamente citados de Hipócrates, Galeno, Teofrasto, e Plínio, foram extraviados, porém Avicena (980-1037) os compilou em suas produções juntamente com os estudos árabes sobre plantas medicinais, tendo orientado os estudos hipocráticos-galênicos. (SANTOS, 2005). Deste modo, cabe ressaltar que até o século XV os saberes relacionados às plantas medicinais eram permeados por versões e trabalhos árabes. Contudo, os textos médicos clássicos, originalmente gregos, foram recuperados na Renascença, e então, Galeno, Hipócrates, Plínio, e Avicena ganharam novamente visibilidade sendo amplamente disseminados no século XVI. (MARQUES, 1998). Paracelsos (1493 – 1541), opositor ao pensamento “*contraria contrariis curantur*” que consistia no tratamento de alguma enfermidade pela qualidade oposta, se conjura como modelo médico de transição entre a escola galênica e a biomédica. Este se configura como um sistema médico complexo sincrético, visto que considera influências cósmicas e telúricas no ser, conciliando, segundo Barros (2002, p. 71), “a

alquimia, medicina popular, astrologia, a tradição renascentista e sua peculiar visão cristã do mundo”. Outra concepção de corpo saúde e doença foi apresentada, gerando combates entre hipocráticos-galênicos e adeptos ao sistema de analogias. (MARQUES, 1998).

Não foram apenas os conhecimentos eruditos que se desenvolveram com relação ao uso de plantas medicinais como práticas terapêuticas, consolidando e estruturando o arsenal terapêutico disponível. As práticas indígenas, ou mais especificamente dos brasilíndios, foram excessivamente descritas por alguns viajantes e colonizadores naturalistas que chegaram ao Brasil nos séculos XVI, XVII e XVIII. A natureza era motivo de fascínio, “as plantas despertaram um merecido cuidado” (MARQUES, 1998, p. 8); incluindo os minerais, os animais, e os habitantes daquela terra. As plantas eram descritas com o nome usual indígena, sem organização e padronização na coleta das informações, visando unicamente explorar e apresentar até então a “natureza desconhecida”. Das relações com a terapêutica indígena, Guilherme Piso, médico colonizador naturalista, abarcava com receptividade as informações apresentadas, realizando posteriormente experimentos “científicos”<sup>1</sup> para confirmação terapêutica, não desconsiderando tal saber, mesmo quando não era confirmada a ação que se propunha. (CARNEIRO, 2011; MARQUES, 1998).

Estes saberes, mesmo quando descredenciados, do ponto de vista teórico, eram, na prática, utilizados em processos terapêuticos quando do adoecimento de algum colonizador, ou mesmo na Europa. (CARNEIRO, 2011). Cabe salientar que estes conhecimentos eram extremamente relevantes mesmo sem comprovação científica prévia, constituindo farmacopeias portuguesas (1794) e europeias.

Assim, alguns portugueses de forma individualizada foram descrevendo as plantas do novo mundo, sem incentivo ou auxílio oficial, até meados do século XVIII, quando a primeira viagem filosófica chefiada por Alexandre Rodrigues Ferreira chegaria ao Brasil inaugurando a era das expedições científicas patrocinadas pela Metrópole. (MARQUES, 1998, p. 8).

---

<sup>1</sup> O destaque no termo “científico” é compreendido pela crítica ao modo de produção da ciência no transcorrer da história, na qual, legítima apenas as que são produzidas institucionalmente por papéis sociais destinados à realização do mesmo.

Esta expedição descreveu características geográficas, climáticas, das plantas medicinais, dos índios e, dos animais, em toda a Amazônia, identificando, categorizando e sistematizando as informações, por interesses agrícolas da Metrópole. (MARQUES, 1998).

A característica de observador da natureza era exceção, já que os brasilíndios eram considerados desprovidos de conhecimento racional, científico e metodológico, sendo eram enquadrados, pelos colonizadores e jesuítas, como seres inferiores, selvagens, supersticiosos e indignos, pelo fato de não cultuarem um Deus cristão e por não se apresentarem em valores europeus. (MACHADO, 2006). Assim, os saberes de plantas medicinais pelos povos originários eram deslegitimados quando idealizados pela posição inferior que os mesmos ocupavam, contrário aos conhecimentos institucionalizados por perpassar pela cientificidade convencional.

Deste modo, grande parte dos conhecimentos acerca da natureza local eram apenas repassados e “desprendidos” para os colonizadores, assim que os brasilíndios eram por fim “domesticados” (envolvendo também a finalidade de exploração agrícola). (MARQUES, 1998). Neste sentido, o colonialismo representa uma grande interferência no contexto dos brasilíndios quanto à atribuição do saber originário. Este colonialismo produzindo controle para a normatização permanece sob outras interfaces a partir do atual modo de produção, da qual necessita higienizar as práticas de cuidado que não são as dos conhecimentos institucionalizados, demonstrando a necessidade de controle político da população quanto aos seus contextos vivenciais e seus modos de produzir cuidado.

### O cristianismo nas práticas terapêuticas

A relação para com a natureza também é mutável de acordo com as características citadas acima, a concepção prévia de natureza animada, incriada, e eterna, é enfraquecida principalmente pelo feudalismo que subsidia a sociedade grega. Esta sociedade marca definitivamente uma oposição de dois distintos meios, natureza e sociedade, dicotomizando-os. Este pensamento foi propagado e é, ainda, mantido em tempos atuais, na sociedade ocidental. Com o feudalismo estruturando esse desenvolvimento científico em torno das plantas medicinais, o cristianismo reforça esta distinção natureza-sociedade, configurando-se como uma religião antropocêntrica que

contribui com a visão utilitarista de natureza, tornando-a objeto de criação Divina (RIBEIRO, 2008). Segundo o mesmo autor,

Na moral cristã, a natureza transforma-se assim em tentação, em obstáculo que se interpõe entre os homens e mulheres na sua busca de elevar-se a Deus. Esta natureza pagã, que a Igreja combate nos seus primórdios, afasta os cristãos da graça (...) (p. 46)

Assim, os saberes populares de plantas medicinais que estavam envoltos de práticas pagãs foram reprimidos durante a Idade Média. Os clérigos foram os que desenvolveram a prática médica dentro das instituições religiosas, ressignificando concepções de doenças como pecado, ou mal dos céus. (MARQUES, 1998). Deste modo, a prática terapêutica mesclava com os saberes da visão cristã, incluindo-se à prática religiosa nestas, como culto aos santos, oração, e unção com óleos, sendo executado por quaisquer dos papéis citados a seguir. (PIMENTA, 1997). Cabe salientar que o recurso terapêutico até o século XIX era exclusivamente por meio da utilização de plantas medicinais, minerais e animais, já que foi apenas em 1828 que foi sintetizado por Fiedrich Wohler um composto orgânico (uréia), a partir de uma substância inorgânica. (ALMEIDA, 2011). As estruturas sociais em que se desenvolvem o uso de plantas medicinais esteve fundada em distintas opressões referentes às formalidades do ensino como também pelo interesse do Estado, como exemplo os povos pagãos, implicando diretamente nas valorações das relações entre os sujeitos, e conseqüentemente, na repressão destes indivíduos.

### Período da Fisicatura

O exercício da medicina na sociedade feudal era executado por vários papéis: os físicos, os cirurgiões-barbeiros, os boticários, os barbeiros-sangradores, os curandeiros, dentistas-práticos, e as parteiras. (WITTER, 2005). Para cada categoria se destinavam distintas práticas, como por exemplo: os físicos desdenhavam das artes científicas das universidades, com formação teórica médica; os cirurgiões-barbeiros e os barbeiros-práticos ou sangradores, exerciam suas atividades, predominantemente em calçadas das ruas ou em seus domicílios, tratando feridas externas, com técnicas que envolviam o “sangrar, sarjar, aplicar ventosas, pensar ferimentos e extrair balas e dentes” (SOARES, 2001, p. 409) e; os boticários realizavam a comercialização de produtos medicinais.

Para regulação do Estado perante as funções desenvolvidas, a Fisicatura se estruturou como um órgão de fiscalização e legalização destas atividades, que também se distinguia em Físicos-mor e Cirurgiões-mor conforme o período e o lugar estabelecido, o que contribuiu muito com a manutenção e consolidação de estigmas à alguns papéis.

A existência de uma autoridade médica em Portugal, integrada no dispositivo político-administrativo da monarquia, tem sua origem mais remota no funcionamento do cargo de Cirurgião-mor dos Exércitos, estabelecido em 1260 com a finalidade de fiscalizar o exercício das artes médicas e cirúrgicas. (MACHADO et al., 1978, p.25).

Porém, foi apenas em 1448 que foi promulgado, em Portugal, o *Regimento do Cirurgião-mor*, que determinava o exercício de fiscalização das práticas exercidas por físicos e cirurgiões, bem como, da comercialização de produtos, e respectivos preços, por boticários (ABREU, 2010; MACHADO et al., 1978). Por conseguinte, houve a criação do *Regimento do Físico-mor*, em 1515, que determinava a necessidade de exames teórico-práticos para o licenciamento das categorias, distinguindo o exercício das mesmas: aos físicos-mor cabia o controle da medicina nos boticários, droguistas e curandeiros e; aos cirurgiões-mor, o controle das cirurgias realizadas pelos babeiros-sangradores, parteiras, dentistas-práticos e cirurgiões-barbeiros. (MACHADO et al., 1978; REZENDE, 2009).

Segundo Abreu (2010, p. 99), as “penas de prisão, multas pecuniárias, destruição de produtos, estavam entre as várias penalizações previstas para os prevaricadores, físicos ou boticários”, e para isso atuavam em conjunto os “soldados de saúde” armados. (MACHADO et al., 1978).

Segundo Machado (1978, p.28), “esse é o tipo de poder médico que será transplantado para o Brasil e que permanecerá, em suas grandes articulações, intocado até o início do século XIX”. O período da Fisicatura no Brasil, em si, foi de 1808 a 1828 (PIMENTA, 1997), mas previamente à esta data, já havia médicos designados à físicos-mor para sua devida atribuição fiscalizadora na Bahia desde 1744. (MACHADO et al., 1978; VIOTTI, 2012). Este fato gerou uma demanda grande de médicos e cirurgiões que culminou, em 1808, na criação das primeiras instituições de ensino médico no Brasil, a Escola de Medicina, na Bahia, e a Escola Anatômica, Cirúrgica e Médica no Rio de Janeiro, entretanto, foi somente em 1832 que começaram a se formar médicos nestas instituições. (PIMENTA, 1997; REZENDE, 2009). As criações das instituições

de ensino também permitiram o controle e uniformização das práticas terapêuticas, permitindo segundo Oliveira (2015, p.?), que os médicos buscassem “a exclusividade da prática e do saber sobre saúde, definindo seu conhecimento como o único legítimo e desconsiderando outras práticas e conhecimento, não incorporados por sua formação”.

Durante este período a preferência popular, de todas as classes sociais, para o tratamento de enfermidades era prioritariamente pelas práticas populares exercida pelos curandeiros. Tal fato não era respaldado pela falta de médicos, mas em escolhas arbitrárias e legítimas de práticas que envolvem concepções culturalmente semelhantes de corpo, saúde e doença pela população (WITTER, 2005), através da compreensão etiológica das doenças pela natureza sobre-humana (espiritualidade), bem como da mescla de arsenais terapêuticos. (SOARES, 2001). Segundo o mesmo autor (p.423),

(...) a experiência acumulada pelo cotidiano produzia novas mezinhas, resultado do amálgama de tradições indígenas, ibéricas e africanas, às quais todos tinham acesso ilimitado. Geralmente usadas por conta própria, de acordo com os saberes domésticos enraizados pela tradição ou atendendo às recomendações específicas dos curandeiros, as mezinhas domésticas constituíam prática bastante comum no Brasil.

As terapias das tradições africanas advindos de diferentes grupos africanos influenciaram fortemente nas práticas terapêuticas decorrentes, como dito, mesclando-as com as existentes, agregando distintas plantas medicinais oriundas da África, trazidos pelos negros durante os três séculos de tráfico negreiro, principalmente para a região norte, nordeste e sudeste do país. Deste modo, estruturou-se fortemente grande uso de plantas medicinais também nos rituais religiosos (ALMEIDA, 2011; OLIVEIRA, 2008). Entretanto, estes modos de cuidado permaneciam às práticas populares não administrativas, visto que os africanos eram situados em posição social inferior à dos europeus que, segundo Oliveira (2008, p. 93), "definiu o modelo prevalecente nas relações socioeconômicas e no aparato administrativo instalado para levar a cabo o processo de dominação do lugar e dos demais grupos culturais envolvidos."

No período da Fiscatura, todas as categorias supracitadas eram consideradas legítimas pela mesma, desde que possuíssem licença para atuação. O processo para obtenção da autorização era criterioso, necessitando comprovação de experiência de quatro anos de prática em hospitais, bem como, realização de exame aplicado por um físico-mor ou cirurgião-mor, denotando controle de tais práticas. (SOARES, 2011). A Fiscatura se obrigou a manter a legalização dos curandeiros e outros ofícios das artes mecânicas em distintos lugares, justificando-se oficialmente pelo fato de possuir poucos



médicos autorizados para seu ofício, no território. (PIMENTA, 1997). Em vilarejos e regiões mais distantes do centro da cidade, onde não havia a presença de médicos, a licença era concedida em caráter temporário aos curandeiros. (SOARES, 2011; WITTER, 2005).

Os boticários, os barbeiros, parteiras, e curandeiros, até então eram tolerados e relativamente aceitos pelas autoridades médicas, porém, a partir da extinção da Fisicatura no Brasil, em 1828, com subsequente fundação da Sociedade de Medicina, em 1829, estas categorias sofrem intensas críticas e deslegitimação, configurando-as como provedoras do charlatanismo. (SOARES, 2011). Esta característica é mais notória quando se analisa a relação direta destes ofícios com mulheres, escravos, pobres e africanos. (PIMENTA, 1997). Considerando a construção social burguesa, eurocêntrica, racista e misógina da cientificidade cartesiana, estar nestas posições anteriormente ditas, representam a possibilidade de maiores repressões quanto aos saberes populares quando nas relações com os trabalhadores de saúde, que por via não possibilitam a assunção destes sujeitos e suas práticas de cuidado no processo saúde-doença.

Segundo Oliveira (2015, p.?):

Com a ascensão social de sua profissão e buscando a exclusividade nas práticas de saúde, os médicos cada vez mais exigiram a repressão do estado contra o que denominavam charlatão – barbeiros, cirurgiões, parteiras, curandeiros, e outras figuras que “concorriam” com os médicos nas práticas de cura.

O quadro legal de exercícios foi modificado, e apenas os médicos, cirurgiões, boticários e parteiras (com distintas limitações), estariam oficialmente legitimados para atuar. (WITTER, 2005). Os cirurgiões também foram alvo de penalizações sociais já que a práxis estava intimamente ligada com a manipulação do “sujo”, de trabalhos manuais (arte mecânica), do corpo, do sangue; diferentemente associado ao conhecimento erudito, arte liberal, ofícios pressupostos dos médicos (ABREU, 2010; WITTER, 2005), grupo social “mais abastado”. (PIMENTA, 1997). Desta forma, o charlatanismo estruturava violências morais a diversos praticantes na arte terapêutica. Machado et al. (1978, p. 202) ilustram as representações sociais destas categorias citando teses à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro de Francisco de Paula Costa<sup>2</sup> e

---

<sup>2</sup> Francisco de Paula Costa, *Algumas reflexões sobre o charlatanismo em medicina*, tese à Faculdade de Medicina do Riode Janeiro, 1841, p. 7.

de Joaquim Alves Pinto Guedes Junior<sup>3</sup>, que tipificavam os barbeiros “de ordinária estúpidos africanos que as vezes nem sabem se expressar”, e as parteiras “de ordinário vindas da classe baixa, imbuídas de graves preconceitos, despidas de todos as conhecimentos, ignorando mesmo o ler e o escrever, cuja mocidade foi estragada nos deboches e prazeres”. Sampaio (1995, p. 4) retrata claramente os pensamentos sobre o curandeiro a partir de uma mídia documental da época, como:

(...) agente de ‘práticas indecentes’, era um ‘ignorante velhaco’, pois não tinha estudos ou qualquer conhecimento da ‘verdadeira medicina’, mas era esperto e hábil. Tanto que conseguia iludir facilmente com seu ‘charlatanismo’ a ‘pouca ilustrada massa popular’ (...). A imprensa, então, em sua missão pedagógica de ‘persuasão’ e ‘doutrinação do povo’, deveria agir, cobrando das autoridades que cumprissem seus deveres e acabassem com aquele ‘mal’(...).

Do monopólio do exercício de curar, da extinção da concorrência com os terapeutas, da alienação da população, da construção de uma identidade que conduziria a modernidade, do prestígio à superioridade, se faziam a deslegitimação de terapeutas populares. (PIMENTA, 1997; SAMPAIO, 1995).

Estes comportamentos frente às práticas populares foram reforçados e corroborados por diversos momentos históricos, a exemplo da “Revolução Científica” decorrente do século XVII, na qual possui vinculação contextual com o Renascimento, cujas concepções mecanicistas ascendem o método científico, consagrando a racionalidade cartesiana. (RIBEIRO, 2008). Esta racionalidade traz em si a transferência do âmbito contextual para o ser humano e seus modos de organização e não somente pela religião como ocorria anteriormente. (PIDNER, 2010, p.40). A natureza torna-se máquina, e, é a matemática o instrumento capaz de resolver estes questionamentos. (SILVA; MELO-NETO, 2015; RIBEIRO, 2008). Até o feudalismo as instituições que desenvolviam cientificidade estavam atreladas exclusivamente à religiosidade, porém, com a modernização da sociedade e o estabelecimento do capitalismo ocorre uma periferização religiosa, que não deixa de se extinguir, mas se configura como antiga aos

---

<sup>3</sup> Joaquim Alves Pinto Guedes Junior, *Deve haver leis repressivas do charlatanismo, ou convém que o exercício da medicina seja inteiramente livre?*, tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1853.

preceitos da ciência moderna. Há, portanto, um redimensionamento da produção de conhecimento para universidade intitulada como moderna, onde se produz como lugar sociológico, que acompanha a redefinição da sociedade. (PIDNER, 2010). Já não se possui necessidade de uma concepção da natureza como promotora e protetora, transformando-a em ferramenta, fonte de matéria-prima a ser apropriada tecnicamente por crédito ao desenvolvimento instrumental. (RIBEIRO, 2008). Assim, tais determinações convergem na concepção instrumentalizada das plantas medicinais pelo atual modelo de saúde, que geralmente considera unicamente a planta e suas substâncias químicas, invisibilizando as culturas entorno da construção histórica-social dos saberes populares e a promoção de saúde que há nestas práticas de cuidado.

Renè Descartes (1596- 1650), filósofo e matemático francês, torna-se figura referência para a Revolução Científica, estruturando um método onde os papéis sociais destinados às práticas terapêuticas, vinculadas à concepção científica em desenvolvimento, deveriam se respaldar. Como premissas metodológicas notórias, não havia aceitação de qualquer situação do qual não poderia ser comprovada integralmente, separando-a e segregando-a quanto sejam possíveis, que possibilitaria, assim, a minuciosidade da análise. (BARROS, 2002; LIIMAA, 2013).

Deste modo, as partes dos corpos são isoladas e estudadas em forma de sistema que supostamente iria condizer em âmbito teórico à totalidade do corpo, ou seja, peças integrantes de uma grande máquina. As doenças se ressignificam em peças que não apresentam determinado desempenho esperado, necessitando assim seu “concerto” para o funcionamento da máquina. (MURTA; FALABRETTI, 2015). “Fragmentar o todo em partes era o melhor caminho para uma melhor compreensão de uma dada realidade”. (LIIMAA, 2013, p.29). Estes pressupostos para investigação do hipotético objeto fundamentam o atual modelo biomédico ou mecanicista, de grande caráter reducionista, desenvolvido pela ciência hegemônica. (BARROS, 2002). Algumas literaturas citam que o sucesso da criação de teorias matemáticas que explicaram o mundo e os fenômenos por Isaac Newton, foram movimentos essenciais para o desenvolvimento da noção cartesiana do corpo a ser explorado. (LIIMAA, 2013).

Os estudos anatomopatológicos subsidiaram tal tipificação do modelo biomédico, devido à possibilidade de investigação dos tecidos dos corpos dissecados, observando-os, classificando-os, e agrupando-os, conjurando diretamente a lesão à doença. (OLIVEIRA, 2015). Deste modo, a realidade tornava-se objetiva independentemente do observador, necessitando que o cientista e observador

apropriasse da mesma, pelos instrumentos de uma ciência supostamente neutra. (LIIMAA, 2013). Diversos estudos foram gradativamente sendo validados e reconhecidos pela medicina moderna, como estudos anatômicos de Vesalius<sup>4</sup> (1543), circulação sanguínea por William Harvey (1628), vacina por Edward Jenner (1790-1823). (BARROS, 2002).

Outro estudo que contribuiu para a configuração do atual modelo foi a teoria microbiana, proporcionada por Louis Pasteur e Robert Koch, que evidenciaram as funções dos microorganismos e suas associações com as doenças. Se identificada a origem da doença a partir da visão microbiana, os esforços para a recuperação da saúde estariam, exclusivamente, envoltos da eliminação do microorganismo (BARROS, 2002; LIIMAA, 2013), e não nas condições que promoveu esta. A noção de unicausalidade torna-se hegemonia já nos fins do século XIX obscurecendo, segundo Barros (2002, p.74), “concepções que destacavam a multicausalidade das doenças ou que proclamavam a decisiva participação, na eclosão das mesmas dos fatores de ordem socioeconômica”. Como dita, a deslegitimação quanto ao uso de plantas medicinais, na atribuição de saber popular, pelos trabalhadores de saúde nas relações com sujeitos é corroborado pela visão unicausal, que permite a exclusão de uma concepção mais ampla sob as singularidades existentes atrelados aos seus valores simbólicos.

### Sociedade capitalista e o modelo biomédico

A concepção mecanicista de corpo, que o ancora conceitualmente, vem contribuindo para a disciplinarização dos corpos, ‘moldando’ as classes trabalhadoras para os processos de trabalho explorado e alienado, onde um corpo domesticado, socializado para exercer as funções segmentadas,

---

<sup>4</sup> Como substanciado pelas reflexões epistemológicas de Ludwick Fleck, o conhecimento é uma construção da interação entre o sujeito e o objeto, mediado por seu contexto sociocultural, respondendo às interações dos coletivos de pensamentos com seus respectivos estilos de pensamento, como também, em conformidade à estrutura de pensamento de cada momento histórico (LORENZETTI; MUECHEN; SLONGO, 2013). Verifica-se assim, que denominar estas pesquisas de Vesalius, Harvey, Jenner, como “descobertas”, como também de fontes individuais, estariam apagando a historicidade em que há na construção da ciência em seu contexto social. Como quando inseridos na universidade, são ignorados os esforços das construções coletivas dos grupos de pesquisa, nomeando como responsável o pesquisador líder para tal achado.

monótonas e repetitivas da produção industrial taylorista/fordista, foi condição *sine qua non* para a instauração do capitalismo. (BARBOSA, 2010, p. 20).

O paradigma da produção de saúde na atualidade é permeado por diversos fatores atrelados aos interesses mercantis. O sistema capitalista assegura a conservação do modelo biomédico que reconhece unicamente saberes produzidos cientificamente, determinando concepções acerca do corpo como máquina, individual, biológico, universal, e atemporal, destituindo-o dos determinantes sociais e culturais. (BARBOSA, 2010; BARROS 2002). Tais significações a estes corpos também foram devidamente estabelecidas através das produções de Abraham Flexner (1866 – 1959) nos Estados Unidos da América (EUA) e com implicações diretas no mundo ocidental, incluindo o Brasil. (ALMEIDA-FILHO, 2010; PAGLIOSA; ROS, 2008).

O Relatório de Flexner (1910) é considerado como responsável pelas grandes reformas que aconteceram nas escolas médicas norte-americanas, que implicou modificações estruturais no modo de cuidado. Estas alterações nas instituições já estavam sendo realizadas de forma irreversível, mas foi a partir deste relatório que consolidou tais modificações e posteriormente sua difusão em outros países. (PAGLIOSA; ROS, 2008). Promovido e concebido pela *Rockefeller Foundation*, fundação privada estreitamente relacionada ao complexo médico-industrial norte-americano, Flexner foi destinado a visitar cerca de 155 escolas médicas nos EUA e Canadá durante seis meses. (ALMEIDA-FILHO, 2010).

Na época, não havia padronização para a abertura de escolas médicas, possibilitando a existência de diversas escolas com abordagens terapêuticas diferentes, como fisiomedicamelismo e botanomedicalismo, e também com diferentes critérios de inclusão e quantidade de horas de formação. Com visão hospitalocêntrica e elitista, observava em poucas horas nos laboratórios e corredores das instituições de ensino a mera presença de aparelhos e instrumentos, justificado pelo seu tecnocentrismo, e também não utilizava instrumento de avaliação padronizado e validado para averiguar outros quesitos. Tal característica ocorria, pois Flexner propunha o modelo alemão de ensino médico que consistia no hospitalocentrismo, nas pesquisas experimentais e na especialização. Os hospitais se tornam fonte de aprendizado, sendo instaurada, por meio da observação e experimentação, a fidedignidade científica, assegurando o positivismo, reducionismo e biologicismo. Segundo Pagliosa e Ros (2008, p. 496), “o social, o coletivo, o público e a comunidade não contam para o ensino médico e não são

considerados implicados no processo de saúde-doença”. Tais fatores corroboram com os interesses mercantis para a doutrinação da população pelo poder biomédico, permitindo a higienização de práticas de cuidado diferentes do mesmo, por silenciar os contextos sociais em que se desenvolvem o sujeito. Neste sentido, a historicidade e as significações destes indivíduos estariam silenciados na medida se tornam mais passíveis às intrusividades do modelo biomédico.

Com este relatório produzido, o número de escolas médicas nos EUA foi reduzida de 131 para 81, nos 12 anos seguintes, e a redução das escolas homeopáticas, de 20 para 4, entre os anos de 1910 e 1920. (PAGLIOSA, ROS, 2008).

Do ponto de vista conceitual, reiteradamente identificam-se, no modelo flexneriano, diversos elementos (ou defeitos): perspectiva exclusivamente biologicista de doença, com negação da determinação social da saúde; formação laboratorial no Ciclo Básico; formação clínica em hospitais; estímulo à disciplinaridade, numa abordagem reducionista do conhecimento. Do ponto de vista pedagógico, o modelo de ensino preconizado por Flexner é considerado massificador, passivo, hospitalocêntrico, individualista e tendente à superespecialização, com efeitos nocivos (e até perversos) sobre a formação profissional em saúde. Do ponto de vista da prática de saúde, dele resultamos seguintes efeitos: educação superior elitizada, subordinação do Ensino à Pesquisa, fomento à mercantilização da medicina, privatização da atenção em saúde, controle social da prática pelas corporações profissionais. Do ponto de vista da organização dos serviços de saúde, o Modelo Flexneriano tem sido responsabilizado pela crise de recursos humanos que, em parte, produz crônicos problemas de cobertura, qualidade e gestão do modelo assistencial, inviabilizando a vigência plena de um sistema nacional de saúde integrado, eficiente, justo e equânime em nosso país. Do ponto de vista político, por ter sido implantado no Brasil a partir da Reforma Universitária de 1968, promovida pelo regime militar, tal modelo de ensino e de prática mostra-se incompatível com o contexto democrático brasileiro e com as necessidades de atenção à saúde de nossa população, e dele resultam sérias falhas estruturais do sistema de formação em saúde. (ALMEIDA-FILHO, 2010, p. 2235)

Cabe ressaltar que, a associação do corporativismo médico e do grande capital, influenciado pelas grandes propagandas nas publicações da *American Medical Association*, exerceu forte pressão para que as instituições seguissem o modelo flexneriano proposto, a partir, muitas vezes, de incentivo financeiro (ALMEIDA-FILHO, 2010, p.2235).

As tentativas de rupturas do modelo flexneriano no Brasil foram fracassadas, pelo complexo médico-industrial mediado pela produção de capital que estrutura mais interesse aos professores em pesquisa e em sua prática privada, destituindo-o ao interesse na formação. (PAGLIOSA; DA-ROS, 2008). Há um desenvolvimento da cientificidade moderna voltada exclusivamente para a produção capital, onde o sistema

trabalhista exploratório faz com que olhares virem mercadoria, sustentado na área da saúde pelo complexo médico-industrial. (GADELHA, 2003).

A crescente ingerência do complexo farmacêutico transnacional, que pauta e financia pesquisas na área biomédica de acordo com seus interesses mercantis (inclusive direcionando, falsificando e mesmo ocultando resultados de pesquisa), não é algo que pode ser menosprezado em termos da (tão cara) 'autonomia' do pesquisador e da ética em pesquisa. (BARBOSA, 2010, p. 14)

O mercado se torna central no desenvolvimento das pesquisas científicas e na formação profissional, mistificado pela hegemonia como lugar território da produção de ciência, onde há apenas interesses coletivos dotando caráter de neutralidade e racionalidade. Por assim, absolvida da crítica social, mantém e reproduz o *status quo* moderno, e revigora sua manutenção pela interferência do complexo médico-industrial. (PIDNER, 2010). Tal fator delimita também a superioridade doutrinada da ciência convencional e as relações de poder na qual se estabelece com os sujeitos que não perpassaram pelo ensino convencional, e conseqüentemente, por dotar este caráter de neutralidade na perspectiva positivista, é reproduzido ideologicamente por todos os sujeitos do processo os interesses políticos e econômicos de uma pequena parcela da população.

Com produção de trabalhos científicos individualizados, em linha de montagem fordista-taylorista, abandona-se a atuação coletiva e crítica, incorporando a lógica corporativista e produtivista voltada para o mercado do conhecimento (ou conhecimento do mercado), que rege até os planos subjetivos dos pesquisadores. (BARBOSA, 2010). Deste modo, o âmbito cultural dos indivíduos que ingressam às universidades é despido pelo poder da cultura científica, incluindo-se os saberes populares de plantas medicinais. (PALMA, 2011). Tal contexto é justificado pelas reflexões de Ludwik Fleck, pois o ingresso à um diferente coletivo de pensamento, como a universidade, é mediado pela coerção de pensamento para que corrobore com a circulação intracoletiva de ideias dentro deste, no intuito de compartilhar os conhecimentos e práticas deste coletivo, como também sua efetiva extensão. (LORENZETTI; MUECHEN; SLONGO, 2013). Deste modo, evidencia-se que o processo fundante das relações desiguais entre os sujeitos do processo, transgride a culpabilização da opressão unicamente pelos trabalhadores de saúde, já que também estes são objetificados na sua formação acadêmica e conseqüentemente na sua atuação profissional.

Quanto à mediação da organização industrial às universidades, refere-se que a área da saúde é a que possui maior interação entre ensino, pesquisas e empresas. Esta relação é essencial para as indústrias, por ser fonte de muitas inovações abarcadas pela intensidade de tecnologia em todas as áreas de saúde, estimulando a competitividade entre os segmentos do complexo médico-industrial, na qual possui o Estado como uma instância determinante para a sua conservação. (GADELHA, 2003). Atuando fortemente nas universidades, o complexo médico-industrial também focaliza seus processos de produção e consumo de medicamentos, nas indústrias e nos prestadores de serviços médicos, institucionalizando-se como “sistema médico do capital monopolista”. (GADELHA, 2003; PAGLIOSA; DA-ROS, 2008). Os prestadores de serviços médicos caracterizados pelos hospitais, ambulatorios, e serviços de diagnóstico e tratamento, são tecnologias dominadas pelos fornecedores que regulam a demanda industrial tanto no espaço privado quanto público. (GADELHA, 2003). Assim, as produções científicas das instituições de ensino e pesquisa, estarão também nas relações mercantis dos interesses industriais privados, já que são através destas que também se sustentam as práticas dentro das tecnologias supracitadas. Estrutura-se, neste sentido, o modo operante da mercantilização da saúde na qual as práticas terapêuticas serão norteadas pelo consumo de bens e serviços, desta relação que, estão compreendidas pelo controle político da medicalização social.

Considerando tais contextos de demandas mercantis, a produção científica constituída como validadora para o conhecimento erudito, contribui para a marginalização dos saberes empíricos e populares. Assim, os trabalhadores de saúde, em sua prática, não possuem respaldo à orientação do uso de plantas medicinais à população, ressaltando-se esta apenas no ambiente familiar. Quando cabidas no ofício prescritivo, ou seja, prática validada pela ciência cartesiana, também não é significativo totalizando cerca de 5% das prescrições. (BADCKE et. al 2016; CLIMBERIS, 2007).

Os saberes populares de plantas medicinais são negados, sendo possibilitado o uso popular pela população exclusivamente na prevenção de doenças e no tratamento paliativo, a partir da ótica dos profissionais de saúde. As ameaças às práticas terapêuticas validadas se estabelecem na possibilidade da interferência do saber popular no saber científico. Assim, a utilização de plantas medicinais como modo de produção de saúde seria complementar ao tratamento alopático para a recuperação da doença. (PALMA, 2011). Tais fatos também são assegurados pela intensa estratégia de *marketing* dos medicamentos à população e aos prestadores de serviços médicos,



necessitando uma estrutura bem organizada para gerar maior aceitação no mercado e capitalizar as “descobertas”<sup>5</sup> pela indústria farmacêutica, que sobrepõe à cidadania e à saúde pública. (CLIMBERIS, 2007; JESUS, 2001; YOUNG, 2001).

Resultante também da interferência do capitalismo junto as estruturas do complexo médico-industrial, a medicalização social, tem por si, um interesse político de dominação dos corpos sociais para o controle, e o não desenvolvimento da autonomia da população no processo de saúde e doença. Neste sentido, gera demandas extensivas aos prestadores de serviços que, como dito, possuem também suas intermediações a interesses mercantis. A individualização dos problemas ao nível biológico, naturaliza as reais causas sociais das origens destes, fortalecendo o processo de medicalização social. (TESSER, 2006).

Extremamente cobiçada pelas indústrias farmacêuticas para desenvolvimento de novos fármacos para preservação da medicalização social, o meio ambiente torna-se fonte deste interesse pela vasta biodiversidade, possuindo como condicionantes deste dinamismo industrial, a propriedade intelectual e as patentes. (YOUNG, 2001). Esta é reduzida a um recurso natural a ser explorada e dominada industrialmente, pela ótica utilitarista e intervencionista, podendo ser legitimada apenas quando esta é mercantilizada. (PIDNER, 2010).

Dados da literatura apontam que, atualmente no mercado farmacêutico, aproximadamente 25% dos fármacos são oriundos de plantas medicinais. Porém, se considerarmos também as moléculas obtidas por via sintética, que tiveram como modelo uma espécie vegetal, este percentual pode ser significativamente superior chegando a cerca de 70%. (CECHINEL; YUNES, 2012, NEWMAN; CRAGG, 2012). Para sistematização de eventuais pesquisas no desenvolvimento de medicamentos a partir de plantas medicinais, os conhecimentos tradicionais tanto de comunidades locais e povos tradicionais formam os subsídios para este processo. Isto porque, o uso empírico baseado na tradição oral reflete uma construção histórica cultural e social, estruturados e

---

<sup>5</sup> Ressaltamos este termo, pela invisibilidade construída da propriedade intelectual de comunidades locais e povos tradicionais da flora brasileira pela hegemonia científica. A descoberta, na realidade, é por uma construção histórica destes povos a estes saberes. Além disto, como dito anteriormente, considerar como descobertas, estaríamos mediando uma exclusão de um processo de construção de pensamento de forma histórico-social.

aprimorados por meio das experiências práticas. (ANTONIO; TESSER; MORETTI-PIRES, 2013; BADKE, et al., 2016; SILVA; MELO-NETO, 2015; OLIVEIRA, 2008).

Contudo, no processo de acesso a estes conhecimentos e sua posterior apropriação para o desenvolvimento dos medicamentos, pela ideologia determinante o patrimônio da humanidade se configura como público de livre acesso, e quando este é transferido à lógica mercantilizada, o mesmo torna-se propriedade privada, que é garantido posteriormente pela patenteabilidade (OLIVEIRA, 2008).

Toda cultura é feita de empréstimos, adaptações, interpretações e de diálogos com outros grupos culturais. Entretanto, a mercantilização contemporânea da vida, atingindo várias dimensões e esferas da sociedade, resulta no estabelecimento de relações desiguais nos processos de busca de técnicas, saberes e conhecimentos desenvolvidos localmente por grupos culturais específicos. Enquanto, por um lado, grupos locais cedem ou doam informações e conhecimentos sobre plantas e outros elementos da biodiversidade utilizados, com base na tradição oral, há gerações, para os cuidados do corpo e da saúde, por outro lado, empresas e indústrias se apossam duplamente das informações e da natureza, estabelecendo-se como donos, registrando patentes e princípios ativos, transformando tudo em mercadoria. (OLIVEIRA, 2008, p. 174)

Estas patentes, que são concedidas a indústrias farmacêuticas quando inserem um medicamento no mercado, são caracterizadas como um tipo de ressarcimento financeiro após grande montante orçamentário exigido pelo setor de Pesquisa e Desenvolvimento (P&D), processo que conseqüentemente incentiva outras indústrias à pesquisa no intuito de usufruir desta mesma exclusividade. (YOUNG, 2001). Cabe considerar que no atual contexto, ao invés de se estabelecer a competitividade industrial, é constituído um monopólio empresarial já que a capacidade industrial e detenção dos recursos tecnológicos são restritas apenas a algumas destas. (MACEDO; BARBOSA, 2000). Este incentivo vem ocorrendo regularmente a empresas estrangeiras pelo desenvolvimento de diversos fármacos a partir da flora brasileira movimentando grande recursos financeiros. (OLIVEIRA, 2008).

A indústria farmacêutica internacional contando com o amplo acesso à biodiversidade dos países de flora tropical, mais do que a exploração da propriedade intelectual das comunidades locais e povos tradicionais, dispõem de fonte de matéria-prima para a produção dos medicamentos, que ergue os direitos de suas “descobertas”, tornando-as inacessíveis aos países e povos de origem (TEIXEIRA, 2005). Assim, como denota Oliveira (2008, p.170), "muitos conhecimentos tradicionais sobre os recursos da biodiversidade adquirem outro valor quando passam ao âmbito do mercado, transformados pela possibilidade de lucro que representam para empresas e indústrias".

“A proteção de muitas pesquisas se inicia com irregularidade na bioprospecção ou nos acessos a recursos naturais de países ricos em biodiversidade e pobres em mecanismos, sem política de proteção para seu patrimônio”. (TEIXEIRA, 2005, p. 29). Neste sentido, o Estado é responsável pela proteção e gestão do conhecimento tradicional e, conseqüentemente, pela manutenção da marginalização abusiva das comunidades tradicionais e originárias. (REZENDE; RIBEIRO, 2005).

Por ora, a cientificidade do modo de cuidado neste contexto, tende a tornar a sociedade mais dependente das práticas profissionalizadas cientificamente (ANTONIO; TESSER; MORETTI-PIRES, 2013), ocasionando o uso das plantas medicinais quando suas dosagens terapêuticas, contraindicações e indicações clínicas estão padronizadas (OLIVEIRA, 2015), restringindo-a à prática biomédica médico-centrada. A fitoterapia quando inclusa nestas práticas são representadas como mais uma opção medicamentosa, restringindo o saber popular a apenas um indício para o desenvolver científico. (ANTONIO; TESSER, MORETTI-PIRES, 2013).

A restrição à padronização do uso de plantas medicinais para fitoterapia industrializada é assegurada também pela ilegalidade de produção e distribuição de remédios caseiros (art. 273 Código Penal Brasileiro), que são os principais recursos utilizados no ofício de práticas populares, por não atenderem as exigências da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). (DIAS; LAURANO, 2014).

Desta maneira, a permeabilidade deste modo de cuidado nas práticas profissionalizadas de saúde é dificultada, obstaculizando a integração dos saberes populares e, conseqüentemente, a escuta aos indivíduos sobre seus modos de produção de cuidado. (ANTONIO; TESSER, MORETTI-PIRES, 2013). Contudo, mesmo que possivelmente agregasse estas práticas populares a partir de uma visão científica ocidentalizada, segundo Oliveira (2008, p. 49),

O arcabouço conceitual positivista da biomedicina não serve para aferir eficiências terapêuticas destas outras práticas medicinais, pois correspondem, entre si, a categorias mentais culturalmente distintas, a diferentes visões de mundo e arcabouços simbólicos, que não podem ser reduzidos a um único modelo.

## SABERES POPULARES

A ciência moderna se caracteriza como promotora de verdades sociais, e neste processo visualiza não apenas sua ascendência, mas sua hegemonia. Como mediadora

das práticas de cuidado, dita os limites epistemológicos e técnicos, possibilitando desta maneira apenas sua inserção nestas práticas, excluindo e negando outras formas de saberes que não se enquadram nos limites por ela estipulados. (OLIVEIRA, 2015).

A ciência não é nem deve ser produzida em qualquer lugar, ela tem seu lugar de produção: a universidade moderna. Os muros da universidade simbolizam o limite do lugar de produção científica. É nessa perspectiva que a universidade também é território da ciência. É produzida, portanto, como o lugar-território da ciência. (PIDNER, 2010, p.41)

Esta se estabelece como um projeto unificador de saberes, ou seja, como uma monocultura de saber, formulando um trajeto linear definindo normas e padrões, que traz consigo um “repertório congelado”. (PIDNER, 2010). Como dito, pelos critérios estabelecidos e formulados pela mesma, produz-se como verdade absoluta, e aqueles que não dotassem deste conhecimento estariam marginalizados e desinformados. (NASCIBEM; VIVEIRO, 2015; PIDNER, 2010). Contudo, como assinala Elizabetsky (2003, p. 35), “a ausência de educação ou cultura formal não implica em ausência de saber”, que em contrapartida é compreendido como tal.

Desta maneira, há uma hierarquia na qualidade dos pensamentos, daqueles que se disponham da razão como formação de conhecimento, que se identificam por um *status* superior, e, os que estariam dispostos aos sentidos, às experiências culturais e sociais, estariam atribuídos como inferiores. (GERMANO; KULESZA, 2010). Tal fato é subsidiado pela diferenciação entre senso comum e ciência, sob ótica do desenvolvimento científico hegemônico e altamente tecnificado, que induz a desqualificação dos conhecimentos das camadas populares, justificados pelo não acesso destes ao conhecimento formal. (BENSEN et al., 2007; TESSER, 2009). Deste modo ocorre também pelo movimento da “pseudo-superioridade” para a “pseudo-inferioridade”, que por estar em deficiência materiais, justifica seu colonialismo pela invasão cultural às classes dominadas. (FREIRE, 1981)

Entretanto, deve-se ater da diferenciação entre senso comum e saberes populares, já que apresentam qualidades e características opostas. O senso comum é transclassista, ou seja, pertinentes a todas classes sociais, orientado a favor das classes dominantes para zelo e manutenção da ordem econômica, de valores, ideologias e significados. Já os saberes populares, é a expressão das camadas populares da sociedade, situados a margem das instituições formais que possuem como estatuto a cientificidade, meio na qual garante o poder da sociedade. (LOPES, 1993). “O saber

popular é entendido como aquele adquirido nas lutas, que não está escrito nos livros, aquele que é fruto das várias experiências vividas e convividas em tempos e espaços diversos na história do povo”. (DICKMANN, I; DICKMANN, 2008, p.70<sup>6</sup>, apud KOVALSKI; OBARA; FIGUEIREDO, 2011, p.?). Deste modo, o senso comum assinala a uniformidade e padronização, e o saber popular para a especificidade e diversidade. (LOPES, 1993).

O conhecimento científico, aparentemente para defender a produção do saber e na verdade para proteger a si mesmo, viola a natureza plural dos saberes ao projetar um monopólio sobre a produção e a distribuição de idéias e pensamentos. Trata-se, assim, da produção de uma hegemonia, definida através do exercício de afirmação ideológica da ciência como um conhecimento de interesse comum a todos. (PIDNER, 2010, p. 10)

O ato de simplificar e a tentativa de unificar estes outros modos de cuidado correspondem à busca de controle, do discurso de poder, que justifica a manipulação, a dominação e a violência. Construída a partir da cientificidade moderna sob estratégias ideológicas, se insere e atrela outros campos como o cognitivo, social, político e psicológico. (PIDNER, 2010; TESSER; LUZ, 2008). A relação que se faz com o desenvolvimento se projeta, segundo Pidner (2010, p. 37), “em todas as dimensões da vida moderna, expandindo-se no cotidiano e contaminando-o, juntamente com o Estado-nação, a ciência, o pilar econômico do modo de produção capitalista”.

O monopólio da produção de cuidado pela cientificidade visualiza a utilização das plantas medicinais apenas por seu viés, questionando as distintas formas da utilização destas, sejam elas familiares, populares, tradicionais ou de outras racionalidades médicas. (ANTONIO; TESSER, MORETTI-PIRES, 2013). A ciência se reproduzindo como verdadeira em suas produções científicas, nega outras formas de saberes, da qual corrobora com explorações sociais fundado ao poder. Com isto, muitas vezes se omite em suas produções científicas à determinado tema, da qual não condiz com os ditames hegemônicos, consentindo com a reprodução do *status quo*. (PIDNER, 2010).

Neste sentido, os saberes populares também precisam ser considerados como saberes legitimados pela ciência institucionalizada, não representando apenas como motivações para aquisição do saber científico (LOPES, 1993), ou como alvo de

---

<sup>6</sup> DICKMANN, I; DICKMANN, I. Primeiras palavras em Paulo Freire. 1.ed. Passo Fundo: Battistel, 2008

invalidação. Esta ciência cartesiana deveria possibilitar ser utilizada como suporte auxiliar na manutenção dos saberes populares nos espaços institucionais, não unicamente, permitindo a escolha íntegra dos indivíduos, quando em relação com os curadores, aos distintos modos de cuidados existentes. (TESSER, 2009).

### Plantas medicinais como modo de cuidado

Mesmo que deslegitimados, estima-se que atualmente 70 a 90% da população prefere o uso de plantas medicinais (BRASIL, 2012), sobrelevando o resgate a esta prática por diversos fatores como: a insatisfação das práticas biomédicas, considerando os limites da relação profissional-usuário; alto custo da assistência privada; dificuldade de acesso a serviços públicos de saúde; busca da maior autonomia do corpo; dificuldade no acesso aos medicamentos industrializados (TESSER, 2009; TESSER; LUZ, 2008), aspectos culturais similares, sejam estes familiares ou populares (ALCANTARA; JOAQUIM; SAMPAIO, 2015; ANTONIO; TESSER, MORETTI-PIRES, 2013) e; excesso de efeitos colaterais dos medicamentos alopáticos. (BADKE, et al., 2016).

Os usos das plantas medicinais em áreas urbanas e rurais se distinguem, na medida em que, para o primeiro, estas são utilizadas predominantemente de maneira complementar ao tratamento alopático. (SANTOS, B.S., 2000). Para ambas, a rede de transmissão destes conhecimentos, antes abarcada unicamente pela oralidade, incorpora novos meios que acompanha o rearranjo da estrutura de produção que são ditadas pelo mercado. Livros, revistas, internet, televisão, representam instrumentos significativamente importantes para a reprodução dos saberes populares de plantas medicinais. (OLIVEIRA, 2015), mas que também estão sob lógica mercantilizada podendo permear outros interesses que não apenas referente ao cuidado. O alto custo do medicamento alopático e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde também foram compreendidos como facilitadores na conservação e na difusão dos conhecimentos populares, como também do predomínio do próprio uso de plantas medicinais. (SILVA, et al., 2014).

Todavia, deve-se dotar cautela ao analisar o uso de plantas medicinais justificados pela falta de desenvolvimento ou pobreza, pois estes podem ser resultantes da forte associação da qual se conjura o conhecimento ao desenvolvimento econômico. Por tal viés, permite-se a inserção unicamente do saber tecnificado constituído pela ciência cartesiana (SANTOS, B.S., 2000), já que “a ideia de capitalismo está atrelada à

ideia de progresso. A defesa é que o capitalismo permitirá à sociedade moderna atingir um progresso”. (PIDNER, 2010, p. 37).

Outra característica do resgate a esta prática, da qual se deve tomar cuidado na apreciação, é referente a dificuldade do acesso às práticas profissionalizadas, já que retrata um discurso hegemônico, anacrônico ao do período da Fisicatura, uma vez que conforme exposto, a falta de médicos não foi/é o intermédio para o uso de plantas medicinais. (SOARES, 2001). Este uso de plantas medicinais é prevalente na medida em que se situam no âmbito dos saberes populares, que se configuram como centrais na vida social dos sujeitos, na medida em que se relacionam continuamente com as experiências cotidianas vivenciadas. (PIDNER, 2010).

Deste modo, a convergência das influências culturais e crenças do usuário representam fator essencial para o estabelecimento de relações solidárias e próximas entre curador e indivíduo, permitindo a inclusão destes sujeitos e suas subjetividades nos modos de cuidado. (TESSER, 2009). Uma vez que a tradição, a cultura e as práticas simbólicas, representam parte indissociável da construção da identidade do indivíduo, e quando estas são compartilhadas e cabidos nos modos de cuidados, a integralidade dos indivíduos se torna o meio para a melhor resolutividade de seus problemas. (SANTOS, 2000; TESSER; LUZ, 2008).

Em contrapartida, o modelo biomédico muitas vezes extrapola o universo cultural do qual os indivíduos fazem parte, uma vez que dota mecanismos fisiopatogênicos ou semiogênicos em perspectiva individual, reducionista, sob ótica da alta especificidade. (TESSER; LUZ, 2008).

Segundo Oliveira (2008, p. 25):

Ao analisarmos amiúde a relação do homem com seu próprio corpo, com as práticas curativas e a medicina, percebemos que a atual estrutura socioeconômica e política incentiva o consumo de terapias sofisticadas como símbolos de poder e status, colocando o consumidor de cuidados médicos frente a um modelo caro, em grande medida ilusório e, para a maioria, inacessível. Complexos maquinários, robótica, biotecnologia, farmacêutica, engenharia genética, microcirurgias etc. são subliminarmente apresentados pela agenda contemporânea e pela empresa da medicina como promessas de bem-estar e de adiamento da morte, reforçando a ideia de que a suposta objetividade científica, tecnológica e industrial garantirá a eficiência dos processos de cura.

Neste sentido, os indivíduos em sua relação com os curadores, a partir de uma visão biomédica, tornam-se meros objetos portadores de doenças concretas, que são passíveis das intervenções objetivas e biologicistas. Indivíduos estes que sob a ótica

intervencionista se constituem como substratos essenciais para a própria legitimação do saber médico, traçando seu imperativo moral respectivo a sua ética corporativista, que produz a estes corpos um grande valor de uso para a ciência. Por consequência deste modelo hegemônico, são negados os sofrimentos imateriais gerados pela doença, os planos subjetivos e as representações simbólicas do indivíduo, já que aquilo que não se consegue comprovar cientificamente não deve ser considerado. (ACIOLE, 2004; BARBOSA 2010; RODRIGUES, 2008; TESSER, 2009; TESSER; LUZ, 2008). O saber centralizado na doença pressupõe na desindividualização da ação biomédica, que apaga a subjetividade da relação do curador como indivíduo, tornando o processo extensivamente padronizado a todos da qual se relacionam. (TESSER, 2009; TESSER; LUZ, 2008).

Não considerando o diálogo como estruturante no processo metodológico de estabelecimento do diagnóstico e terapêutica, e interferido pelas promessas tecnológicas das possibilidades mercadológicas, torna-se outro objeto limitador a errônea compreensão da completude do ser humano, não conseguindo abarcar a integralidade do cuidado para além das doenças acometidas ao sujeito. Quando considerado esta perspectiva de cuidado dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), cabe a necessária discussão também na sua reorganização, dado que consta como pilar estrutural a integralidade, cujo elemento central é o indivíduo e sua compreensão em amplo sentido. (TESSER; LUZ, 2008). As discussões também devem transpor para níveis estruturantes da sociedade atual, a expor as consequências dos modos de cuidado existentes em virtude do modo de produção, pois, segundo Aciole (2004, p.100),

Outro forte aliado para a ausência de uma relação dialógica entre o médico e o paciente encontra-se, a nosso ver, na mediação de um processo de gestão do trabalho que, ao correlacionar de modo anacrônico a produção e a remuneração - numa equação que correlaciona custo e benefício - dá, a esta última, aspecto de retribuição de merecimento a partir da relação tempo versus produção, em que pese não ter uma vinculação direta. Sendo unicamente uma exploração de força de trabalho numa fração contratada de tempo, contabilizada em horas de jornada disponível. (ACIOLE, 2004, p. 100).

A lógica estritamente quantitativa e mercadológica no processo de trabalho, tanto nos setores públicos e privados, reforça a desconsideração dos saberes populares dos indivíduos, nos seus próprios modos de produção do cuidado, nos valores simbólicos, nos costumes, e nos seus contextos vivenciados. Assim, a população



assistida se encontra enclausurada na passividade resultante da relação vertical com o curador. (ACIOLE, 2004; BENSEN, et al., 2007).

Neste sentido, deve-se considerar as possíveis interpretações conceituais das práticas sobre o corpo pelo diálogo interdisciplinar, já que se inserem tanto por uma perspectiva técnica racional, quanto pelo domínio simbólico cultural. (OLIVEIRA 2008). Quando incluída a subjetividade no processo de cuidado, fomenta-se a solidariedade, a politização individual e coletiva, e, por conseguinte a construção de vínculo e de co-responsabilização do cuidado. (TESSER; LUZ, 2008). A assunção do sujeito em todas relações, segundo Freire (2015, p.43), “é incompatível com *treinamento pragmático* ou com o *elitismo autoritário* do que se pensam donos da verdade e do *saber articulado*”. E, saber considerar a incompletude do ser humano e no seu inacabamento, nos tornam seres éticos, que possibilita o respeito a autonomia e a dignidade de cada sujeito, estimulando o diálogo nas relações, e na construção de co-responsabilizações de saberes articulados (FREIRE, 2015).

O protagonismo da autonomia do sujeito em suas relações com os profissionais de saúde, ocorrem também quando a Promoção de Saúde é o norteador das práticas destes trabalhadores, baseado em relações horizontais. Os modos de cuidado que visualizam os sujeitos embarcados a partir de seus contextos sociais, políticos e culturais, tornam-se possíveis a transpassar o modelo de prática instituída, da qual irá permitir que o sujeito seja protagonista de suas próprias produções nas escolhas para uma vida mais saudável que considera suas confluências culturais (BENSEN, et al., 2007; SILVA, et al., 2012). Da liberdade genuína a expressão do indivíduo, e, da importância conferida aos seus saberes em relação com a doença, se torna crítico o impasse do despotismo do saber científico. (BENSEN, et al., 2007).

Assim, as plantas medicinais podem integrar o modo de cuidado por representar a dimensão sócio-histórica do sujeito. Para Climberis (2007, p.16)

Do ponto de vista social, é interessante que as plantas medicinais sejam usadas em uma outra lógica, aquela de promoção da autonomia dos agentes sobre sua saúde, através do empoderamento destes através do resgate e da difusão das técnicas que na verdade vieram do próprio povo e foram ressignificadas no meio científico.

Por assim, o conhecimento de outros *ethos* e sua inserção nas práticas pode contribuir com a produção de novos saberes mais prudentes do cuidado à saúde, à natureza e à sociedade. É favorecida a preservação da biodiversidade, a interação dos profissionais de saúde e usuários com a natureza, um retorno à solidariedade neste

contexto onde as relações se impessoalizam (ANTONIO; TESSER; MORETTI-PIRES, 2013), na valorização do patrimônio cultural e seus saberes produzidos na especificidade técnica, simbólica e cultural dos grupos, e na conservação e preservação da memória destes. Rumo à construção de relações que permitam o diálogo verdadeiro, garante-se o respeito à vida, às alteridades, e o comprometimento com a vida. (OLIVEIRA, 2008).

Nesta relação dialógica, são viabilizadas as vozes historicamente oprimidas quanto às representações e simbologias dos modos de cuidado históricos, e suas ressignificações contextuais pelos indivíduos. (NOGUEIRA, 2009). Para que as diversidades humanas não validadas pela ciência não sejam invisibilizadas, esquecidas e desamparadas, Pidner (2010, p.13) cita que este

(...) silêncio seja habitado por vozes e os saberes não hegemônicos rompam o anonimato, convertendo o silêncio em polifonia, é indispensável rejeitar e repelir hierarquias, diferenças de poder e, assim, criar horizontalidades entre os saberes, identificações, reconhecimentos, coexistências. Reinventar os saberes significa atribuir-lhes o mesmo peso, para que se desenvolva o diálogo entre eles. Desse modo, todos os saberes seriam convertidos em protagonistas.

## METODOLOGIA

Para o desenvolvimento deste estudo, utilizamos<sup>7</sup> a pesquisa de campo, exploratória, com abordagem qualitativa, que, conforme Minayo (2008) corresponde a questões muito particulares, as quais fazem parte de uma realidade que não pode ser quantificada, ou seja, abrange um universo de significados, motivos, percepções, crenças, opiniões, história, representações, valores e atitudes, o que representa um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos.

Esta pesquisa está inserida em um projeto maior, intitulado: “Quintais Produtivos e sua relação com a Segurança Alimentar e Nutricional”, cujo objetivo geral é “verificar a contribuição dos quintais produtivos para a Segurança Alimentar e Nutricional nos meios urbano e rural”. A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), estando registrada sob o nº. 42743415.0.0000.0102, sendo a emenda referente a esta etapa, aprovada em 07 de março de 2017, parecer nº. 1.989.141. A ementa refere-se ao recorte realizado, cuja temática de análise trata da produção de sentidos sobre saberes populares de plantas medicinais e seus usos.

O presente estudo ocorreu em um bairro localizado na região central de um município da Região Metropolitana de Curitiba (RMC), estando as participantes, selecionadas para o estudo, vinculadas a um grupo de Promoção de Saúde, nomeado como Grupo da Horta, pertencente a uma das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do referido município. Antigamente, este município se desenvolveu na mineração do ouro, e em seguida nos setores de agricultura e pecuária pela vinda de imigrantes europeus.

---

<sup>7</sup> A partir deste momento, conjugamos alguns verbos na terceira pessoa do plural, e na primeira pessoa do singular, para personalizar a construção da pesquisa, tendo em vista que as mesmas continuamente são dotadas de neutralidade pela ciência cartesiana. A não neutralidade é inviável tendo em vista que as pesquisas estão inseridas e atreladas aos movimentos do contexto conjuntural, cujo nós sujeitos somos construídos socialmente, e atuamos politicamente nele/dele. Além disso, a autoria é parte constitutiva da análise de discurso, que, devolvendo ao sujeito o protagonismo, permite a ele realizar interpretações sobre o *corpus*, objeto de análise, a partir das leituras que este sujeito, em suas relações com outros sujeitos (nós) e mediatizado pela realidade, realiza.

Situado em Área de Preservação Ambiental (APA), possui bacias aquíferas que abastecem parcialmente Curitiba e a RMC, o que limita as atividades industriais no município. Aproximadamente consta com 51% da população residente em área rural, mas para as participantes do estudo presente, as mesmas residem nas áreas urbanas.

O Grupo da Horta, destinado à população do território, se estabeleceu na UBS frente à necessidade de promover um espaço para o compartilhamento de saberes populares sobre plantas medicinais com a construção de uma horta anexa à UBS. Neste grupo, fundado em outubro de 2016, além da construção e do cuidado da horta propriamente dita, são realizados momentos de compartilhamentos entre as participantes, a médica da Estratégia de Saúde da Família (ESF), e os Residentes (do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Paraná). As atividades relacionadas a este grupo iniciaram anteriormente ao desenvolvimento desta pesquisa, cujos encontros já haviam compartilhado temáticas sobre: o ser humano e a natureza na perspectiva da Educação Ambiental; Plantas Alimentícias Não Convencionais (PANCs); rodas de músicas; escalda pés e reflexologia podal; confecção de pomadas e cremes caseiros de plantas medicinais; aplicação de geoterapia; rodas de conversa sobre saberes de plantas, dentre outros. O grupo apresenta baixa rotatividade de pessoas, contando, geralmente, com a presença de 8 participantes, todas mulheres acima de 40 anos de idade.

A seleção da pessoa que participou do estudo piloto<sup>8</sup>, bem como das participantes da pesquisa, ocorreu durante as reuniões do Grupo da Horta, onde expus uma abordagem explicativa sobre a pesquisa, com elucidação de possíveis dúvidas. Como critérios de inclusão da pesquisa as participantes deveriam ser mulheres e ter idade superior a 18 anos. A participação das mulheres ocorreu de forma voluntária. Algumas participantes, que no decorrer dos encontros do grupo apresentaram vasto conhecimento sobre as plantas medicinais, foram convidadas individualmente para participarem da pesquisa.

As pessoas voluntárias que aceitaram participar da mesma leram e assinaram as duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 2), ficando com uma das vias para consultas futuras, e, em caso de não participação, ou

---

<sup>8</sup> Optamos por considerar a entrevista piloto na análise e discussão dos resultados, mesmo que houve alteração do instrumento de pesquisa, tendo em vista que a mesma apresentou pontos importantes para discussão.

desistência, a participante teve todos os seus direitos assegurados. No total, seis mulheres aceitaram participar da pesquisa. Todas apresentavam vivência social e cultural de plantio em ambientes rurais, em tempos anteriores ao da coleta de informações, principalmente durante a juventude e/ou infância, sendo estes saberes bastante vastos, desde roça sertão, até os ambientes rurais do Paraná e Santa Catarina. Até a data das entrevistas, todas residiam no município entre 15 a 44 anos.

Após a seleção das participantes, realizei visitas domiciliares previamente agendadas com cada atora, para a realização da entrevista semiestruturada, com auxílio de roteiro norteador (Apêndice 1), sendo esta gravada por meio de aparelho de áudio específico. A participante teve a garantia de que a qualquer momento durante a pesquisa, as dúvidas seriam sanadas, de modo a minimizar possíveis sensações de desconforto provocado pelo instrumento ou tema abordado. Na construção da entrevista semiestruturada, distinguimos as perguntas em três blocos para permitir melhor compreensão em sua análise, sendo estes: Bloco 1 - concepção do sujeito sobre os temas junto às suas produções de sentidos (perguntas 1 a 5); Bloco 2 - compreensão dos usos de plantas medicinais e sua aplicação vivencial (perguntas 6 a 9) e; Bloco 3 - interação com trabalhadores e trabalhadoras em saúde e os modos de produção de cuidado (perguntas 10 a 13). Algumas alterações foram realizadas no instrumento de entrevista, a partir da etapa piloto, bem como, no decorrer da pesquisa, sendo estas: inclusão das perguntas 1.1 e 2.1, visando melhor apreender os sentidos produzidos sobre o tema; alteração da pergunta 8, com inclusão das perguntas 9 e 9.1, de modo a explicitar o sentido da pergunta; e inclusão da pergunta 13.1, com o intuito de explorar as percepções do assunto.

Todos os áudios foram, posteriormente, transcritos, de modo a auxiliar no processo da Análise do Discurso (AD). Durante as transcrições tomamos o cuidado de realizar a reprodução fidedigna de todas as falas das participantes, sem correções ortográficas e gramaticais, a fim de garantir a autenticidade das informações. Ressalta-se que as gravações foram utilizadas apenas para essa finalidade, e serão apagadas ao final da pesquisa. Para delimitar a suficiência das informações foi utilizado o critério de amostragem por saturação, ou seja, no momento em que as contribuições das participantes para exploração da temática fossem suficientes para o propósito desta análise, bem como começasse a ocorrer repetição das informações, a coleta foi entendida como satisfatória e finalizada (VICTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000). O

anonimato das participantes no decorrer do texto foi garantido, substituindo seus nomes por nomes de plantas medicinais.

Para análise e interpretação das falas utilizamos a abordagem francesa à AD, que será adotada como referencial teórico e metodológico, com base em Orlandi (2009). A AD, como dito, possibilita captar os sentidos que as pessoas manifestam por meio de seus discursos, que são produções intermediadas por uma complexa interligação da língua, da historicidade, da subjetividade, interpelado à ideologia, já que é a condição estruturante para sua formação. Deste modo, o discurso e seus sentidos que se compõem nele, muitas vezes, não são acessados e controlados, posto que, como dito, sua formulação perpassa uma constituição histórica. Neste sentido, a AD vai além do texto, trazendo sentidos pré-construídos que são ecos da memória coletiva, construída socialmente. Compreende também as condições de produção de discurso existentes para sua interlocução, que estão relacionadas com as relações sociais dos sujeitos, e sendo estas relações hierarquizadas em nossa sociedade, os sentidos gerados mudam de acordo com quem as emprega. (ORLANDI, 2009).

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

*“Se eu tivesse quem me ajudasse, eu ser uma coisa no mundo, eu era, porque eu tinha vontade de ser tudo na vida... Nunca tive condições de nada.” (Losna)*

Previamente a apresentação dos resultados interpretados bem como sua discussão, cabemos aqui a necessária reflexão de que existe uma extensa quantidade de facetas interpretativas possíveis a serem realizadas nesta pesquisa. Contudo, não serão correlacionados alguns componentes devido à necessidade de aprofundamento de cada ponto, e, mesmo que fosse realizado diversos recortes e amarrações possíveis para a análise do texto, não abrangeria a totalidade do tema proposto.

Deixamos aqui também, a minha construção social e consequente posição identitária da qual estabeleço e me relaciono com as pessoas, já que, no processo das entrevistas, estas posições podem influenciar diretamente na expressão da qual a interlocutora pode realizar, conscientemente ou não. Assim, as interseccionalidades sobrepujam as tentativas de relações criadas, sejam estas questões étnico-raciais e de gênero. Por ser um homem branco, com características físicas europeias, já movimenta as posições de poder que estabeleço nas relações sociais. Do mesmo modo, inclui-se também nesta discussão as interpretações das entrevistas realizadas, já que estas também perpassam por este filtro interpretativo social e cultural de que me constitui. Cabe lembrar que estas relações de poder precedidas também se intermediam com os trabalhadores e as trabalhadoras das Unidades de Saúde. Neste sentido, uma invisibilização de identidades sociais e os silenciamentos impostos por estas pessoas serão mais facilmente impregnados e consequentemente reproduzidos pelos sujeitos que buscam atendimentos, quando considerado o contexto atual misógino e racista.

Estes mecanismos também operam de forma similar em uma relação da qual, eu, constituo uma figura que representa (in)diretamente a Unidade de Saúde, em que me vinculo, e consequentemente uma construção em ensino formal, por ter formação em Farmácia. Igualmente, podem-se estabelecer alguns silenciamentos e entraves no diálogo durante as coletas de informação, mesmo que tenha tentado a criação de relação mais horizontais e dialógicas com estas mulheres na Unidade de Saúde. Estas representações de diferenças mediadas pelos fazeres e linguagens são evidentes, quando

pensado no distanciamento relacional das pessoas que tiveram ensino formal e informal, pois minha presença nestas casas denotava uma desconfiança para algumas das entrevistadas. Além do distanciamento que as relações podem se fundar pelo ensino formal, muitas práticas na Unidade de Saúde ainda estão norteadas pela monocultura do saber. Neste sentido, as produções destes sujeitos estão a mercê da imposição do poder biomédico, que pode influenciar em como estas pessoas se expressam na medida em que também protegem sua identidade.

E assim estava mediado o campo, comunitário, em conjunto com as diversas singularidades. Esta necessidade de fazer claro que estes corpos e fazeres de qual pode compartilhar é comunitário se dá pela intensa e extensa repressão que ocorre pelo poder biomédico quando compreende que o uso de plantas medicinais é inseguro, colocando em questionamento sua construção milenar, cujas experiências podem e fazem constituir um modo de cuidado qualificado, e em vários cuidados.

Assim ocorre também para qualquer parte integrante da vivência de uma pessoa quando posto nas relações de cuidado com saberes institucionais. Estes fazeres e práticas que integram modo de cuidado, ou modo de vida, são descontextualizados culturalmente pelos ditames da superioridade científica, como por exemplo, os cenários socioculturais nos quais se inserem o uso das plantas medicinais e, conseqüentemente, passíveis a intervenções verticalizadas e higienistas.

Trazemos à discussão a aculturação de sujeitos e comunidades no sentido de perda da memória que constitui aquele sujeito, à ponto de reproduzir unicamente interesses do poder biomédico e, conseqüentemente, interesses mercantis. Isto porque, sabemos que o projeto de normatização deste poder, pode gerar conformações estruturais em comportamentos da comunidade, estabelecendo também outra cultura, normalmente invasora, prescrita por quem detém o saber institucionalizado.

O questionamento pelo cientificismo biomédico, no âmbito das plantas medicinais, se constitui unicamente em torno da planta em si e de suas substâncias químicas, negando o uso atribuído ao valor simbólico, em suas relações comunitárias que se estabelecem, das vivências culturais e históricas que medeiam o processo. E, mesmo que questionado sobre o objeto planta medicinal em si, este está pautado em estigmatizações por estar em campo popular e comunitário, como também posto em uma relação vertical onde a ciência cartesiana regula os diálogos. Não há espaço para este corpo, mesmo que este seja aculturado, porque as vivências e saberes produzidos no ensino informal não têm o digno valor que a ciência exige.



O mesmo acontece com as percepções sobre saúde. A saúde, dentro deste modo de produção, está descontextualizada e resumida à unicidade da doença. Mesmo que haja tentativas de implantação de um novo modo de fazer saúde, que contemple todos os âmbitos da vida de um sujeito, que não seja reducionista o suficiente para limitar a experiência humana, o capital favorece com que não se extinga a abordagem biológica da saúde. Este discurso do modelo biomédico de um corpo, cujos limites da vida estão permeados pela ausência da doença, é amplamente experienciado quando trazido em questionamento, no âmbito teórico, para as participantes.

Eu entendo por saúde pra ter bom a gente tem que viver sem dor, sem depressão, sem assim... (Arruda)

É... eu acho que a saúde é uma coisa importante pra gente né, pra todo mundo. Que você se sente quando está doente, você já não se sente bem né?" (Cafeeiro)

Estas falas sugerem uma incorporação do discurso biomédico que retrata a ausência de uma condicionalidade para a existência da saúde, sendo a saúde referenciada diretamente a este campo das morbidades, e não ao contexto simbólico da pessoa. E deste modo, é reproduzido socialmente esta percepção sobre a saúde, não apenas entre os trabalhadores e as trabalhadoras de saúde para com a comunidade, mas também, entre as pessoas da comunidade. Os corpos se tornam mais passíveis, quando em contato com estes trabalhadores de saúde, de compreender que o espaço a ser produzido ocorre em uma perspectiva biologicista. Dissociados, estes corpos buscam resolutividades diferentes em cada espaço, institucionais ou não, que por vezes não fazem sentido culturalmente na vivência destes, até porque este conhecimento não foi construído de uma forma dialógica entre os sujeitos do processo. Neste sentido, demonstra o potencial medicalizador dos trabalhadores de saúde neste modelo de formação que corrobora com o atual modo de produção, reformulando oprimidos à opressores por deterem de poderes instituídos como o saber cientificado, como demonstrado na fala a seguir.

Eu me considero. Eu me considero com saúde. Apesar de que tô no risco, tô no risco na diabetes, colesterol alto demais, mas assim... ainda me considero com saúde. (Artemísia)

A imposição dos comportamentos para a margem do risco, prestes a serem patologizados, demonstra os enquadres por onde deve trilhar o cotidiano comunitário, de modo que dispõe a significância dos hábitos em tábuas lisas passíveis a

intrusividades cartesianas. Para o corpo higienizado se devem assolar as condutas, de forma reducionista, que podem possibilitar um desenvolvimento à doença. Cabe ressaltar que, a minha presença naquele momento, pode ter sido uma válvula em que a participante recorria sua construção da linguagem e pensamento para o que propunha minha identidade, de uma instituição que discursa sobre doença.

Estas contradições também podem retratar certa noção de academicismo quando trazemos as discussões de um modo verticalizante do ensino formal para as pessoas que tiveram ensino informal, ou não institucional. A saúde em si é uma experiência humana que não se compreende dentro dos limites epistemológicos de um ensino hegemônico. Esta é contextualizada no ensino em saúde e na sua prática para justificarmos a presença ou ausência da doença, já que estes domínios estão permeados por interesses mercantis, onde há necessidade de identificá-la, classificá-la, diagnosticá-la e tratá-la. Neste sentido, o não entender da conceituação de uma saúde pelas participantes, pode ser pela não obrigatoriedade de racionalizá-la para vivenciá-la. Mesmo que possa inexistir um reconhecimento consciente do conceito saúde em seu fazer cotidiano, não a limita em suas vivências.

Há também, participantes que recorrem diretamente às suas experiências culturais quando questionado sobre saúde e doença, denotando a associação que fazem com seus modos de produzir vida. Estas experiências certamente não estão em um passado, são agregadas, reformuladas, ressignificadas e se constituem no presente. Areladas diretamente ao modo de cuidado no processo saúde-doença ao seu contexto sócio-histórico-cultural, evidenciam-se como forma de organização pessoal neste processo, segundo a fala a seguir.

Eu graças a Deus sim, apesar que tenho, essa artrozinha, coisa que a gente não tá de acordo, mas... ficar, lidar com terra desaparece bastante, vou me mexer com uma coisa que é pra é bom quando está estressado, e tudo. Vou lá na terra, converso com minhas plantinhas, cem por cento tô boa. Eu acho que puxei da minha mãe. Herdei com minha mãe... essa coisa de... essa coisa... não estressada... ansiosa! Fazer aqui, fazer lá, não para. Se eu tô aqui, eu tô lá com lá. Dando pros passarinhos cuidando dos passarinhos. Tô fazendo uma coisa, tem que fazer isso tem que fazer isso. Não paro o dia inteiro, e eu acho o dia inteiro pra fazer. (Guiné)

As plantas medicinais quando visualizadas de forma culturada, são significadas e atribuídas em valor que correspondem diretamente às experiências da pessoa.

Produzindo significados, não estão exclusivamente em posições instrumentais para atingir objetivos na recuperação de alguma doença, mas sim, em uma complexa relação com as subjetividades produzidas em seus valores simbólicos.

Vixi, eu converso com ela do mesmo que converso com gente. Eu gosto demais, nossa, eu levanto e a primeira coisa que eu vou fazer é molhar minhas plantas. Pego o galho daqui, arrumo galho dali... ixi... Minhas plantas é tudo. Gosto de mais... Meu Deus do céu. Converso com tudo, converso até com os cachorros com os gatos. (Losna)

Ah, que coisa maravilhosa. Uma paz, um amor, a mente da gente fica tão gostoso. Bem ótimo, nossa. No dia que eu tô bem estressada, naquele dia que fica bem nervosa vontade de chorar, eu vou lá cuidar das minhas plantinhas, vou lá fazer qualquer coisa com minhas plantas, ou meus passarinho já tá ótimo. (Guiné)

Ah, eu sinto uma paz, me sinto no outro mundo, psicologicamente não tem coisa melhor, não tem coisa melhor pra relaxamento né, você está em contato direto com a terra, direto com as plantas. Isso é a qualidade de vida melhor que existe é essa. Acho que pra saúde mental até. (Artemísia)

Além da existência deste valor cultural como constituição do sujeito mediante sua utilização pelas plantas medicinais, agrega-se também as formas de aprendizado com relação ao uso destas plantas. Este aprendizado não é apenas uma informação, este tem origem, geralmente remetida a familiares, como também tem lugares e contextos. Negando uma forma de viver intermediado pelas plantas medicinais, que estaria diretamente relacionado com o modo de vida e sua constituição, é que o modelo biomédico consegue e quer operar. Na invalidação do uso popular de plantas medicinais pelos trabalhadores de saúde, estas não estariam delimitadas à planta em si, compreendendo uma totalidade de informações e associações culturais com a qual a pessoa se estabelece e constrói a sua identidade.

Ó pra falar bem a verdade o que eu aprendi de verdade foi com minha mãe, minha mãe foi criada com nós com remédio de casa. Minha mãe que ensinava... e tudo que minha mãe fazia eu ficava de zóio. Prendi tudo assim olhando ela fazer. Eu aprendi tudo com ela. (Losna)

Que tipo remédios assim, eu conheço muitos vários porque assim. A minha vó, mãe do meu pai, ela era benzedeira. E muita coisa eu aprendi com ela. (Arruda)

Aprendi com minha mãe, com minha vó. (Guiné)

Então a gente aprendeu muita coisa na roça assim né. (Cafeeiro)

Há também aquele aprendizado do uso das plantas que não abarcam unicamente a oralidade, ganhando espaços mercantis de comunicação, como revistas, catálogos, que podem corroborar com os interesses das indústrias farmacêuticas pelo vínculo estreito com os meios de comunicação, espaço propício para a divulgação de informações objetivando o consumo, ou mesmo a criação de consumo, dos bens e serviços produzidos por estas indústrias.

Eu vivo lendo sobre os remédios. O que nem esse daqui é muito bom, sabonetes íntimos pra mulher... aroeira, malva, arruda, menta, bom também.. arruda com aloe e vera... barbatimão.. malva. Tudo essas coisas tem aqui, e as pessoas compra e usam. (Arruda)

Deste modo, a tradição do uso se mistura a outros interesses. Há progressiva atenção dada a estes meios de informação para as plantas medicinais, misturando com aqueles saberes que envolvem o cultural e o litúrgico. Cabe ressaltar que o uso de plantas medicinais em seu uso litúrgico pode não ser vislumbrado como interesse mercantil para a indústria farmacêutica, já que envolvem processos de manipulação, e até certo ponto ritualístico, que tangencia as produções científicas.

Uso, e depois passo o outro que deixo enterrado nove dias na terra com nó de pinho. (...) Daí quando tô com muita dor assim, passo. Pra reumatismo tudo. (Guiné) -quando questionada sobre o uso de plantas para sua artrose.

Desta forma, estes saberes populares que envolvem processos de preparo de plantas medicinais, cujo âmbito acadêmico não se dedicou a produções, se esvaziam gradualmente, permanecendo algumas resistências no uso comunitário. Contudo, torna-se mais viável a sobrevivência daquele uso potencialmente medicamentizante, como instrumento, que acultura o modo de cuidado, já que está vinculado à mercantilização.

Neste sentido, as plantas medicinais estão em diferentes âmbitos e aspectos das vidas destes sujeitos: ora correspondendo à cultura provendo sua constituição e conseqüentemente meios e contextos de significados para o indivíduo, indo além do processo saúde-doença; ora como unicamente medicamentizante; ora alimentar; ou mesmo em campos religiosos. Estes usos não irão ser mediados exclusivamente por um destes significados ou objetivos, mas estão em processos dialéticos, podendo se relacionar constantemente, não estando dissociados do outro.

As plantas quando compreendidas objetivamente na forma medicamentosa, muitas vezes são equiparadas potencialmente aos medicamentos alopáticos pelas participantes, o que pode evidenciar uma referência valorativa das plantas a estes medicamentos, já que estes se apresentam como um instrumento refinado de máxima importância perpassado pela cientificidade tão desejada. Estes instrumentos, visualizados neste campo político relacional entre a ciência e o capital, colocam-se como extensões necessárias para a operacionalização do poder biomédico onde relembra que o corpo politizado é aquele que consegue ser adscrito pela supremacia de sua prática medicalizante. Assim, por estas pessoas valorarem as plantas medicinais nesta posição, também pode sugerir que as compreendem como integrante de uma ciência válida de similar valia, neste saber produzido comunitariamente.

Eu gosto das plantas medicinais porque elas ajudam a muita coisa. Por exemplo, pra pressão alta, dá pra tomar um chá e melhora. Claro que a doutora não vai acreditar nisso né, mas funciona. Pra diabetes tem também, tem... na realidade as plantas medicinais são mesmo que remédio só que natural. Mesmo que remédio comprado mas natural. Tem que saber tomar se não toma demais toma de menos, então tem que aprender o equilíbrio. Mas é o mesmo que a química usa. (Artemísia)

E mesmo denominando como similares terapêuticamente, há interdições de suas produções dialógicas na medida em que relembra das consequências individuais de uma prática restritiva. Isto porque mesmo compreendendo o uso das plantas medicinais como fonte protetora e recuperadora no processo saúde-doença, se intervém pela possibilidade daquela trabalhadora de saúde, na qual deveria dominar seu corpo, podendo as invalidar quanto ao seu uso. Evidenciamos assim, que os modos de cuidados não compartilhados ficam no devaneio da insegurança e desconfiança. Os questionamentos perante os seus modos de cuidados produzidos historicamente insurgem, e nestas contradições vivenciadas também se situam as constantes tentativas de segurança imposta ao tratamento adscrito pelos trabalhadores de saúde. Isto é corroborado quando questionado a Artemísia se a mesma utiliza as plantas medicinais para suas morbidades, já que expressava as potências terapêuticas das plantas.

*No momento não. Não porque minha pressão é desequilibrada, no caso ela é oscilante né. Então se eu tomar um chá ela abaixa demais, então eu tenho que estar cuidando disso também. Não posso tomar sem o controle médico, porque se eu tomar um chá*

*e ela abaixar demais... esses dias tava nove por seis. Pra quem estava com dezoito por quatorze. (Artemísia)*

*Agora eu parei, eu tava tomando aquela Mão-de-Deus que tem lá no posto né. Mas daí, com esse remédio que eu tô tomando, daí eu fiquei com medo de tomar os dois. Pra não ficar muito forte né? (Artemísia) - quando perguntada quanto ao uso de planta medicinais para tratamento da diabetes.*

Mesmo referenciando teoricamente a sabedoria comunitária dos modos de cuidado existentes, na prática não demonstra como tal, na medida em que incorpora os discursos do poder biomédico para seu devido controle e normatização dos corpos. Neste sentido, este paradigma consegue se estabilizar também devido à reprodutibilidade social, estabelecendo como senso comum higienizador. De certo modo, como resultado de uma prática constitutiva do atual modo de produção fundante. Agrega também, o valor supremo dado aos medicamentos onde a segurança ofertada pelo tratamento proposto pelo trabalhador em saúde é dominante perante suas experiências no cuidado. Como se o problema exposto estivesse na presença das plantas medicinais no cuidado, e não na possibilidade daquele tratamento para hipertensão não estar adequado.

A manutenção da estigmatização do uso das plantas medicinais também ocorre quando se toma como única linha diretriz nos diálogos a possibilidade da interação farmacológica entre as diferentes plantas, ou elas com os medicamentos, ou como fonte de eventos adversos que o sujeito possa apresentar devido à presença de diversas substâncias químicas, ou, ainda, pela ineficiência destas no tratamento de doenças crônicas.

*As plantas... as vezes ele diz que é pra tomar cuidado. No caso do doutor (...) Na realidade eu queria tomar a planta, mas ele disse que tinha que tomar o remédio porque o médico prescreveu. E a planta pode ser muito fraquinho e ela pode não fazer o efeito que pode fazer. (Artemísia)*

Este excessivo cuidado imposto, fruto das estigmatizações, vai restringindo o uso da planta de acordo com a condicionalidade da doença. Esta pontuação se apresentou de forma vasta nos discursos das participantes da pesquisa, delimitando o uso das plantas medicinais principalmente em doenças agudas em suas práticas.

*Dá pra usar tipo pra bronquite, pra pneumonia, pra gripe forte, resfriado. Também tem remédios medicinais que dá pra fazer emplastro pra machucadura, tem também pra tu fazer pra fazer*

uma batida com óleo pra fazer massagens. É bom. Várias plantas, tudo tem sentido pra cada coisa. (Arruda)

Ah, algumas coisas. Tipo Artemísia é bom pro estomago, erva doce é bom até pra friagem porque você toma chá quente, relaxa pra gripe até. Chá de folha de laranja é bom pra gripe. (Artemísia)

Os tratamentos de doenças agudas com plantas medicinais são expressados, pelas participantes, como meios para a recuperação da saúde, ocorrendo tal aplicabilidade tanto no âmbito teórico quanto em sua prática. Porém, quando questionado sobre a utilização das plantas medicinais em tratamento de doenças crônicas, reconhecia previamente que poderia ser utilizado como modo de cuidado, mas não efetuava em sua prática. Artemísia, conforme falas anteriores, deixava de utilizar as plantas medicinais por consequência da hegemonia científica a favor do capital, da qual se dedica extensivamente à produção de pesquisas científicas sobre medicamentos, favorecendo a estigmatização das plantas medicinais.

Na realidade eu não fiz essa escolha, fui obrigada pelo doutor. Ele que falou, ‘não... você toma toma toma esse remédio porque a gente vai fazer outro exame pra ver como está indo’. (Artemísia) - quando questionada sobre quem fez a escolha da utilização do medicamento como cuidado.

Assim, o cuidado não era compartilhado entre os sujeitos do processo, sendo permeado exclusivamente pelos trabalhadores de saúde, desumanizando estas pessoas em seu cuidado, negando sua sabedoria.

Porém, houve também participantes que extrapolavam o uso das plantas medicinais para tratamento de doenças crônicas de forma prática, como a atora Guiné. A mesma utiliza estes meios tanto para tratamento de condicionalidades agudas como crônicas, possuindo vínculo estreito com a sua produção cotidiana para além da planta em si, que seja coerente com as práticas promotoras de saúde correlacionadas à sua culturalidade, conforme falas dispostas anteriormente. Por ser benzedeira, envolve também processos religiosos, estando desta maneira, intimamente referenciada à comunidade para os benzimentos, da qual também, já orienta quanto aos remédios caseiros.

Ih, plantas medicinais tem de monte. Tudo é remédio. Tudo. Desde uma folha que a gente tem. Desconhece, as pessoas não conhecem o nome da planta. Tudo é remédio. Tem remédio pra bronquite, tem remédio pra machucadura, pra pressão, tosse.

Tudo tem cada qual a maneira de fazer e a maneira de tomar.  
(Guiné)

Quando questionada sobre o uso de medicamentos no tratamento de suas morbidades, a mesma logo prontificava em dizer que utilizava tudo “caseiro”. E sua prática demonstrava o quanto conseguia manter, de forma contra-hegemônica, seu corpo de culturalidades juntamente ao uso comunitário de plantas medicinais. Aparentemente não parecia denotar em suas expressões, de forma direta e clara, as higienizações impostas e os silenciamentos incorporados, mantendo vivo a memória e a sabedoria milenar. Estamos situando esta vivência, não para exigir a exclusividade universal do uso comunitário das plantas medicinais eximindo dos direitos ao acesso à saúde institucional, pois todos devem possuir esse direito. Mas no modo em que é realizado esta saúde, possível a compartilhamentos de cuidado que possam existir, mantendo e respeitando a dignidade do sujeito em sua história.

Há também, aquelas que utilizam plantas medicinais como forma agregada ao tratamento disposto pelo trabalhador de saúde, caracterizando como complementar.

Tomo, remédio pra pressão alta, quando tô meio atacada tomo chá de melissa que é bom também... (Cafeeiro)

Os usos das plantas medicinais estariam em espaços limitados já que não podem ser ofertados como eixo principal no modo de cuidado pelo poder biomédico. Construída periféricamente, sem produções científicas para que possa colaborar na concessão fidedigna da escolha terapêutica para o sujeito que procura a Unidade de Saúde, de modo a não priorizar a relevância social e cultural e, conseqüentemente, não propiciar o tratamento ideal, é que habita o percurso dos trabalhadores de saúde em suas práticas. Deste modo, o empirismo para estes é vulgarizado possibilitando a manutenção da base positivista da ciência cartesiana, quando consideramos a possibilidade daquele trabalhador de saúde ser constituído e cuidado pelos saberes comunitários de plantas medicinais exteriormente à sua função científicizada. E não apenas o seu empirismo profissional, como também o empirismo da comunidade deve se manter distante dos consultórios e UBS, nas relações com o outro. Desta maneira, estas assunções das plantas medicinais nos tratamentos como forma complementar também passam a serem estabelecidas e reproduzidas na comunidade.

Contudo, nos encontros com os trabalhadores de saúde também pode haver outra construção de vínculo que possibilita ocorrer a partilha destas informações. Mas compreendendo o inóspito contexto, quando os diálogos são mediados por estes



trabalhadores, estão presentes diversas estigmatizações e construções históricas de que estes cuidados comunitários são ingênuos suficientes para não produzir vida.

Como parte também mantenedora destas práticas na esfera política, é como opera a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF) que possuem como objetivo favorecer a inserção destas práticas no SUS. Primeiramente, adscrito à política, estas práticas de preparo de remédios caseiros e sua partilha comunitária, estariam voltadas à criminalidade, pois não estariam regulamentados pela ANVISA, questionando-se a sua segurança e qualidade. A presença de plantas medicinais no cuidado, de modo qualificado e seguro, estaria sendo disponibilizada apenas quando é carimbada com os interesses das indústrias farmacêuticas e do ensino hegemônico, ou seja, quando se torna um fitoterápico. Ou quando políticas públicas estruturam o uso direto das plantas medicinais sem sua industrialização, apenas quando estão identificadas botanicamente, sob o regime prescritivo e inserido em boas práticas de manipulação de plantas medicinais, como no caso de farmácias vivas. A operacionalização e apreensão destas políticas públicas são passíveis de serem questionadas já que adscvem estes saberes a luz do poder biomédico, e contraditória quando quer promover o fortalecimento comunitário no uso das plantas medicinais possuindo como diretrizes o desenvolvimento industrial e econômico por meio de incentivos, resultando na manutenção da massificação e normatização dos corpos e suas práticas. Como partilha Ribeiro (2015, p.259-60), da qual cita que a PNPMF no SUS imprime “uma lógica vertical e hegemônica de organização do subsistema nas diversas regiões do país” de modo a questionar “as segundas intenções e o poder do Estado diante da política das empresas e outras grandes corporações”.

Assim, estes medicamentos fitoterápicos se tornam viáveis para consumo, já que passou por um ensino formal e institucionalizado compreendido dentro das políticas nacionais de qualidade e controle. Ou, quando se coloca em questionamento o manejo, identificação, e indicação popular para com as plantas medicinais. Contudo, estes também podem ser compreendidos e articulados na forma romantizada como viabilizador de acesso às plantas medicinais e conseqüentemente como promotor de autonomia, pois possibilita a utilização de um recurso cultural similar.

Esta idealização de favorecimento da participação popular nos diálogos entre racionalidades foi um dos objetivos iniciais, porém questionáveis, da criação da política, sendo posteriormente, modificado e configurado em desenvolvimento industrial-econômico convergindo em práticas verticalizantes (RIBEIRO, 2015). Porém,

considerando a atual conjuntura de saúde, capital e ensino, esta autonomia produzida pelo acesso a uma industrialização do saber popular, se conforma na medida em que é efetuado de forma reducionista e extensiva à dominação do poder biomédico. Logo, há algo que é esquecido. Uma monocultura do saber não permite a existência dos saberes populares. Ao exemplo do caso da atora Arruda, que produzia xaropes caseiros com plantas medicinais como também possuía medicamento fitoterápico industrializado em sua residência. A aquisição deste medicamento na sobreposição do preparo de suas plantas medicinais pode demonstrar a reprodução desta vislumbração quantos aos limites epistemológicos da ciência cartesiana, reforçando os papéis destes ditos anteriormente.

Então, o compartilhamento de cuidados pela comunidade em interlocução com os saberes formais da Unidade de Saúde, estaria sob a articulação e operação destas instituições, convergindo em uma promoção de uma autonomia questionadora. Sendo assim, a criação de políticas públicas para melhor intermediação nestas relações, pode não ser instrumentos provedores de protagonismos e autonomias quando se idealiza modos de cuidados compartilhados. Isto porque está intimamente influenciada também, pelo ensino das instituições formadoras destes trabalhadores, onde a ciência cartesiana impera em interesses mercantis, as mediações das práticas pela lógica produtivista nos atendimentos, a ausência de doença como conceito limitador da saúde, estruturado pelo atual modo de produção.

Mas àqueles trabalhadores que se apossam de instrumentos políticos da qual possuem como estratégia a criação de diálogos horizontais, permeabilizando os cuidados, suas práticas podem não corresponder o idealizado por estes instrumentos. Por não estarmos compreendidos dentro de uma lógica de produzir saúde diferente das atuais, excetuando tentativas contra-hegemônicas, no momento que há tentativa de compartilhamento de cuidado, ocorre de forma verticalizada, onde o uso das plantas medicinais pode estar sendo colocado pelos trabalhadores em uma lacuna correspondente a um respeito a cultura do sujeito, na tentativa de torná-lo protagonista de seu cuidado. No entanto, estes comportamentos frisam que o tratamento é imposição do poder da biomedicina, pois desmerecem o potencial terapêutico do contexto do uso, considerando as simbologias produzidas culturalmente e os sentimentos de pertencimento, e da própria planta medicinal como fonte primária de cuidado, estreitando o lugar do uso à complementaridade, e por vezes, dando como um mero instrumento para satisfação alheia distanciando da importância digna ao

compartilhamento do cuidado. Deste modo, nos silenciamentos não há sujeitos, há objetos corpóreos. Por fim, destes que se apropriam de alguns instrumentos políticos, podem apreender estes produzindo um discurso para conseguir colocar em questionamento de forma mais qualificada a produção do cuidado mediado pelas plantas medicinais e seu uso comunitário. A construção não dialógica destes instrumentos para com os trabalhadores que realizam as funções diretamente com a população, também favorecem com que a operacionalização destes sejam à base interpretativa e infundada. Há outros instrumentos políticos que podem estar regulados por essa linha tênue da apreensão e operacionalização, podendo explorar modos de relações contra-hegemônicos na existência da problematização conjunta através do diálogo para uma construção de uma realidade criticizada emancipatória de desumanizações como a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS).

Estes extermínios são mais evidentes nas práticas de profissionais que são pontuais no cuidado com as pessoas. Aqueles que desenvolvem uma atenção especializada estão em posições que possibilitam melhor a doutrinação das pessoas, pois estão em maior superioridade cartesiana que possibilita uma segmentação do indivíduo mais qualificada por esta lógica. Estes sujeitos nos níveis especializados da saúde já estariam dispondo seus limites à mercê deste outro cuidado, pois não conseguiu resolvê-lo com seus instrumentos individuais e com os atendimentos na Atenção Básica para aqueles que têm acesso ao SUS, ora também, influenciados pela opressão destes profissionais que moralmente são mais qualificados e instrumentalizados pelo ensino formal. Esta análise não está designando que os trabalhadores da Atenção Básica que realizam a coordenação do cuidado, que deveriam estar vinculadas ao território e à comunidade na compreensão de seus fatores sociais, propiciam, logicamente, diálogos horizontais, já que todos estamos permeados pelos registros deste modelo biomédico. Excetuando casos que ocorrem, o espaço em que não se coordena o cuidado desfavorece o protagonismo do sujeito e sua autonomia na qual remete à exclusividade do poder sobre o corpo alheio, processo do qual é significado também pelo contexto capitalista.

Esta inferiorização se objetiva quando é significado o ensino informal como ilegítimo na constituição de identidades representativas, de sujeitos. Assim, estas pessoas ocupam lugares e papéis sociais de reproduções de arquétipos na constante invalidação construída e na reafirmação com o outro para se tornar válido.

Se eu não compartilhar eu fico... chateada, me sinto né. Porque a gente sabe né. Não é que eu estudei isso aí, mas a gente aprendeu. (Cafeeiro)

Este aprendizado ocorreu, para o caso da Cafeeiro, na roça. Pela lógica determinante, a constituição deste campo comunitário e de seus saberes produzidos, não devem se comunicar com outras esferas elitizadas da ciência e suas práticas, pois, pertence a outra área de conhecimento não correspondente ao popular.

Ah, eu fico quieta na minha. Fico na minha né. Eles não perguntam essas coisas. (Cafeeiro)

Ah, cada um tem sua opinião. Ninguém é obrigado a pensar da maneira como a gente pensa. Então, indiferente. (Artemísia)

A gente, a gente passa... fala assim pra ele... ele fala que não sabe de nada, a gente fica meio assim, meio chato de falar né... porque ele não sabe, porque que é bom. Aí não tem jeito da gente dar explicação, pros médicos. Porque ele falou que não sabia de medicina assim de nada. Sabia de chá de nada... aí eu falei, ué. Então... aí eu não falei nada. A gente meio assim meio ué... é bom pudesse saber né. Mas eu pensei comigo de certo ele é estudado só pra, tipo assim né, pra dar receita né. Mas de chá assim, tá meio por fora. (Losna)

Não sei... aí vem a dúvida. Não é todos que conhecem né? Que eles podem entender é claro, da medicina deles, que eles estudam tal... mas, como diz, a gente que é mateira, entende dos matos, e as pessoas que não foram criadas em mato em sítio essas coisas, poucos sabem, não é todos que sabem. (Arruda)

Deste modo, o medicamento, o cuidado, o linguajar, é produzido em um meio que não está para compartilhar com a comunidade, permanecendo então o conhecimento comunitário no espaço da não produção. Logo, nestes lugares burgueses produzidos, é possibilitado a existências de: Cafeeiros representando o silenciamento de forma em que não ocorre o diálogo; Artemísias que expressam o uso das plantas medicinais à passividade de julgamentos morais pelos trabalhadores, e, não em constituições dignas de reconhecimento; Losnas que declaram o distanciamento de práticas, e a compreensão destes espaços possibilitando uma conformação nestas devido à relação de poder existente; ou Arrudas que também compreendem o espaço do saber popular, e reforçam claramente seu papel identitário de pertencimento.

Como fechamento da apresentação de alguns resultados, citamos a última fala da entrevista com a Cafeeiro, já que resume o contexto em que se situa o uso das plantas

medicinais para esta conjuntura que vivenciamos. Ocorreu depois de todo um diálogo estabelecido, na qual expressa sua vulnerabilidade às possíveis violências da hegemonia científica quanto ao seu modo de viver, na incerteza de que eu poderia levar tais informações sobre os usos para a UBS.

Você não vai contar...viu? (Cafeeiro)

## CONSIDERAÇÕES

As estruturas sociais em que se desenvolvem o uso comunitário de plantas medicinais estão fundadas em distintas opressões referentes ao poder biomédico subsidiado pela formalidade de ensino, e estruturado pelo atual modo de produção. Considerando a construção social burguesa, eurocêntrica, racista e misógina da cientificidade cartesiana, na repressão dos saberes populares, não é possibilitada a assunção de sujeitos e suas práticas. Simbologias, historicidade, culturalidades, comunidade, valores que representam a constituição de sujeitos são exauridos no limiar da anulação como identidade, permanecendo o silêncio.

Dada as condições expostas, as conjunções para o desenrolar das considerações serão realizadas por meio de costuras das expressões de Losna em sua entrevista. Deste modo, apresentamos possibilidades de reestruturação destes fazeres comunitários nas relações com os saberes formais, estes de trabalhadores de saúde. Primariamente, “a saúde a gente tem que... né... é ver o que que é bom pra gente”, cabendo a cada um denotar sua representatividade como ser, e ser reconhecido como tal. Para o engendramento crítico destas singularidades é necessário a conscientização, em todos os processos que desenrolam as relações humanas. O “eu acho que a gente tem que fazer mais chá de casa” deve estar sobreposto à expectativa alheia do que representa valorativamente determinada vivência na constituição do sujeito.

Sobressaindo às possíveis interpretações culpabilizatórias frente às responsabilidades relacionais estacionadas em desigualdades de poder, devemos ressaltar também a necessidade de mudança dos atuais mecanismos hegemônicos que operam para inferiorização e objetificação do outro, como já supracitado, do movimento do saber formal sob o informal, ou construído e validado em espaço não formal. Esta objetificação que torna o outro objeto estranho, passível a intervenções desumanizadas. Assim, que as contradições e vergonhas por realizar cuidado comunitário possam ser extinguidas gradativamente, distanciando a transgressão das frases como “já ensinei bastante remédio pras pessoas... que... Deus me perdoa falar, que os médico não curou. E o que eu ensinei curou”, possibilitando expressões mais intensas e extensas destas existências apagadas.

A necessidade constante de ressignificação pelos opressores cotidianos aparenta receio quanto às possibilidades das potências alheias. As produções de espaços não

devem estar nestas relações de poder, em que posiciona o sucateado para a comunidade. “A gente tem que aprender a fazer também” deve ser compreendido como que já está aprendido, porém silenciado nos não diálogos com as instituições. Que expressividades realizadas nas relações comunitárias como: “se der uma chance pra mim todo lugar que eu for, que eu vou, eu dou, eu falo de remédio, qualquer lugar que eu vou, pode tar em festa, qualquer coisa, eu ensino remédio”, também estejam insurgindo dentro destas instituições com trabalhadores de saúde. E assim, sendo as simbologias dos modos de cuidado, existentes no território, igualadas, tangencia-se a hierarquização de conhecimentos, aproximando a compreensão de um modo de cuidado tão significativo quanto. Revisitando as sabedorias de cuidado e atribuindo a elas vivências, como “não sabe fazer remédio [*refere ao medicamento alopático*] assim... por exemplo assim... né... de... que nem os médico faz né. Da receita lá. Mas de casa, maior parte dos remédio [*refere à planta medicinal*] que eu sei eu fiz e deu certo”.

Claramente que para existir as intersubjetividades nestas relações, a objetificação do trabalho e do produto precisam ser ressignificados mesmo que seja por meio da superação do atual modo de produção. Análise da qual permeia o ato das relações entre sujeitos do processo dentro deste modelo biomédico, doutrinando corpos que estão forçados à aculturação. Pois, no momento que estes trabalhadores de saúde se relacionam objetificando o outro, não compreendendo a identidade existente, estes também estão sendo objetificados, juntamente com seu trabalho. Assim, os processos existentes de cuidado nas relações estão em complexos meios pré-existentes, na incorporação de um fazer já instituído. O produto possui maior significância do que sua própria existência enquanto ser no processo de alienação do trabalho, como a medicalização social fruto da necessidade de operacionalização do poder biomédico e conseqüentemente de interesse mercantil. Todos sendo objetos desta mesma configuração, de uma sociedade de classes, onde estes interesses se destinam a lucro de uma pequena parcela da população, sobrepõem às tentativas de transformação nas relações. Neste sentido, a expressão desta estrutura política e econômica está, quando não diretamente, indiretamente influenciada em nossos fazeres cotidianos, nas nossas relações desumanas, como no processo de medicalização social supracitado.

Interdiscursos que representam construções históricas, que aparentam como novos na medida em que se produzem como intradiscursos, ou seja, no processo de significações individuais, devem ser criticizados como etapa constante para a tomada de consciência do sujeito, de processos, de contextos, de classe. Questionamentos

construídos para compreensão do motivo da reprodutibilidade de discursos e práticas que estão isentadas de uma observação reflexiva da realidade, podem ser estratégias para problematizar as posições sociais ocupadas. Assim, nas relações dialógicas entre sujeitos, em processo gradativo, é que devemos construir nossas etapas para a transformação da consciência ingênua em consciência crítica. Relações estas, que possibilitam as pessoas serem enxergadas e compreendidas em seu contexto social, histórico e cultural, na constituição de sua identidade, no resgate da cidadania e na emancipação das opressões.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS<sup>9</sup>

ABREU, Laurinda. A organização e regulação das profissões médicas no Portugal Moderno: entre as orientações da Coroa e os interesses privados. In: CARDOSO, Adelino; OLIVEIRA, Antonio Braz; MARQUES, Manuel Silveiro. (Coord.) **Arte médica e imagem do corpo de Hipócrates ao final do século XVIII**. Lisboa: Biblioteca Nacional de Portugal, 2010. p. 97-122.

ACIOLE, Giovanni Gurgel. O lugar, a teoria e a prática profissional do médico: elementos para uma abordagem crítica da relação médico-paciente no consultório. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v.8, n.14, p.95-112, set.2003/fev.2004.

ALCANTARA, Renata Giamlourença Lante; JOAQUIM, Regina Helena VitaleTorkomian; SAMPAIO, Sueli Fátima. Plantas medicinais: o conhecimento e uso popular. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v.18, n.4,p. 470-482, out./dez. 2015.

ALMEIDA-FILHO, Naomar de. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.12, p. 2234-2249, dez. 2010.

ALMEIDA, Mara Zélia de. **Plantas medicinais**. 3. ed. Salvador: EDUFBA, 2011.

ANTÔNIO, Gisele Damian; TESSER, Charles Dalcanale; MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio. Contribuições das plantas medicinais para o cuidado e a promoção da saúde na atenção primária. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v.17, n.46, p. 625-633, 2013.

BADKE, Marcio Rossato; SOMAVILLA, Caterine Angélica; HEISLER, Elisa Vanessa; ANDRADE, Andressa de; BUDÓ, Maria de Lourdes Denardin; GARLET, Tânea Maria Bisognin. Saber popular: uso de plantas medicinais como forma terapêutica no cuidado à saúde. **Rev. Enferm. UFSM**, Santa Maria, v.6, n.2, p. 225-234, abr./jun. 2016.

---

<sup>9</sup> Nas referências expostas preferimos formula-las com o nome completo do(a) autor(a) na tentativa de estimular a transformação da constante invisibilidade conferida às mulheres nas pesquisas científicas reflexo de um patriarcado opressor vigente.

BARBOSA, Regina Helena Simões. A 'teoria da práxis': retomando o referencial marxista para o enfrentamento do capitalismo no campo da saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v.8, n.1, p. 9-26, mar./jun. 2010

BARROS, Jose Augusto C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico?.**Saude e Sociedade**, São Paulo, v.11, n.1, p. 67-84, 2002.

BOURDIGNOM, Clenir. **Plantas medicinais e raízes culturais: prática dialógica de saberes**. 16 f. Monografia (Especialização em Educação) – Universidade Federal do Paraná, Matinhos, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CARNEIRO, Henrique. O saber fitoterápico indígena e os naturalistas europeus. **Fronteiras: Rev. de Hist.**, v. 13, n. 13, p. 13-32, 2011.

CECHINEL-FILHO, Valdir; YUNES, Rosendo Augusto. Novas perspectivas dos produtos naturais na química medicinal moderna. In: YUNES, Rosendo Augusto; CECHINEL-FILHO, Valdir. (Org.). **Química de Produtos Naturais, novos fármacos e a moderna farmacognosia**. 2 ed. Itajaí: Universidade do Vale do Itajaí, 2012, p. 11-31.

CLIMBERIS, Ana. **Utilização de plantas medicinais no Assentamento**

**Ho Chi Minh (MG), do MST**:pesquisa-ação. 180f.Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) - Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

DIAS, Jaqueline Evangelista; LAUREANO, Lourdes Cardozo. (Org.). **Protocolo Comunitário Biocultural das Raizeiras do Cerrado**: direito consuetudinário de praticar a medicina tradicional. 1. ed. Turmalina: Articulação Pacari, 2014.

ELIZABETSKY, Elaine. Etnofarmacologia. **Ciênc. e Cult.**, Campinas, v.55, n.3, p. 35-36, set. 2003.

FIRMO, Wellyson da Cunha Araújo; MENEZES, Valéria de Jesus Menezes de; PASSOS, Carlos Eduardo de Castro; DIAS, Clarice Noleto; ALVES, Luciana Patrícia Lima; DIAS, Isabel Cristina Lopes; NETO, Marcelino Santos; OLEA, Roberto SigfridoGallegos. Contexto histórico, uso popular e concepção científica sobre plantas medicinais. **Cad. Pesq. São Luís**, São Luís, v. 18, n. especial, p. 90-95, dez. 2011.

FREIRE, Paulo. **Ação cultural para a liberdade**. 5. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1981.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 52. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2015.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. **Ciências & Saúde Coletiva**, Mangueiras, v.8, n.2, p. 521-535, 2003.

HARVEY, David. **A produção capitalista do espaço**. São Paulo: Annablume, 2005.

JESUS, Paula Renata Camargo de. Propaganda de medicamentos: pra você ficar legal!. In: Encontro dos Núcleos de Pesquisa da Intercom, 7., 2007, Santos. **Anais...** Santos: Intercom, 2007.

KOVALSKI, Mara Luciane; OBARA, Ana Tiyomi; FIGUEIREDO, Marcia Camilo. Diálogo dos saberes: o conhecimento científico e popular das plantas medicinais na escola. In: VIII Encontro Nacional de Pesquisa em Educação em Ciências – ENPEC., 2011, Campinas. **Anais...** Campinas: ABRAPEC, 2011.

LIIMAA, Wallace. Modelo quântico de saúde: do paradigma da doença ao paradigma da saúde. In: LIIMAA, Wallace. (Org.). **Pontos de Mutação da Saúde: novas perspectivas para a saúde integral a partir de uma visão quântica**. 1ª ed. São Paulo: Aleph, 2013. v.3. p. 25-46.

LOPES, Alice Ribeiro Casimiro. Reflexões sobre currículo: as relações entre senso comum, saber popular e saber escolar. **Em Aberto**, Brasília, v.12, n.58, abr./jun. 1993.

LORENZETTI, Leonir; MUENCHEN, Cristiane; SLONGO, Iône Inês Pinsson. A recepção pela pesquisa em educação em ciências no Brasil. **Rev. Ensaio Pesquisa em Educação em Ciências**, v. 15, n. 3, 2013.

LUZ, Madel Therezinha. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. **Physis - Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15 (Suplemento), p. 145-176, 2005.

MACEDO, Maria Fernanda Gonçalves; BARBOSA, Antonio Luiz Figueira. **Patentes, pesquisa & desenvolvimento: um manual de propriedade intelectual**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000.

MACHADO, Marina Monteiro. **A trajetória da destruição: índios e terras no Império do Brasil.** 137f. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2006.

MACHADO, Roberto; LOUREIRO, Ângela; LUZ, Rogério; MURICY, Kátia. **Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil.** 1. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

MARI, Cezar Luiz de; GRADE, Marlene. O senso comum e a educação em Antonio Gramsci: dimensões singulares da práxis. In: MARI, Cezar Luiz de; COELHO, Edgar Pereira; SANTOS, Geraldo Marcio Alves. (Org.). **Educação e formação humana: múltiplos olhares sobre a práxis educativa.** 1 ed. Curitiba: CRV, 2012. v.1. p. 119-130.

MARQUES, Vera Regina Beltrão. **Do espetáculo da natureza à natureza do espetáculo: boticários no Brasil setecentista.** 252f. Tese (Doutorado em História) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: Hucitec, 2008.

MURTA, Claudia; FALABRETTI, Ericson. O autômato: entre o corpo máquina e o corpo próprio. **Natureza humana**, São Paulo, v.17, n.2, p. 75-92, 2015.

NASCIBEM, Fábio Gabriel; VIVEIRO, Alessandra Aparecida. Para além do conhecimento científico: importância dos saberes populares para o ensino de ciências. **Interacções**, Campo Grande, v. 11, n.39, p. 285-295, 2015.

NEWMAN, David. J.; CRAGG, Gordon M. Natural products as sources of new drugs over the last 30 years from 1981 to 2010. **J. Nat. Prod.**, Columbus, v. 75, n.3, p. 311-335, 2012.

NOGUEIRA, Claudete de Sousa. **Batuque da umbigada paulista: memória familiar e educação não-formal no âmbito da cultura afro-brasileira.** 160 f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2009.

OLIVEIRA, Marília Flores Seixas de. **Bebendo na raiz: um estudo de caso sobre saberes e técnicas medicinais do povo brasileiro.** 282f. Tese (Doutorado em Desenvolvimento Sustentável) - Centro de Desenvolvimento Sustentável, Universidade de Brasília, Brasília, 2008.

OLIVEIRA, Thais Fonseca Veloso de. Os terapeutas populares e o uso das ervas no século XXI. 1. ed., Curitiba: Appris, 2015.

ORLANDI, Eni Puccinelli. **Análise de Discurso: princípios & procedimentos**. 8. ed. Campinas: Pontes, 2009.

PAGLIOSA, Fernando Luiz; ROS, Marco Aurélio da. O relatório flexner: para o bem e para o mal. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Brasília, v.32, n.4, p. 492-499, 2008.

PALMA, Josiane Santos. **Ações dos profissionais de saúde da atenção básica em relação às plantas medicinais**. 119 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, 2011.

PIDNER, Flora Sousa. **Dialogo entre ciência e saberes locais: dificuldades e perspectivas**. 142f. Dissertação (Mestrado em Geografia) - Instituto de Geociências da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

PIMENTA, Tânia Salgado. **Artes de curar: um estudo a partir dos documentos da Fisicatura-mor no Brasil do começo do século XIX**. 153f. Dissertação (Mestrado em História) - Departamento de História do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1997.

REZENDE, Joffre Marcondes. **À sombra do plátano: crônicas de história da medicina**. São Paulo: Editora Unifesp, 2009.

REZENDE, Enio Antunes, RIBEIRO, Maria Teresa Franco. Conhecimento tradicional, plantas medicinais e propriedade intelectual: biopirataria ou bioprospecção?. **Rev. Bras. Pl. Med.**, Botucatu, v.7, n.3, p.37-44, 2005.

RIBEIRO, Ricardo Ferreira. Natureza, campo e cidade: o desenvolvimento urbano: do ocidente para as minas gerais do século XVIII. **Reuna**, Belo Horizonte, v.13, n.2, p. 43-62, 2008.

RIBEIRO, Luis Henrique Leandro. **Território e macrossistema de saúde: os programas de fitoterapia no Sistema Único de Saúde (SUS)**. 305 f. Tese (Doutorado em Geografia) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2015.

RODRIGUES, Ana Verônica. O valor da escuta como cuidado na assistência ao parto. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. (Org.). **Ateliês do cuidado: serviços, pesquisa e ensino** - VII Seminário do Projeto Integralidade:

saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde. 1. ed. Rio de Janeiro:UERJ/IMS/LAPPIS/CEPESC/ABRASCO, 2008. p. 153-167.

SAMPAIO, Gabriela dos Reis. **Nas trincheiras da cura: as diferentes medicinas no Rio de Janeiro Imperial**. 192f. Dissertação (Mestrado em História Social da Cultura) - Departamento de História do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1995.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência**. 7.ed. São Paulo: Cortez, 2000.

SANTOS, Fernando Sergio Dumas dos. Tradições populares de uso de plantas medicinais na Amazônia. **Hist., Cienc., Saude**, Manguinhos, v.6, p. 919-938, 2000.

SANTOS, Georgina Silva dos. A arte de sangrar na Lisboa do Antigo Regime. **Tempo**, Rio de Janeiro, v.10, n.19, p. 43-60, 2005.

SILVA, Sergio Henrique Cardoso; MIRANDA, Maria Geralda; NOVAES, Ana Maria Pires; MORAGAS, Carla Junqueira; AVELAR, Katia Eliane Santos. Rede de saberes populares em plantas medicinais na Comunidade da Maré, Rio de Janeiro, RJ. **Polêm!ca**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p. 404-413, 2012.

SILVA, Sérgio Henrique Cardoso da; ASSIS, Maria Aparecida de; BOCHNER, Rosany; MIRANDA, Maria Geralda de; GRAZINOLI, Rodrigo; AVELAR, Kátia Eliane Santos. Plantas medicinais: tradições e saberes de mulheres de uma comunidade urbana do Rio de Janeiro, RJ, Brasil. **Espacios**, Caracas, v. 35, n.4, p. 12-17, 2014.

SILVA, Severino Felipe; MELO-NETO, Jose Francisco de. Saber popular e saber científico. **Temas em Educação**, João Pessoa, v.24, n. 2, p. 137-154, jul./dez. 2015.

SOARES, Marcio de Sousa. Médicos e mezinheiros na Corte Imperial: uma herança colonial. **Hist., Cienc., Saude**, Manguinhos, v.8, n.2, p. 407-438, 2001.

TEIXEIRA, João Batista Picinini. **Estratégia política de proteção patentária para plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos em adição aos genéricos no SUS**. 211f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) –Departamento de História do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Do Estado Do Rio De Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

TESSER, Charles Dalcanale. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. Interface: comunicação, saúde e

educação. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v.10, n.20, p.347-362, 2006.

VICTORA, Ceres Gomes, KNAUTH, Daniela Riva, HASSEN, Maria de Nazareth Agra. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

VIOTTI, Ana Carolina de Carvalho. **As práticas e os saberes médicos no Brasil colonial (1677-1808)**. 179f. Dissertação (Mestrado em História) - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista, Franca, 2012.

WITTER, Nikelen Acosta. Curar como arte e ofício: contribuições para um debate historiográfico sobre saúde, doença e cura. **Tempo**, Rio de Janeiro, v. 10, p. 13-25, 2005.

YOUNG, Hilda Pon. Preservação Ambiental: uma retórica no espaço ideológico da manutenção do capital. **Revista da Fae**, Curitiba, v. 4, p. 25-36, 2001.

## APÊNDICE 1 – INSTRUMENTO DE PESQUISA

Nº da Entrevista:

Data da entrevista:

Nome:

Data de Nascimento:

Quanto tempo mora no local:

Viveu previamente em qual meio (urbano ou rural):

Porque participa do Grupo da Horta (o que interessa):

BLOCO 1

1. O que é saúde para você?
  - i. Você se considera uma pessoa com saúde?
2. O que é doença para você?
  - i. Você tem ou já teve alguma doença? Qual?
3. O que são plantas medicinais para você?
4. Como você/com quem aprendeu sobre o uso das plantas medicinais?
5. O que as plantas medicinais significam para você? (O que você sente quando está em contato com as plantas medicinais? Seja plantando, cuidando, ou tomando os chás?)

BLOCO 2

6. Você sabe para que elas servem? (usos, aplicações finalidades)
7. Você utiliza as plantas medicinais para estas finalidades?
  - i. Caso negativo: Porque não utiliza? Continuar com a questão 12.
8. Você toma ou já tomou remédios para tratar (doenças pergunta 2.1)?
9. E você utiliza as plantas medicinais para tratar estas doenças também?
  - i. Caso positivo: Nestes casos usa as plantas e os remédios, ou, usa um dos dois tratamentos? Por que faz esta escolha?

BLOCO 3

10. Quando você vai à UBS para algum atendimento, a pessoa que te atende sabe que você utiliza plantas medicinais? (para as doenças supracitadas) (E para os outros profissionais de saúde que você tem contato sem estar na UBS?)
11. Como você se sente ao (não) compartilhar esta informação com eles?
12. Porque (não) compartilha?
13. Você acha que os profissionais de saúde têm o mesmo conhecimento que você tem sobre as plantas medicinais?
  - i. Como você acha que os profissionais enxergam seu saber?



## APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Mônica de Caldas Rosa dos Anjos, Veridiane Guimarães Ribas Sirota e Roney Hoffmann, pesquisadores da Universidade Federal do Paraná, convidamos o Senhor, ou a Senhora, a participar de um estudo sobre quintais, hortas caseiras e alimentação. Este estudo é importante, pois os quintais e as hortas caseiras podem melhorar a alimentação de algumas famílias, promovendo uma alimentação diversificada, em quantidade e qualidade adequadas.

- a) O objetivo desta pesquisa é verificar qual a contribuição dos quintais e das hortas caseiras na alimentação das famílias que moram no meio urbano e/ou no meio rural.
- b) Caso o Senhor, ou a Senhora, aceite participar da pesquisa, a etapa assinalada será necessária, ou as etapas assinaladas serão necessárias: ( ) responder a um questionário, composto por 14 questões; ( ) responder a uma entrevista; ( ) permitir a realização de uma visita domiciliar; ( ) desenhar o seu quintal e/ou a sua horta, com as plantas que o senhor, ou a senhora, usam para sua família; ( ) participar de 6 a 8 encontros sobre alimentação saudável.
- c) Caso sejam assinaladas, acima, as opções: aplicação do questionário e/ou participação nos encontros sobre alimentação saudável, o Senhor, ou a Senhora, deverá comparecer ao seguinte endereço \_\_\_\_\_, localizado no município \_\_\_\_\_, para participar da pesquisa. Em outro momento, poderá ser realizada uma visita ao seu domicílio, para que façamos a entrevista e para que desenhemos o seu quintal e/ou horta caseira. Neste momento será preciso sua autorização para a gravação das entrevistas e para o registro fotográfico do quintal e/ou da horta de sua casa.
- d) É possível que o Senhor, ou a Senhora, experimente algum desconforto, principalmente relacionado às perguntas do questionário, neste caso, o Senhor, ou a Senhora, não precisará responder a pergunta ou, ainda, poderá solicitar que a pesquisa seja interrompida. Da mesma forma, se ocorrer algum desconforto em relação às outras etapas: entrevista, desenho do quintal e/ou horta e participação nos encontros, o Senhor, ou a Senhora, poderá se recusar a responder as perguntas ou continuar participando da pesquisa. Em qualquer situação, serão mantidos o sigilo das informações e o anonimato de sua família.
- e) Caso apareçam dúvidas em relação às perguntas realizadas no questionário e/ou na entrevista, estas serão esclarecidas, para sua tranquilidade e conhecimento do processo.
- f) O Senhor, ou a Senhora, poderá não ser diretamente beneficiado(a) com os resultados desta pesquisa, porém as informações obtidas serão importantes para as equipes de saúde da família, que melhor poderão compreender a realidade da população, auxiliando na formulação de estratégias para promoção da saúde.

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde/UFPR.  
Parecer CEP/SD-PB nº 1939/141  
na data de 29/03/2017

Rubricas:  
Participante da Pesquisa \_\_\_\_\_  
Pesquisador(a) Responsável \_\_\_\_\_

Comitê de ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR  
Rua Pe. Camargo, 280 – 2º andar – Alto da Glória – Curitiba-PR – CEP:80060-240  
Tel (41)3360-7259 - e-mail: cometica.saude@ufpr.br

- g) Os pesquisadores poderão ser contatados para o fornecimento de informações que o senhor, a senhora, julgar necessárias, antes, durante ou depois de encerrado o estudo, da seguinte forma: Mônica de Caldas Rosa dos Anjos, Professora Adjunta do Departamento de Nutrição da Universidade Federal do Paraná, telefone: 3360-4007; endereço comercial: Universidade Federal do Paraná - Departamento de Nutrição – Av. Prefeito Lothário Meissner nº. 632 – Jardim Botânico; endereço de e-mail: [monica.anjos@ufpr.br](mailto:monica.anjos@ufpr.br); Veridiane Guimarães Ribas Sirota, Nutricionista, Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, telefone: (41) 99899-9950; endereço comercial: Unidade de Saúde Guaraituba - Rua Genésio Moreschi, 573 – Colombo/PR; endereço de e-mail: [veridiansirota@yahoo.com.br](mailto:veridiansirota@yahoo.com.br); Roney Hoffmann, Farmacêutico, Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, telefone: (41) 99903-3231; endereço comercial: Unidade Básica de Saúde Nanci Terezinha Laux Baier – Rua Gilberto Nascimento, 460 – Piraquara/PR; endereço de e-mail: [roney\\_hoffmann@hotmail.com](mailto:roney_hoffmann@hotmail.com).
- h) A sua participação neste estudo é voluntária e se o Senhor, ou a Senhora, não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado. O Senhor, ou a Senhora, não será penalizado(a) caso queira desistir da participação na pesquisa.
- i) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório e/ou publicação, isto será feito na forma de códigos, para que a sua identidade seja preservada e mantida sob sigilo. A sua entrevista será gravada, respeitando-se completamente o seu anonimato. Tão logo seja transcrita a entrevista e encerrada a pesquisa, o conteúdo será apagado e/ou destruído.
- j) As despesas necessárias para a realização da pesquisa (impressão de questionários, termo de consentimento e transporte) não são de sua responsabilidade e pela sua participação no estudo o Senhor, ou a Senhora, não receberá qualquer valor em dinheiro.
- k) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, \_\_\_\_\_, li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante de pesquisa

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Pesquisador(a)

Comitê de ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR  
Rua Pe. Camargo, 280 – 2º andar – Alto da Glória – Curitiba-PR – CEP:80060-240  
Tel (41)3360-7259 - e-mail: [cometica.saude@ufpr.br](mailto:cometica.saude@ufpr.br)

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde/UFPR.  
Parecer CEP/SD-PB nº 1939/141  
na data de 29/03/2017

## APÊNDICE 3 - ARTIGO

### **Construção histórica do uso de plantas medicinais e sua interferência na socialização do saber popular<sup>10</sup>**

*Historical construction of the use of medicinal plants and their interference in the folk knowledge socialization*

#### **Resumo**

Este ensaio apresenta a construção histórica do conhecimento acerca do uso de plantas medicinais, avaliando possíveis interferências deste processo na socialização do saber popular. De modo a tornar compreensível as relações de interferência existentes na atualidade, o ensaio foi dividido nos diferentes contextos históricos que influenciaram na atual configuração relacional da socialização do saber popular de plantas medicinais, como: medicina mágico-simbólica; a medicina empírico-racional; o modelo biomédico; atrelados aos seus respectivos modos de produção. Inicia-se com o período Neolítico, passando por fatos determinantes como a Revolução Científica, a Fisicatura e o Relatório de Flexner, da qual constituíram interferências significativas sobre a matriz cultural existente, que subsidia concepções favoráveis à revigoração do modelo biomédico perante a construção de saberes sobre saúde. Tal modelo tem trazido como consequência um processo de reafirmação de controle e normatização de uma ciência convencional consolidada a partir de ímpetus morais que reforçam relações de poder, correspondido pelos interesses mercantis. Neste sentido, busca-se compreender de que modo as subjetividades e culturas constitutivas de identidades que estão sob a sabedoria popular de plantas medicinais possam representar ameaças à conduta dos trabalhadores de saúde, e de que modo operante se instaura esta relação de saberes.

**Palavras-chaves:** Educação em saúde. Educação Permanente. Saúde Coletiva.

#### **Abstract**

This study presents the historical construction of knowledge about the use of medicinal plants, evaluating possible interferences of this process in the socialization of folk knowledge. In order to make the current interference relations comprehensible, the study was organized into different historical contexts that influenced the current relational configuration of the socialization of popular knowledge of medicinal plants, such as: magical-symbolic medicine; empirical-rational medicine; the biomedical model; linked to their respective modes of production. It begins in the Neolithic period, passing through determinant facts such as the Scientific Revolution, the Fisicatura and

---

<sup>10</sup> Artigo foi submetido ao periódico: *Guaju*. Manuscrito formatado de acordo com as normas específicas do periódico (acessado em: 21/02/2018), exceto quanto à disposição de figuras.

the Report of Flexner, of which they constituted significant interferences on the existing cultural matrix, that subsidizes conceptions favorable to the reinvigoration of the biomedical model in the construction of knowledge on health science. Such model has brought as a consequence a process of reassertion of control and normatization of a conventional science consolidated from moral values that reaffirm power relations, corresponded by mercantile interests. In this sense, the research aims to understand how the subjectivities and cultures constituting identities that are based on folk knowledge of medicinal plants may represent threats to the conduct of health workers, and in what operative way this relation of knowledge is established.

**Keywords:** Health Education. Permanent Education. Public Health.

## **Introdução**

O uso de plantas medicinais na atribuição dos saberes populares possui uma grande construção histórica de repressão, desvalorização, invalidação, e concomitantemente apreciação popular. Os caminhos trilhados que subsidiam a atual configuração relacional deste modo de cuidado para com as práticas terapêuticas institucionais advindas da ciência convencional, contempla a dialética dos modos de produção.

Sabemos que as práticas terapêuticas estavam totalmente alicerçadas com o uso de plantas medicinais, sendo diferenciado apenas pelo sistema médico empregado (BOURDIGNOM, 2011) (mágicos, hipócrates-galênicos, árabes, paracélsicos, ou atrelados aos saberes tradicionais e populares dos povos originários, africanos, indígenas, ciganos, entre outros), e sendo determinado também pelo contexto histórico vivenciado ao modelo médico vigente (medicina mágico-simbólica, medicina empírico-racional, e modelo biomédico).

Configurada atualmente pelo modelo biomédico atrelado a interesses mercantis é que o modo de cuidado das plantas se faz presente, na medida em que constitui culturas de sujeitos. E, como modo político operante da supremacia biomédica, é que subjetividades e historicidades dos sujeitos estão ameaçadas nas relações de cuidado com os trabalhadores de saúde.

## **Desenvolvimento teórico**

Saberes relacionados a plantas medicinais foram se constituindo como primordiais nas práticas terapêuticas desde tempos imemoriais, já mesmo pelas pessoas de Neandertal no período Neolítico, que dependiam fundamentalmente da natureza para sua sobrevivência. Estes saberes foram desenvolvidos por meio da observação (principalmente dos animais) e experimentação, estando intimamente ligados à relação mágico-simbólica nas práticas terapêuticas. (ALMEIDA, 2011; MARQUES, 1998). O objetivo da medicina mágico-simbólica, segundo Barros (2002, p.68), era “reatar o enlace com as divindades, o exercício de rituais que assumiam as mais diversas feições, conforme a cultura local, liderados pelos feiticeiros, sacerdotes ou xamãs”. A relação com a natureza nas sociedades primitivas, de semelhança para com os brasilíndios, segundo Ribeiro (2008, p.45), “evidencia não apenas uma concepção de natureza viva, mas a um sentido animista de como ela era percebida, como um ser vivo muito maior do que os primeiros seres humanos, que dela dependiam para sua sobrevivência”.

Com o advento do escrito e letrados surgiram conhecimentos denominados eruditos acerca das plantas medicinais. Verifica-se que o mais antigo que se apresenta é o Pen Ts’ao datado de 2800 anos a.C. escrito pelo Shennong que descreve diversas plantas e seu uso terapêutico. (ALMEIDA, 2011; FIRMO, et al., 2011). Outro relevante escrito, o Papiro de Ebers datado de 1500 anos a.C., é considerado um grande material médico, que descreve 150 plantas e já contem em si referências mais antigas. Considera-se notório também as produções: Susrata-samhiita (600 anos a.C.) da Índia Antiga, relacionando 700 espécies vegetais; primeira farmacopeia promulgada da China (659 anos d.C.) contemplando a Medicina Tradicional Chinesa que possui origens há 2500 anos a.C. (FIRMO, et al., 2011) e; da era pré-colombiana do império asteca. (MARQUES, 1998).

Referências do uso de plantas medicinais envolveram a conjunção de sistemas terapêuticos tornando-se prática terapêutica estabelecida, como o proposto por Hipócrates de Cós (460-377 anos a.C.), fundador da medicina grega, que utiliza cerca de 240 plantas na terapêutica e, Galeno (122-199 anos a.C.) com mais de 100 obras em destaque. (MARQUES, 1998). A medicina empírico-racional se estabelece posterior à mágico-simbólica que apresenta características de primórdios no Papiro de Ebers, e, se estabelece pelas produções de Hipócrates e subsequente ao desenvolvimento diagnóstico-terapêutico por Galeno. Neste, é desdenhado o interesse às forças

sobrenaturais para o portador da doença, compreendendo sua fisiologia através dos quatro elementos (ar, água, terra e fogo) que gerava os quatro humores (bílis negra, bÍlis amarela, sangue e fleuma), e das influências do ambiente externo. Este sistema médico hipocrático-galênico compreende que o desequilíbrio dos humores seria o desencadeador de um desequilíbrio, também, do ser, gerando a doença. Este sistema permaneceu fortemente até o século XV e XVI. (MARQUES, 1998; PIMENTA, 1997).

Aristóteles e Teofrasto (371 anos a.C., em “A história das plantas”), Plínio (23-79 anos d.C., em “História natural”), e Dioscórides (século I, em “Matéria Médica”) recebem notoriedade na descrição da botânica e no uso de plantas medicinais, ampliando o conhecimento acerca das mesmas. (MARQUES, 1998).

Após a queda do Império Romano, a Europa atravessou um longo período de obscurantismo científico entre os séculos V e XV, a chamada Idade Média. De forma paralela, nesse período, o mundo árabe emergiu com grande atividade científica sendo acrescido de alguns conhecimentos de origem indiana. Dessa forma, surge a Medicina Árabe, destacando-se o médico Avicena (...). (ALMEIDA, 2011, p.38).

Os escritos previamente citados de Hipócrates, Galeno, Teofrasto, e Plínio, foram extraviados, porém Avicena (980-1037) os compilou em suas produções juntamente com os estudos árabes sobre plantas medicinais, tendo orientado os estudos hipocráticos-galênicos. (SANTOS, 2005). Deste modo, cabe ressaltar que até o século XV os saberes relacionados às plantas medicinais eram permeados por versões e trabalhos árabes. Contudo, os textos médicos clássicos, originalmente gregos, foram recuperados na Renascença, e então, Galeno, Hipócrates, Plínio, e Avicena ganharam novamente visibilidade sendo amplamente disseminados no século XVI. (MARQUES, 1998). Paracelsos (1493 – 1541), opositor ao pensamento “*contraria contrariis curantur*” que consistia no tratamento de alguma enfermidade pela qualidade oposta, se conjura como modelo médico de transição entre a escola galênica e a biomédica. Este se configura como um sistema médico complexo sincrético, visto que considera influências cósmicas e telúricas no ser, conciliando, segundo Barros (2002, p. 71), “a alquimia, medicina popular, astrologia, a tradição renascentista e sua peculiar visão cristã do mundo”. Outra concepção de corpo saúde e doença foi apresentada, gerando combates entre hipocráticos-galênicos e adeptos ao sistema de analogias. (MARQUES, 1998).

Não foram apenas os conhecimentos eruditos que se desenvolveram com relação ao uso de plantas medicinais como práticas terapêuticas, consolidando e estruturando o arsenal terapêutico disponível. As práticas indígenas, ou mais especificamente dos brasilíndios, foram excessivamente descritas por alguns viajantes e colonizadores naturalistas que chegaram ao Brasil nos séculos XVI, XVII e XVIII. A natureza era motivo de fascínio, “as plantas despertaram um merecido cuidado” (MARQUES, 1998, p. 8); incluindo os minerais, os animais, e os habitantes daquela terra. As plantas eram descritas com o nome usual indígena, sem organização e padronização na coleta das informações, visando unicamente explorar e apresentar até então a “natureza desconhecida”. Das relações com a terapêutica indígena, Guilherme Piso, médico colonizador naturalista, abarcava com receptividade as informações apresentadas, realizando posteriormente experimentos “científicos”<sup>11</sup> para confirmação terapêutica, não desconsiderando tal saber, mesmo quando não era confirmada a ação que se propunha. (CARNEIRO, 2011; MARQUES, 1998).

Estes saberes, mesmo quando descredenciados, do ponto de vista teórico, eram, na prática, utilizados em processos terapêuticos quando do adoecimento de algum colonizador, ou mesmo na Europa. (CARNEIRO, 2011). Cabe salientar que estes conhecimentos eram extremamente relevantes mesmo sem comprovação científica prévia, constituindo farmacopeias portuguesas (1794) e europeias. (MARQUES, 1998).

Assim, alguns portugueses de forma individualizada foram descrevendo as plantas do novo mundo, sem incentivo ou auxílio oficial, até meados do século XVIII, quando a primeira viagem filosófica chefiada por Alexandre Rodrigues Ferreira chegaria ao Brasil inaugurando a era das expedições científicas patrocinadas pela Metrópole. (MARQUES, 1998, p. 8).

Esta expedição descreveu características geográficas, climáticas, das plantas medicinais, dos índios e, dos animais, em toda a Amazônia, identificando, categorizando e sistematizando as informações, por interesses agrícolas da Metrópole. (MARQUES, 1998).

A característica de observador da natureza era exceção, já que os brasilíndios eram considerados desprovidos de conhecimento racional, científico e metodológico, sendo eram enquadrados, pelos colonizadores e jesuítas, como seres inferiores,

---

<sup>11</sup> O destaque no termo “científico” é compreendido pela crítica ao modo de produção da ciência no transcorrer da história, na qual, legítima apenas as que são produzidas institucionalmente por papéis sociais destinados à realização do mesmo.

selvagens, supersticiosos e indignos, pelo fato de não cultuarem um Deus cristão e por não se apresentarem em valores europeus. (MACHADO, 2006). Assim, os saberes de plantas medicinais pelos povos originários eram deslegitimados quando idealizados pela posição inferior que os mesmos ocupavam, contrário aos conhecimentos institucionalizados por perpassar pela cientificidade convencional.

Deste modo, grande parte dos conhecimentos acerca da natureza local eram apenas repassados e “desprendidos” para os colonizadores, assim que os brasilíndios eram por fim “domesticados” (envolvendo também a finalidade de exploração agrícola). (MARQUES, 1998). Neste sentido, o colonialismo representa uma grande interferência no contexto dos brasilíndios quanto à atribuição do saber originário. Este colonialismo produzindo controle para a normatização permanece sob outras interfaces a partir do atual modo de produção, da qual necessita higienizar as práticas de cuidado que não são as dos conhecimentos institucionalizados, demonstrando a necessidade de controle político da população quanto aos seus contextos vivenciais e seus modos de produzir cuidado.

### **O cristianismo nas práticas terapêuticas**

A relação para com a natureza também é mutável de acordo com as características citadas acima, a concepção prévia de natureza animada, incriada, e eterna, é enfraquecida principalmente pelo feudalismo que subsidia a sociedade grega. Esta sociedade marca definitivamente uma oposição de dois distintos meios, natureza e sociedade, dicotomizando-os. Este pensamento foi propagado e é, ainda, mantido em tempos atuais, na sociedade ocidental. Com o feudalismo estruturando esse desenvolvimento científico em torno das plantas medicinais, o cristianismo reforça esta distinção natureza-sociedade, configurando-se como uma religião antropocêntrica que contribui com a visão utilitarista de natureza, tornando-a objeto de criação Divina (RIBEIRO, 2008). Segundo o mesmo autor,

Na moral cristã, a natureza transforma-se assim em tentação, em obstáculo que se interpõe entre os homens e mulheres na sua busca de elevar-se a Deus. Esta natureza pagã, que a Igreja combate nos seus primórdios, afasta os cristãos da graça (...) (p. 46)

Assim, os saberes populares de plantas medicinais que estavam envoltos de práticas pagãs foram reprimidos durante a Idade Média. Os clérigos foram os que



desenvolveram a prática médica dentro das instituições religiosas, ressignificando concepções de doenças como pecado, ou mal dos céus. (MARQUES, 1998). Deste modo, a prática terapêutica mesclava com os saberes da visão cristã, incluindo-se à prática religiosa nestas, como culto aos santos, oração, e unção com óleos, sendo executado por quaisquer dos papéis citados a seguir. (PIMENTA, 1997). Cabe salientar que o recurso terapêutico até o século XIX era exclusivamente por meio da utilização de plantas medicinais, minerais e animais, já que foi apenas em 1828 que foi sintetizado por Friedrich Wohler um composto orgânico (uréia), a partir de uma substância inorgânica. (ALMEIDA, 2011). As estruturas sociais em que se desenvolvem o uso de plantas medicinais esteve fundada em distintas opressões referentes às formalidades do ensino como também pelo interesse do Estado, como exemplo os povos pagãos, implicando diretamente nas valorações das relações entre os sujeitos, e conseqüentemente, na repressão destes indivíduos.

### **Período da Fiscatura**

O exercício da medicina na sociedade feudal era executado por vários papéis: os físicos, os cirurgiões-barbeiros, os boticários, os barbeiros-sangradores, os curandeiros, dentistas-práticos, e as parteiras. (WITTER, 2005). Para cada categoria se destinavam distintas práticas, como por exemplo: os físicos desdenhavam das artes científicas das universidades, com formação teórica médica; os cirurgiões-barbeiros e os barbeiros-práticos ou sangradores, exerciam suas atividades, predominantemente em calçadas das ruas ou em seus domicílios, tratando feridas externas, com técnicas que envolviam o “sangrar, sarjar, aplicar ventosas, pensar ferimentos e extrair balas e dentes” (SOARES, 2001, p. 409) e; os boticários realizavam a comercialização de produtos medicinais.

Para regulação do Estado perante as funções desenvolvidas, a Fiscatura se estruturou como um órgão de fiscalização e legalização destas atividades, que também se distinguia em Físicos-mor e Cirurgiões-mor conforme o período e o lugar estabelecido, o que contribuiu muito com a manutenção e consolidação de estigmas à alguns papéis.

A existência de uma autoridade médica em Portugal, integrada no dispositivo político-administrativo da monarquia, tem sua origem mais remota no funcionamento do cargo de Cirurgião-mor dos Exércitos, estabelecido em 1260 com a finalidade de fiscalizar o exercício das artes médicas e cirúrgicas. (MACHADO et al., 1978, p.25).

Porém, foi apenas em 1448 que foi promulgado, em Portugal, o *Regimento do Cirurgião-mor*, que determinava o exercício de fiscalização das práticas exercidas por físicos e cirurgiões, bem como, da comercialização de produtos, e respectivos preços, por boticários (ABREU, 2010; MACHADO et al., 1978). Por conseguinte, houve a criação do *Regimento do Físico-mor*, em 1515, que determinava a necessidade de exames teórico-práticos para o licenciamento das categorias, distinguindo o exercício das mesmas: aos físicos-mor cabia o controle da medicina nos boticários, droguitas e curandeiros e; aos cirurgiões-mor, o controle das cirurgias realizadas pelos babeiros-sangradores, parteiras, dentistas-práticos e cirurgiões-barbeiros. (MACHADO et al., 1978; REZENDE, 2009).

Segundo Abreu (2010, p. 99), as “penas de prisão, multas pecuniárias, destruição de produtos, estavam entre as várias penalizações previstas para os prevaricadores, físicos ou boticários”, e para isso atuavam em conjunto os “soldados de saúde” armados. (MACHADO et al., 1978).

Segundo Machado (1978, p.28), “esse é o tipo de poder médico que será transplantado para o Brasil e que permanecerá, em suas grandes articulações, intocado até o início do século XIX”. O período da Fisicatura no Brasil, em si, foi de 1808 a 1828 (PIMENTA, 1997), mas previamente à esta data, já havia médicos designados à físicos-mor para sua devida atribuição fiscalizadora na Bahia desde 1744. (MACHADO et al., 1978; VIOTTI, 2012). Este fato gerou uma demanda grande de médicos e cirurgiões que culminou, em 1808, na criação das primeiras instituições de ensino médico no Brasil, a Escola de Medicina, na Bahia, e a Escola Anatômica, Cirúrgica e Médica no Rio de Janeiro, entretanto, foi somente em 1832 que começaram a se formar médicos nestas instituições. (PIMENTA, 1997; REZENDE, 2009). As criações das instituições de ensino também permitiram o controle e uniformização das práticas terapêuticas, permitindo segundo Oliveira (2015, p.?), que os médicos buscassem “a exclusividade da prática e do saber sobre saúde, definindo seu conhecimento como o único legítimo e desconsiderando outras práticas e conhecimento, não incorporados por sua formação”.

Durante este período a preferência popular, de todas as classes sociais, para o tratamento de enfermidades era prioritariamente pelas práticas populares exercida pelos curandeiros. Tal fato não era respaldado pela falta de médicos, mas em escolhas arbitrárias e legítimas de práticas que envolvem concepções culturalmente semelhantes de corpo, saúde e doença pela população (WITTER, 2005), através da compreensão

etiológica das doenças pela natureza sobre-humana (espiritualidade), bem como da mescla de arsenais terapêuticos. (SOARES, 2001). Segundo o mesmo autor (p.423),

(...) a experiência acumulada pelo cotidiano produzia novas mezinhas, resultado do amálgama de tradições indígenas, ibéricas e africanas, às quais todos tinham acesso ilimitado. Geralmente usadas por conta própria, de acordo com os saberes domésticos enraizados pela tradição ou atendendo às recomendações específicas dos curandeiros, as mezinhas domésticas constituíam prática bastante comum no Brasil.

As terapias das tradições africanas advindos de diferentes grupos africanos influenciaram fortemente nas práticas terapêuticas decorrentes, como dito, mesclando-as com as existentes, agregando distintas plantas medicinais oriundas da África, trazidos pelos negros durante os três séculos de tráfico negreiro, principalmente para a região norte, nordeste e sudeste do país. Deste modo, estruturou-se fortemente grande uso de plantas medicinais também nos rituais religiosos (ALMEIDA, 2011; OLIVEIRA, 2008). Entretanto, estes modos de cuidado permaneciam às práticas populares não administrativas, visto que os africanos eram situados em posição social inferior à dos europeus que, segundo Oliveira (2008, p. 93), "definiu o modelo prevalecente nas relações socioeconômicas e no aparato administrativo instalado para levar a cabo o processo de dominação do lugar e dos demais grupos culturais envolvidos."

No período da Fiscatura, todas as categorias supracitadas eram consideradas legítimas pela mesma, desde que possuíssem licença para atuação. O processo para obtenção da autorização era criterioso, necessitando comprovação de experiência de quatro anos de prática em hospitais, bem como, realização de exame aplicado por um físico-mor ou cirurgião-mor, denotando controle de tais práticas. (SOARES, 2011). A Fiscatura se obrigou a manter a legalização dos curandeiros e outros ofícios das artes mecânicas em distintos lugares, justificando-se oficialmente pelo fato de possuir poucos médicos autorizados para seu ofício, no território. (PIMENTA, 1997). Em vilarejos e regiões mais distantes do centro da cidade, onde não havia a presença de médicos, a licença era concedida em caráter temporário aos curandeiros. (SOARES, 2011; WITTER, 2005).

Os boticários, os barbeiros, parteiras, e curandeiros, até então eram tolerados e relativamente aceitos pelas autoridades médicas, porém, a partir da extinção da Fiscatura no Brasil, em 1828, com subsequente fundação da Sociedade de Medicina, em 1829, estas categorias sofrem intensas críticas e deslegitimação, configurando-as

como provedoras do charlatanismo. (SOARES, 2011). Esta característica é mais notória quando se analisa a relação direta destes ofícios com mulheres, escravos, pobres e africanos. (PIMENTA, 1997). Considerando a construção social burguesa, eurocêntrica, racista e misógina da cientificidade cartesiana, estar nestas posições anteriormente ditas, representam a possibilidade de maiores repressões quanto aos saberes populares quando nas relações com os trabalhadores de saúde, que por via não possibilitam a assunção destes sujeitos e suas práticas de cuidado no processo saúde-doença.

Segundo Oliveira (2015, p.?):

Com a ascensão social de sua profissão e buscando a exclusividade nas práticas de saúde, os médicos cada vez mais exigiram a repressão do estado contra o que denominavam charlatão – barbeiros, cirurgiões, parteiras, curandeiros, e outras figuras que “concorriam” com os médicos nas práticas de cura.

O quadro legal de exercícios foi modificado, e apenas os médicos, cirurgiões, boticários e parteiras (com distintas limitações), estariam oficialmente legitimados para atuar. (WITTER, 2005). Os cirurgiões também foram alvo de penalizações sociais já que a práxis estava intimamente ligada com a manipulação do “sujo”, de trabalhos manuais (arte mecânica), do corpo, do sangue; diferentemente associado ao conhecimento erudito, arte liberal, ofícios pressupostos dos médicos (ABREU, 2010; WITTER, 2005), grupo social “mais abastado”. (PIMENTA, 1997). Desta forma, o charlatanismo estruturava violências morais a diversos praticantes na arte terapêutica. Machado et al. (1978, p. 202) ilustram as representações sociais destas categorias citando teses à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro de Francisco de Paula Costa<sup>12</sup> e de Joaquim Alves Pinto Guedes Junior<sup>13</sup>, que tipificavam os barbeiros “de ordinária estúpidos africanos que as vezes nem sabem se expressar”, e as parteiras “de ordinário vindas da classe baixa, imbuídas de graves preconceitos, despidas de todos os conhecimentos, ignorando mesmo o ler e o escrever, cuja mocidade foi estragada nos deboches e prazeres”. Sampaio (1995, p. 4) retrata claramente os pensamentos sobre o curandeiro a partir de uma mídia documental da época, como:

(...) agente de ‘práticas indecentes’, era um ‘ignorante velhaco’, pois não tinha estudos ou qualquer conhecimento da ‘verdadeira medicina’,

---

<sup>12</sup> Francisco de Paula Costa, *Algumas reflexões sobre o charlatanismo em medicina*, tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1841, p. 7.

<sup>13</sup> Joaquim Alves Pinto Guedes Junior, *Deve haver leis repressivas do charlatanismo, ou convém que o exercício da medicina seja inteiramente livre?*, tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1853.

mas era esperto e hábil. Tanto que conseguia iludir facilmente com seu ‘charlatanismo’ a ‘pouca ilustrada massa popular’ (...). A imprensa, então, em sua missão pedagógica de ‘persuasão’ e ‘doutrinação do povo’, deveria agir, cobrando das autoridades que cumprissem seus deveres e acabassem com aquele ‘mal’(...).

Do monopólio do exercício de curar, da extinção da concorrência com os terapeutas, da alienação da população, da construção de uma identidade que conduziria a modernidade, do prestígio à superioridade, se faziam a deslegitimação de terapeutas populares. (PIMENTA, 1997; SAMPAIO, 1995).

Estes comportamentos frente às práticas populares foram reforçados e corroborados por diversos momentos históricos, a exemplo da “Revolução Científica” decorrente do século XVII, na qual possui vinculação contextual com o Renascimento, cujas concepções mecanicistas ascendem o método científico, consagrando a racionalidade cartesiana. (RIBEIRO, 2008). Esta racionalidade traz em si a transferência do âmbito contextual para o ser humano e seus modos de organização e não somente pela religião como ocorria anteriormente. (PIDNER, 2010, p.40). A natureza torna-se máquina, e, é a matemática o instrumento capaz de resolver estes questionamentos. (SILVA; MELO-NETO, 2015; RIBEIRO, 2008). Até o feudalismo as instituições que desenvolviam cientificidade estavam atreladas exclusivamente à religiosidade, porém, com a modernização da sociedade e o estabelecimento do capitalismo ocorre uma periferização religiosa, que não deixa de se extinguir, mas se configura como antiga aos preceitos da ciência moderna. Há, portanto, um redimensionamento da produção de conhecimento para universidade intitulada como moderna, onde se produz como lugar sociológico, que acompanha a redefinição da sociedade. (PIDNER, 2010). Já não se possui necessidade de uma concepção da natureza como promotora e protetora, transformando-a em ferramenta, fonte de matéria-prima a ser apropriada tecnicamente por crédito ao desenvolvimento instrumental. (RIBEIRO, 2008). Assim, tais determinações convergem na concepção instrumentalizada das plantas medicinais pelo atual modelo de saúde, que geralmente considera unicamente a planta e suas substâncias químicas, invisibilizando as culturas entorno da construção histórica-social dos saberes populares e a promoção de saúde que há nestas práticas de cuidado.

René Descartes (1596- 1650), filósofo e matemático francês, torna-se figura referência para a Revolução Científica, estruturando um método onde os papéis sociais destinados às práticas terapêuticas, vinculadas à concepção científica em desenvolvimento, deveriam se respaldar. Como premissas metodológicas notórias, não

havia aceitação de qualquer situação do qual não poderia ser comprovada integralmente, separando-a e segregando-a quanto sejam possíveis, que possibilitaria, assim, a minuciosidade da análise. (BARROS, 2002; LIIMAA, 2013).

Deste modo, as partes dos corpos são isoladas e estudadas em forma de sistema que supostamente iria condizer em âmbito teórico à totalidade do corpo, ou seja, peças integrantes de uma grande máquina. As doenças se ressignificam em peças que não apresentam determinado desempenho esperado, necessitando assim seu “concerto” para o funcionamento da máquina. (MURTA; FALABRETTI, 2015). “Fragmentar o todo em partes era o melhor caminho para uma melhor compreensão de uma dada realidade”. (LIIMAA, 2013, p.29). Estes pressupostos para investigação do hipotético objeto fundamentam o atual modelo biomédico ou mecanicista, de grande caráter reducionista, desenvolvido pela ciência hegemônica. (BARROS, 2002). Algumas literaturas citam que o sucesso da criação de teorias matemáticas que explicaram o mundo e os fenômenos por Isaac Newton, foram movimentos essenciais para o desenvolvimento da noção cartesiana do corpo a ser explorado. (LIIMAA, 2013).

Os estudos anatomopatológicos subsidiaram tal tipificação do modelo biomédico, devido à possibilidade de investigação dos tecidos dos corpos dissecados, observando-os, classificando-os, e agrupando-os, conjurando diretamente a lesão à doença. (OLIVEIRA, 2015). Deste modo, a realidade tornava-se objetiva independentemente do observador, necessitando que o cientista e observador apropriasse da mesma, pelos instrumentos de uma ciência supostamente neutra. (LIIMAA, 2013). Diversos estudos foram gradativamente sendo validados e reconhecidos pela medicina moderna, como estudos anatômicos de Vesalius<sup>14</sup> (1543), circulação sanguínea por William Harvey (1628), vacina por Edward Jenner (1790-1823). (BARROS, 2002).

Outro estudo que contribuiu para a configuração do atual modelo foi a teoria microbiana, proporcionada por Louis Pasteur e Robert Koch, que evidenciaram as funções dos microorganismos e suas associações com as doenças. Se identificada a origem da doença a partir da visão microbiana, os esforços para a recuperação da saúde estariam, exclusivamente, envoltos da eliminação do microorganismo (BARROS, 2002;

---

<sup>14</sup> Considerando o conhecimento como uma construção da interação entre o sujeito e o objeto, mediado por seu contexto sociocultural, aos seus coletivos de pensamentos, em conformidade à estrutura de pensamento de cada momento histórico (LORENZETTI; MUECHEN; SLOGO, 2013), verifica-se assim, que denominar estas pesquisas como de fontes individuais, estariam apagando a historicidade em que há na construção da ciência em seu contexto social, e em seus grupos de pesquisa.

LIIMAA, 2013), e não nas condições que promoveu esta. A noção de unicausalidade torna-se hegemonia já nos fins do século XIX obscurecendo, segundo Barros (2002, p.74), “concepções que destacavam a multicausalidade das doenças ou que proclamavam a decisiva participação, na eclosão das mesmas dos fatores de ordem socioeconômica”.

Como dita, a deslegitimação quanto ao uso de plantas medicinais, na atribuição de saber popular, pelos trabalhadores de saúde nas relações com sujeitos é corroborado pela visão unicausal, que permite a exclusão de uma concepção mais ampla sob as singularidades existentes atrelados aos seus valores simbólicos.

### **Sociedade capitalista e o modelo biomédico**

A concepção mecanicista de corpo, que o ancora conceitualmente, vem contribuindo para a disciplinarização dos corpos, ‘moldando’ as classes trabalhadoras para os processos de trabalho explorado e alienado, onde um corpo domesticado, socializado para exercer as funções segmentadas, monótonas e repetitivas da produção industrial taylorista/fordista, foi condição *sine qua non* para a instauração do capitalismo. (BARBOSA, 2010, p. 20).

O paradigma da produção de saúde na atualidade é permeado por diversos fatores atrelados aos interesses mercantis. O sistema capitalista assegura a conservação do modelo biomédico que reconhece unicamente saberes produzidos cientificamente, determinando concepções acerca do corpo como máquina, individual, biológico, universal, e atemporal, destituindo-o dos determinantes sociais e culturais. (BARBOSA, 2010; BARROS 2002). Tais significações a estes corpos também foram devidamente estabelecidas através das produções de Abraham Flexner (1866 – 1959) nos Estados Unidos da América (EUA) e com implicações diretas no mundo ocidental, incluindo o Brasil. (ALMEIDA-FILHO, 2010; PAGLIOSA; ROS, 2008).

O Relatório de Flexner (1910) é considerado como responsável pelas grandes reformas que aconteceram nas escolas médicas norte-americanas, que implicou modificações estruturais no modo de cuidado. Estas alterações nas instituições já estavam sendo realizadas de forma irreversível, mas foi a partir deste relatório que consolidou tais modificações e posteriormente sua difusão em outros países. (PAGLIOSA; ROS, 2008). Promovido e concebido pela *Rockefeller Foundation*, fundação privada estreitamente relacionada ao complexo médico-industrial norte-

americano, Flexner foi destinado a visitar cerca de 155 escolas médicas nos EUA e Canadá durante seis meses. (ALMEIDA-FILHO, 2010).

Na época, não havia padronização para a abertura de escolas médicas, possibilitando a existência de diversas escolas com abordagens terapêuticas diferentes, como fisiomedicamelismo e botanomedicalismo, e também com diferentes critérios de inclusão e quantidade de horas de formação. Com visão hospitalocêntrica e elitista, observava em poucas horas nos laboratórios e corredores das instituições de ensino a mera presença de aparelhos e instrumentos, justificado pelo seu tecnocentrismo, e também não utilizava instrumento de avaliação padronizado e validado para averiguar outros quesitos. Tal característica ocorria, pois Flexner propunha o modelo alemão de ensino médico que consistia no hospitalocentrismo, nas pesquisas experimentais e na especialização. Os hospitais se tornam fonte de aprendizado, sendo instaurada, por meio da observação e experimentação, a fidedignidade científica, assegurando o positivismo, reducionismo e biologicismo (PAGLIOSA; ROS, 2008). Segundo Pagliosa e Ros (2008, p. 496), “o social, o coletivo, o público e a comunidade não contam para o ensino médico e não são considerados implicados no processo de saúde-doença”. Tais fatores corroboram com os interesses mercantis para a doutrinação da população pelo poder biomédico, permitindo a higienização de práticas de cuidado diferentes do mesmo, por silenciar os contextos sociais em que se desenvolvem o sujeito. Neste sentido, a historicidade e as significações destes indivíduos estariam silenciados na medida se tornam mais passíveis às intrusividades do modelo biomédico.

Com este relatório produzido, o número de escolas médicas nos EUA foi reduzida de 131 para 81, nos 12 anos seguintes, e a redução das escolas homeopáticas, de 20 para 4, entre os anos de 1910 e 1920. (PAGLIOSA, ROS, 2008).

Do ponto de vista conceitual, reiteradamente identificam-se, no modelo flexneriano, diversos elementos (ou defeitos): perspectiva exclusivamente biologicista de doença, com negação da determinação social da saúde; formação laboratorial no Ciclo Básico; formação clínica em hospitais; estímulo à disciplinaridade, numa abordagem reducionista do conhecimento. Do ponto de vista pedagógico, o modelo de ensino preconizado por Flexner é considerado massificador, passivo, hospitalocêntrico, individualista e tendente à superespecialização, com efeitos nocivos (e até perversos) sobre a formação profissional em saúde. Do ponto de vista da prática de saúde, dele resultamos seguintes efeitos: educação superior elitizada, subordinação do Ensino à Pesquisa, fomento à mercantilização da medicina, privatização da atenção em saúde, controle social da prática pelas corporações profissionais. Do ponto de vista da organização dos



serviços de saúde, o Modelo Flexneriano tem sido responsabilizado pela crise de recursos humanos que, em parte, produz crônicos problemas de cobertura, qualidade e gestão do modelo assistencial, inviabilizando a vigência plena de um sistema nacional de saúde integrado, eficiente, justo e equânime em nosso país. Do ponto de vista político, por ter sido implantado no Brasil a partir da Reforma Universitária de 1968, promovida pelo regime militar, tal modelo de ensino e de prática mostra-se incompatível com o contexto democrático brasileiro e com as necessidades de atenção à saúde de nossa população, e dele resultam sérias falhas estruturais do sistema de formação em saúde. (ALMEIDA-FILHO, 2010, p. 2235)

Cabe ressaltar que, a associação do corporativismo médico e do grande capital, influenciado pelas grandes propagandas nas publicações da *American Medical Association*, exerceu forte pressão para que as instituições seguissem o modelo flexneriano proposto, a partir, muitas vezes, de incentivo financeiro (ALMEIDA-FILHO, 2010, p.2235).

As tentativas de rupturas do modelo flexneriano no Brasil foram fracassadas, pelo complexo médico-industrial mediado pela produção de capital que estrutura mais interesse aos professores em pesquisa e em sua prática privada, destituindo-o ao interesse na formação. (PAGLIOSA; DA-ROS, 2008). Há um desenvolvimento da cientificidade moderna voltada exclusivamente para a produção capital, onde o sistema trabalhista exploratório faz com que olhares virem mercadoria, sustentado na área da saúde pelo complexo médico-industrial. (GADELHA, 2003).

A crescente ingerência do complexo farmacêutico transnacional, que pauta e financia pesquisas na área biomédica de acordo com seus interesses mercantis (inclusive direcionando, falsificando e mesmo ocultando resultados de pesquisa), não é algo que pode ser menosprezado em termos da (tão cara) 'autonomia' do pesquisador e da ética em pesquisa. (BARBOSA, 2010, p. 14)

O mercado se torna central no desenvolvimento das pesquisas científicas e na formação profissional, mistificado pela hegemonia como lugar território da produção de ciência, onde há apenas interesses coletivos dotando caráter de neutralidade e racionalidade. Por assim, absolvida da crítica social, mantém e reproduz o *status quo* moderno, e revigora sua manutenção pela interferência do complexo médico-industrial. (PIDNER, 2010). Tal fator delimita também a superioridade doutrinada da ciência convencional e as relações de poder na qual se estabelece com os sujeitos que não perpassaram pelo ensino convencional, e conseqüentemente, por dotar este caráter de neutralidade na perspectiva positivista, é reproduzido ideologicamente por todos os

sujeitos do processo os interesses políticos e econômicos de uma pequena parcela da população.

Com produção de trabalhos científicos individualizados, em linha de montagem fordista-taylorista, abandona-se a atuação coletiva e crítica, incorporando a lógica corporativista e produtivista voltada para o mercado do conhecimento (ou conhecimento do mercado), que rege até os planos subjetivos dos pesquisadores. (BARBOSA, 2010). Deste modo, o âmbito cultural dos indivíduos que ingressam às universidades é despido pelo poder da cultura científica, incluindo-se os saberes populares de plantas medicinais. (PALMA, 2011). Tal contexto é justificado pelas reflexões de Ludwik Fleck, pois o ingresso à um diferente coletivo de pensamento, como a universidade, é mediado pela coerção de pensamento para que corrobore com a circulação intracoletiva de ideias dentro deste, no intuito de compartilhar os conhecimentos e práticas deste coletivo, como também sua efetiva extensão. (LORENZETTI; MUECHEN; SLONGO, 2013). Deste modo, evidencia-se que o processo fundante das relações desiguais entre os sujeitos do processo, transgride a culpabilização da opressão unicamente pelos trabalhadores de saúde, já que também estes são objetificados na sua formação acadêmica e conseqüentemente na sua atuação profissional.

Quanto à mediação da organização industrial às universidades, refere-se que a área da saúde é a que possui maior interação entre ensino, pesquisas e empresas. Esta relação é essencial para as indústrias, por ser fonte de muitas inovações abarcadas pela intensidade de tecnologia em todas as áreas de saúde, estimulando a competitividade entre os segmentos do complexo médico-industrial, na qual possui o Estado como uma instância determinante para a sua conservação. (GADELHA, 2003). Atuando fortemente nas universidades, o complexo médico-industrial também focaliza seus processos de produção e consumo de medicamentos, nas indústrias e nos prestadores de serviços médicos, institucionalizando-se como “sistema médico do capital monopolista”. (GADELHA, 2003; PAGLIOSA; DA-ROS, 2008). Os prestadores de serviços médicos caracterizados pelos hospitais, ambulatórios, e serviços de diagnóstico e tratamento, são tecnologias dominadas pelos fornecedores que regulam a demanda industrial tanto no espaço privado quanto público. (GADELHA, 2003). Assim, as produções científicas das instituições de ensino e pesquisa, estarão também nas relações mercantis dos interesses industriais privados, já que são através destas que também se sustentam as práticas dentro das tecnologias supracitadas. Estrutura-se, neste sentido, o modo operante da mercantilização da saúde na qual as práticas terapêuticas serão

norteadas pelo consumo de bens e serviços, desta relação que, estão compreendidas pelo controle político da medicalização social.

Considerando tais contextos de demandas mercantis, a produção científica constituída como validadora para o conhecimento erudito, contribui para a marginalização dos saberes empíricos e populares. Assim, os trabalhadores de saúde, em sua prática, não possuem respaldo à orientação do uso de plantas medicinais à população, ressaltando-se esta apenas no ambiente familiar. Quando cabidas no ofício prescritivo, ou seja, prática validada pela ciência cartesiana, também não é significativo totalizando cerca de 5% das prescrições. (BADCKE et. al 2016; CLIMBERIS, 2007).

Os saberes populares de plantas medicinais são negados, sendo possibilitado o uso popular pela população exclusivamente na prevenção de doenças e no tratamento paliativo, a partir da ótica dos profissionais de saúde. As ameaças às práticas terapêuticas validadas se estabelecem na possibilidade da interferência do saber popular no saber científico. Assim, a utilização de plantas medicinais como modo de produção de saúde seria complementar ao tratamento alopático para a recuperação da doença. (PALMA, 2011). Tais fatos também são assegurados pela intensa estratégia de *marketing* dos medicamentos à população e aos prestadores de serviços médicos, necessitando uma estrutura bem organizada para gerar maior aceitação no mercado e capitalizar as “descobertas”<sup>15</sup> pela indústria farmacêutica, que sobrepõe à cidadania e à saúde pública. (CLIMBERIS, 2007; JESUS, 2001; YOUNG, 2001).

Resultante também da interferência do capitalismo junto as estruturas do complexo médico-industrial, a medicalização social, tem por si, um interesse político de dominação dos corpos sociais para o controle, e o não desenvolvimento da autonomia da população no processo de saúde e doença. Neste sentido, gera demandas extensivas aos prestadores de serviços que, como dito, possuem também suas intermediações a interesses mercantis. A individualização dos problemas ao nível biológico, naturaliza as reais causas sociais das origens destes, fortalecendo o processo de medicalização social. (TESSER, 2006).

Extremamente cobiçada pelas indústrias farmacêuticas para desenvolvimento de novos fármacos para preservação da medicalização social, o meio ambiente torna-se

---

<sup>15</sup> Ressalta-se este termo, pela invisibilidade construída da propriedade intelectual de comunidades locais e povos tradicionais da flora brasileira pela hegemonia científica. A descoberta, na realidade, é por uma construção histórica destes povos a estes saberes. Além disto, como dito anteriormente, considerar como descobertas, possibilita a exclusão de um processo de construção de pensamento de forma histórico-social.

fonte deste interesse pela vasta biodiversidade, possuindo como condicionantes deste dinamismo industrial, a propriedade intelectual e as patentes. (YOUNG, 2001). Esta é reduzida a um recurso natural a ser explorada e dominada industrialmente, pela ótica utilitarista e intervencionista, podendo ser legitimada apenas quando esta é mercantilizada. (PIDNER, 2010).

Dados da literatura apontam que, atualmente no mercado farmacêutico, aproximadamente 25% dos fármacos são oriundos de plantas medicinais. Porém, se considerarmos também as moléculas obtidas por via sintética, que tiveram como modelo uma espécie vegetal, este percentual pode ser significativamente superior chegando a cerca de 70%. (CECHINEL; YUNES, 2012, NEWMAN; CRAGG, 2012). Para sistematização de eventuais pesquisas no desenvolvimento de medicamentos a partir de plantas medicinais, os conhecimentos tradicionais tanto de comunidades locais e povos tradicionais formam os subsídios para este processo. Isto porque, o uso empírico baseado na tradição oral reflete uma construção histórica cultural e social, estruturados e aprimorados por meio das experiências práticas. (ANTONIO; TESSER; MORETTI-PIRES, 2013; BADKE, et al., 2016; SILVA; MELO-NETO, 2015; OLIVEIRA, 2008).

Contudo, no processo de acesso a estes conhecimentos e sua posterior apropriação para o desenvolvimento dos medicamentos, pela ideologia determinante o patrimônio da humanidade se configura como público de livre acesso, e quando este é transferido à lógica mercantilizada, o mesmo torna-se propriedade privada, que é garantido posteriormente pela patenteabilidade (OLIVEIRA, 2008).

Toda cultura é feita de empréstimos, adaptações, interpretações e de diálogos com outros grupos culturais. Entretanto, a mercantilização contemporânea da vida, atingindo várias dimensões e esferas da sociedade, resulta no estabelecimento de relações desiguais nos processos de busca de técnicas, saberes e conhecimentos desenvolvidos localmente por grupos culturais específicos. Enquanto, por um lado, grupos locais cedem ou doam informações e conhecimentos sobre plantas e outros elementos da biodiversidade utilizados, com base na tradição oral, há gerações, para os cuidados do corpo e da saúde, por outro lado, empresas e indústrias se apossam duplamente das informações e da natureza, estabelecendo-se como donos, registrando patentes e princípios ativos, transformando tudo em mercadoria. (OLIVEIRA, 2008, p. 174)

Estas patentes, que são concedidas a indústrias farmacêuticas quando inserem um medicamento no mercado, são caracterizadas como um tipo de ressarcimento financeiro após grande montante orçamentário exigido pelo setor de Pesquisa e

Desenvolvimento (P&D), processo que conseqüentemente incentiva outras indústrias à pesquisa no intuito de usufruir desta mesma exclusividade. (YOUNG, 2001). Cabe considerar que no atual contexto, ao invés de se estabelecer a competitividade industrial, é constituído um monopólio empresarial já que a capacidade industrial e detenção dos recursos tecnológicos são restritas apenas a algumas destas. (MACEDO; BARBOSA, 2000). Este incentivo vem ocorrendo regularmente a empresas estrangeiras pelo desenvolvimento de diversos fármacos a partir da flora brasileira movimentando grande recursos financeiros. (OLIVEIRA, 2008).

A indústria farmacêutica internacional contando com o amplo acesso à biodiversidade dos países de flora tropical, mais do que a exploração da propriedade intelectual das comunidades locais e povos tradicionais, dispõem de fonte de matéria-prima para a produção dos medicamentos, que ergue os direitos de suas “descobertas”, tornando-as inacessíveis aos países e povos de origem (TEIXEIRA, 2005). Assim, como denota Oliveira (2008, p.170), "muitos conhecimentos tradicionais sobre os recursos da biodiversidade adquirem outro valor quando passam ao âmbito do mercado, transformados pela possibilidade de lucro que representam para empresas e indústrias".

“A proteção de muitas pesquisas se inicia com irregularidade na bioprospecção ou nos acessos a recursos naturais de países ricos em biodiversidade e pobres em mecanismos, sem política de proteção para seu patrimônio”. (TEIXEIRA, 2005, p. 29). Neste sentido, o Estado é responsável pela proteção e gestão do conhecimento tradicional e, conseqüentemente, pela manutenção da marginalização abusiva das comunidades tradicionais e originárias. (REZENDE; RIBEIRO, 2005).

Por ora, a cientificidade do modo de cuidado neste contexto, tende a tornar a sociedade mais dependente das práticas profissionalizadas cientificamente (ANTONIO; TESSER; MORETTI-PIRES, 2013), ocasionando o uso das plantas medicinais quando suas dosagens terapêuticas, contraindicações e indicações clínicas estão padronizadas (OLIVEIRA, 2015), restringindo-a à prática biomédica médico-centrada. A fitoterapia quando inclusa nestas práticas são representadas como mais uma opção medicamentosa, restringindo o saber popular a apenas um indício para o desenvolver científico. (ANTONIO; TESSER, MORETTI-PIRES, 2013).

A restrição à padronização do uso de plantas medicinais para fitoterapia industrializada é assegurada também pela ilegalidade de produção e distribuição de remédios caseiros (art. 273 Código Penal Brasileiro), que são os principais recursos

utilizados no ofício de práticas populares, por não atenderem as exigências da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). (DIAS; LAURANO, 2014).

Desta maneira, a permeabilidade deste modo de cuidado nas práticas profissionalizadas de saúde é dificultada, obstaculizando a integração dos saberes populares e, conseqüentemente, a escuta aos indivíduos sobre seus modos de produção de cuidado. (ANTONIO; TESSER, MORETTI-PIRES, 2013). Contudo, mesmo que possivelmente agregasse estas práticas populares a partir de uma visão científica ocidentalizada, segundo Oliveira (2008, p. 49),

O arcabouço conceitual positivista da biomedicina não serve para aferir eficiências terapêuticas destas outras práticas medicinais, pois correspondem, entre si, a categorias mentais culturalmente distintas, a diferentes visões de mundo e arcabouços simbólicos, que não podem ser reduzidos a um único modelo.

## **Conclusão**

Compreendendo a construção histórica-social dos saberes populares e sua repressão pelo modelo biomédico sustentado pela lógica corporativista do capital, torna-se evidente que nas relações com os trabalhadores de saúde, estes sujeitos que estão às margens da sabedoria popular permanecem sob silenciamentos. Isto porque estes sujeitos serão unicamente intermédios para a reafirmação da supremacia da ciência cartesiana que se alia às conformidades políticas do modelo biomédico, corroborado com o atual modo de produção. Assim, o cuidado intervencionista revigorado pelo processo de mercantilização da saúde se torna evidente na medida em que necessita de padronização do cuidado pelo reducionismo do sujeito. Suas subjetividades e culturalidades representam fonte de ameaça para o processo do diagnóstico e do tratamento já que são consideradas por tal modelo como incertos, imprecisos e inseguros. Por fim, a autonomia destes são exauridos implicando em sua desprotagonização e desindividualização no cuidado e conseqüentemente no processo saúde-doença. Relações estas, que quando assimiladas na perspectiva histórico-cultural, denota a transgressão da individualização das relações de poder, convergindo na apreensão estrutural da objetificação do trabalho e dos sujeitos pelo atual modo de produção.

## Referências bibliográficas

- ABREU, L. A organização e regulação das profissões médicas no Portugal Moderno: entre as orientações da Coroa e os interesses privados. In: CARDOSO, A.; OLIVEIRA, A. B.; MARQUES, M. S. (Coord.) **Arte médica e imagem do corpo de Hipócrates ao final do século XVIII**. Lisboa: Biblioteca Nacional de Portugal, 2010. p. 97-122.
- ALMEIDA-FILHO, N. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.12, p. 2234-2249, dez. 2010.
- ALMEIDA, M. Z. **Plantas medicinais**. 3. ed. Salvador: EDUFBA, 2011.
- ANTÔNIO, G. D.; TESSER, C. D.; MORETTI-PIRES, R. O. Contribuições das plantas medicinais para o cuidado e a promoção da saúde na atenção primária. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v.17, n.46, p. 625-633, 2013.
- BADKE, M. R.; SOMAVILLA, C. A.; HEISLER, E. V.; ANDRADE, A.; BUDÓ, M. L. D.; GARLET, T. M. B. Saber popular: uso de plantas medicinais como forma terapêutica no cuidado à saúde. **Rev. Enferm. UFSM**, Santa Maria, v.6, n.2, p. 225-234, abr./jun. 2016.
- BARBOSA, R. H. S. A ‘teoria da práxis’: retomando o referencial marxista para o enfrentamento do capitalismo no campo da saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v.8, n.1, p. 9-26, mar./jun. 2010
- BARROS, J. A. C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico?. **Saude e Sociedade**, São Paulo, v.11, n.1, p. 67-84, 2002.
- BOURDIGNOM, C. **Plantas medicinais e raízes culturais: prática dialógica de saberes**. 2011. Monografia (Especialização em Educação) – Universidade Federal do Paraná, Matinhos.
- CARNEIRO, H. O saber fitoterápico indígena e os naturalistas europeus. **Fronteiras: Rev. de Hist.**, v. 13, n. 13, p. 13-32, 2011.
- CECHINEL-FILHO, V.; YUNES, R. A. Novas perspectivas dos produtos naturais na química medicinal moderna. In: YUNES, Rosendo Augusto; CECHINEL-FILHO, V. (Org.). **Química de Produtos Naturais, novos fármacos e a moderna farmacognosia**. 2 ed. Itajaí: Universidade do Vale do Itajaí, 2012, p. 11-31.
- CLIMBERIS, A. **Utilização de plantas medicinais no Assentamento Ho Chi Minh (MG), do MST: pesquisa-ação**. 2007. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) - Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- DIAS, J. E.; LAUREANO, L. C. (Org.). **Protocolo Comunitário Biocultural das Raizeiras do Cerrado: direito consuetudinário de praticar a medicina tradicional**. 1. ed. Turmalina: Articulação Pacari, 2014.

FIRMO, W. C. A.; MENEZES, V. J. M.; PASSOS, C. E. C.; DIAS, C. N.; ALVES, L. P. L.; DIAS, I. C. L.; NETO, M. S.; OLEA, R. S. G. Contexto histórico, uso popular e concepção científica sobre plantas medicinais. **Cad. Pesq. São Luís**, São Luís, v. 18, n. especial, p. 90-95, dez. 2011.

GADELHA, C. A. G. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. **Ciencias & Saúde Coletiva**, Manguinhos, v.8, n.2, p. 521-535, 2003.

JESUS, P. R. C. Propaganda de medicamentos: pra você ficar legal!. In: Encontro dos Núcleos de Pesquisa da Intercom, 7., 2007, Santos. **Anais...** Santos: Intercom, 2007.

LIIMAA, W. Modelo quântico de saúde: do paradigma da doença ao paradigma da saúde. In: LIIMAA, W. (Org.). **Pontos de Mutação da Saúde**: novas perspectivas para a saúde integral a partir de uma visão quântica. 1ª ed. São Paulo: Aleph, 2013. v.3. p. 25-46.

LORENZETTI, L.; MUENCHEN, C.; SLOGO, I. I. P. A recepção pela pesquisa em educação em ciências no Brasil. **Rev. Ensaio Pesquisa em Educação em Ciências**, v. 15, n. 3, 2013.

MACEDO, M. F. G.; BARBOSA, A. L. F. **Patentes, pesquisa & desenvolvimento**: um manual de propriedade intelectual. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000.

MACHADO, M. M. **A trajetória da destruição**: índios e terras no Império do Brasil. 2006. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal Fluminense, Niterói.

MACHADO, R.; LOUREIRO, A.; LUZ, R.; MURICY, K. **Danação da norma**: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. 1. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

MARQUES, V. R. B. **Do espetáculo da natureza à natureza do espetáculo: boticários no Brasil setecentista**. 1998. Tese (Doutorado em História) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

MURTA, C.; FALABRETTI, E.. O autômato: entre o corpo máquina e o corpo próprio. **Natureza humana**, São Paulo, v.17, n.2, p. 75-92, 2015.

NEWMAN, D. J.; CRAGG, G. M. Natural products as sources of new drugs over the last 30 years from 1981 to 2010. **J. Nat. Prod.**, Columbus, v. 75, n.3, p. 311-335, 2012.

OLIVEIRA, M. F. S. **Bebendo na raiz: um estudo de caso sobre saberes e técnicas medicinais do povo brasileiro**. 2008. Tese (Doutorado em Desenvolvimento Sustentável) - Centro de Desenvolvimento Sustentável, Universidade de Brasília, Brasília.



OLIVEIRA, T. F. V. **Os terapeutas populares e o uso das ervas no século XXI**. 1. ed., Curitiba: Appris, 2015.

PAGLIOSA, F. L.; ROS, M. A. O relatório flexner: para o bem e para o mal. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Brasília, v.32, n.4, p. 492-499, 2008.

PALMA, J. S. **Ações dos profissionais de saúde da atenção básica em relação às plantas medicinais**. 2011. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas.

PIDNER, F. S. **Dialogo entre ciência e saberes locais: dificuldades e perspectivas**. 2010. Dissertação (Mestrado em Geografia) - Instituto de Geociências da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

PIMENTA, T. S. **Artes de curar: um estudo a partir dos documentos da Fisicatura-mor no Brasil do começo do século XIX**. 1997. Dissertação (Mestrado em História) - Departamento de História do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

REZENDE, J. M. **À sombra do plátano: crônicas de história da medicina**. São Paulo: Editora Unifesp, 2009.

REZENDE, E. A., RIBEIRO, M. T. F. Conhecimento tradicional, plantas medicinais e propriedade intelectual: biopirataria ou bioprospecção?. **Rev. Bras. Pl. Med.**, Botucatu, v.7, n.3, p.37-44, 2005.

RIBEIRO, R. F. Natureza, campo e cidade: o desenvolvimento urbano: do ocidente para as minas gerais do século XVIII. **Reuna**, Belo Horizonte, v.13, n.2, p. 43-62, 2008.

SAMPAIO, G. R. **Nas trincheiras da cura: as diferentes medicinas no Rio de Janeiro Imperial**. 1995. Dissertação (Mestrado em História Social da Cultura) - Departamento de História do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

SANTOS, G. S. A arte de sangrar na Lisboa do Antigo Regime. **Tempo**, Rio de Janeiro, v.10, n.19, p. 43-60, 2005.

SILVA, S. F.; MELO-NETO, J. F. Saber popular e saber científico. **Temas em Educação**, João Pessoa, v.24, n. 2, p. 137-154, jul./dez. 2015.

SOARES, M. S. Médicos e mezinheiros na Corte Imperial: uma herança colonial. **Hist., Cienc., Saude**, Manguinhos, v.8, n.2, p. 407-438, 2001.

TEIXEIRA, J. B. P. **Estratégia política de proteção patentária para plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos em adição aos genéricos no SUS**. 2005. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) –Departamento de História do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Do Estado Do Rio De Janeiro, Rio de Janeiro.

TESSER, C. D. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. Interface: comunicação, saúde e educação. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v.10, n.20, p.347-362, 2006.

VIOTTI, A. C. C. **As práticas e os saberes médicos no Brasil colonial (1677-1808)**. 2012. Dissertação (Mestrado em História) - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista, Franca.

WITTER, N. A. Curar como arte e ofício: contribuições para um debate historiográfico sobre saúde, doença e cura. **Tempo**, Rio de Janeiro, v. 10, p. 13-25, 2005.

YOUNG, H. P. Preservação Ambiental: uma retórica no espaço ideológico da manutenção do capital. **Revista da Fae**, Curitiba, v. 4, p. 25-36, 2001.

# ANEXO 1 – NORMATIZAÇÃO DA REVISTA

## DIRETRIZES PARA AUTORES

A Guaju é um periódico gratuito. Não cobra nenhum tipo de taxa de submissão ou de publicação (Taxa de Processamento de Artigo).

### Apresentação dos originais

Serão aceitos para avaliação e publicação na Guaju – Revista Brasileira de Desenvolvimento Territorial Sustentável, textos que se enquadrem na temática e política editorial da Revista, nas seguintes modalidades:

Artigos científicos – Textos analíticos originais, resultantes de estudos teóricos e pesquisas empíricas com contribuição para a construção do conhecimento. Entre 08 e 25 laudas de texto.

Ensaio – Textos reflexivos, analíticos e críticos sobre questões relacionadas à temática da revista, construídos de forma lógica, coerente e opinativa. Entre 08 e 25 laudas de texto.

Relatos de práticas – Apresentam relatos preliminares sobre a pesquisa em andamento, destacando as dificuldades e descobertas, a metodologia utilizada, as hipóteses e os resultados parciais. Entre 08 e 25 laudas de texto.

Resenhas – Textos sistematizados que apresentam revisão crítica de livros recém publicados; resumos comentados que possibilitam uma visão geral da obra, destacando aspectos positivos e negativos. Entre 03 e 05 laudas de texto.

Conferências – Textos que apresentam a fala proferida por um pesquisador de destaque na área ou uma temática de interesse da revista. Até 25 laudas.

Serão aceitos textos em português, espanhol e inglês, digitado em Word, com fonte Times New Roman, tamanho 12. A página deve ser configurada em tamanho A4, margem de 2,54 cm (superior) e 2,0 (inferior, esquerda e direita). O espaçamento entrelinhas é 1,5 (com exceção do resumo, abstract, nota de rodapé e referências que devem ser apresentados em espaçamento simples), sem adição de espaço antes e depois do parágrafo, e o alinhamento justificado (com exceção do título que deve estar em negrito, maiúscula e centralizado).

Nos artigos, relatos de prática e ensaios, redigidos de forma clara e objetiva, devem constar obrigatoriamente:

- Título no idioma do texto e em inglês (quando este não for o idioma do texto).

- Resumo (com no máximo 250 palavras), destacando o objetivo, a metodologia e os principais resultados da pesquisa. Abstract (os autores não devem utilizar tradutores eletrônicos de textos); Palavras-chave e Keywords (três a cinco palavras que identifiquem os temas trabalhados, para fins de indexação em bases de dados). O Resumo e o Abstract devem apresentar espaçamento simples e alinhamento justificado.

- Introdução, Desenvolvimento do texto, Conclusão, Referências.

A resenha deve apresentar no início a referência completa da obra (conforme as normas de referências abaixo apresentadas). Nas conferências, deve ser indicado o local, a data e o nome do evento em que foi realizada.

As notas de rodapé, numeradas em algarismos arábicos, devem ser concisas e utilizadas somente quando essenciais (até no máximo 400 caracteres). Times New Roman, tamanho 10, espaçamento simples.

As citações devem estar de acordo com os seguintes exemplos:

a) referências chamadas no texto: (SANTOS, 1995, p.90);

b) referências inseridas na frase: segundo Santos (1995);

c) identificar por letras caso um mesmo autor citado tiver mais de uma publicação no mesmo ano: (SANTOS, 1995a, p.06);

d) citações textuais de até três linhas devem aparecer no decorrer do texto, na mesma fonte e entre aspas; as acima de três linhas devem ser digitadas com recuo na margem esquerda de 4 cm, sem aspas nem itálicos e em letra Times New Roman, tamanho 11.

As Referências devem estar de acordo com os seguintes exemplos:

a) livro: SOBRENOME, Iniciais dos nomes (do(s) autor(es) do livro). Título do livro (em negrito). Cidade da edição: Editora, ano da edição.

b) capítulo de livro: SOBRENOME, Iniciais dos nomes (do(s) autor(es) do capítulo). Título do capítulo. In: SOBRENOME, Iniciais dos nomes (Ed., Org., Comp.). Título do livro (em negrito). Cidade da edição: Editora, ano. Número do capítulo, p. página inicial - página final do capítulo.

c) artigos de periódicos/revistas: SOBRENOME, Iniciais do nome (de todos os autores). Título do artigo. Nome do periódico (em negrito), Cidade da publicação, número do volume, número do fascículo, p. página inicial - página final, ano.

d) trabalhos acadêmicos: SOBRENOME, Iniciais dos nomes (do autor). Título do trabalho acadêmico (em negrito). Data de publicação. Tese/Dissertação/Monografia (Doutorado/Mestrado/ em ...) - Departamento, Universidade, cidade da defesa.

e) trabalhos em eventos: SOBRENOME, Iniciais dos nomes (do(s) autor(es)). Título do trabalho. In: NOME DO EVENTO EM CAIXA ALTA, número do evento, ano de realização, cidade: Editora, data, página inicial-final.

f) artigos de periódicos online: SOBRENOME, Iniciais dos nomes (do(s) autor(es)). Título do trabalho. Local: Editora, data. Disponível em: (fonte). Acesso em: data (dia, mês, ano).

### Ilustrações:

São tabelas e figuras os gráficos, as fotografias, os diagramas, as imagens de satélite e os mapas. O número de tabelas e figuras deve ser o mínimo necessário para a redação do artigo.

Tabelas e figuras devem ser numeradas com números arábicos na ordem em que aparecem no corpo do artigo.

As legendas de tabelas e figuras devem ser autoexplicativas. A legenda da tabela deve ser escrita no corpo do artigo imediatamente sobre local de inserção da tabela no texto; e a legenda da figura deve aparecer imediatamente abaixo do local de inserção.

As tabelas podem ter até 17 cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. As figuras devem ter resolução mínima de 300 dpi. Podem ser submetidas figuras em P & B e coloridas.

Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

O artigo deverá ser submetido através do site da revista e após uma avaliação prévia do conselho editorial será recusado ou encaminhado para pareceristas *ad hoc*.

## ANEXO 2 – CARTA DE SUBMISSÃO

[Guaju] Agradecimento pela submissão



ojs@c3sl.ufpr.br

Hoje, 14:16

Você ↕



Responder | ▾

Roney Roney Hoffmann,

Agradecemos a submissão do trabalho "Construção histórica do uso de plantas medicinais e sua interferência na socialização do saber popular" para a revista Guaju.

Acompanhe o progresso da sua submissão por meio da interface de administração do sistema, disponível em:

URL da submissão: <http://revistas.ufpr.br/guaju/author/submission/58151>

Login: roneyhoffmann

Em caso de dúvidas, entre em contato via e-mail.

Agradecemos mais uma vez considerar nossa revista como meio de compartilhar seu trabalho.

Marisete Teresinha Hoffmann-Horochovski

Guaju

---

Guaju

<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/guaju>

## ANEXO 3 – TERMO DE APROVAÇÃO CEP

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS  
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PARANÁ -



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Quintais Produtivos e sua relação com a Segurança Alimentar e Nutricional.

Pesquisador: Mônica de Caldas Rosa dos Anjos

Área Temática:

Versão: 3

CAA E: 42743415.0.0000.0102

Instituição Proponente: Departamento de Nutrição

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

#### DADOS DA NOTIFICAÇÃO

Tipo de Notificação: Outros

Detalhe: Emenda

Justificativa: Após a conclusão do estudo piloto percebeu-se a importância de explorar dois

Data do Envio: 07/03/2017

Situação da Notificação: Parecer Consubstanciado Emitido

#### DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.989.141

#### Apresentação da Notificação:

Os quintais produtivos desempenham funções essenciais de natureza econômica, social, nutricional, cultural e ambiental, que se destacam na reprodução da vida familiar e sua existência está associada ao tempo de moradia dos participantes nos domicílios, que pode indicar a relação dos entrevistados com o local onde vivem e com a prática de cultivo no ambiente urbano. Observou-se que quanto maior o tempo de moradia no domicílio, maior era o tempo de existência dos quintais.

As inserções realizadas neste projeto visam ampliar a compreensão que os(as) participantes têm sobre alimentação saudável e saúde, bem como, sobre os meios utilizados para acessar os alimentos considerados, por estes(as), como sendo constituintes, ou não, desta alimentação. A

Endereço: Rua Padre Camargo, 235 - Têmo

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (+51)3360-7259

Email: com.lcs.saude@ufpr.br

Continuação do Parecer nº 2023/141

partir da produção de sentidos em relação ao tema da alimentação saudável e quintais produtivos, tomar-se-á possível relacionar, de forma mais adequada, a situação de segurança alimentar e nutricional a que as famílias se encontram, como também, perceber se ocorre violação do Direito Humano à Alimentação Saudável (DHAA), quando do não acesso a alimentos considerados de qualidade, e das relações que engendram a utilização dos quintais.

A pesquisa sofreu modificações em vários pontos, elencados no item "comentários".

#### Objetivo da Notificação:

A pesquisa apresenta como objetivo geral verificar a contribuição dos quintais produtivos para a Segurança Alimentar e Nutricional nos meios urbano e rural.

Como objetivos específicos, estão presentes: (1) Mapear o número de famílias que possuem quintais produtivos; (2) Avaliar a situação de segurança alimentar e nutricional de famílias que possuem quintais produtivos; (3) Identificar a produção e utilização de alimentos provenientes dos quintais produtivos, para fins de autoconsumo das famílias; (4) Identificar as percepções acerca dos quintais produtivos na promoção da segurança alimentar e nutricional e saúde; e (5) Identificar as percepções sobre alimentação saudável

para a realização do objetivo específico (4), será incluída a técnica de "Grupo Focal", com levantamento dos sentidos de forma coletiva. A seleção desta nova metodologia se deve ao fato dos grupos focais permitir a obtenção de informações, aprofundamento e interação entre participantes, a partir da formação de opinião por meio da interação com outros(as) participantes, sendo complementares às técnicas de entrevistas individuais.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A aplicabilidade da EB IA traz o reconhecimento da situação de vulnerabilidade alimentar a que as famílias estão expostas. A partir disso, existe a possibilidade de surgir algum desconforto do entrevistado durante a sua aplicação. No entanto, durante a realização da EB IA será deixado claro que as respostas não serão divulgadas, mantendo-se o sigilo das informações e o anonimato da família participante.

Os participantes poderão negar-se a responder qualquer pergunta ou interromper a entrevista a

Endereço : Rua Padre Camargo, 285 - Tênego

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (+51)3360-7259

E-mail: [comunicasaude@ufpr.br](mailto:comunicasaude@ufpr.br)

Continuação do Parecer nº 329.141

qualquer momento, minimizando danos causados por constrangimento, isto é, não serão forçados a responder qualquer uma das perguntas e nem tampouco prosseguir com a pesquisa.

Da mesma forma, isto se aplicará ao mapeamento participativo do quintal produtivo. Caso haja algum desconforto nesta etapa, o participante poderá se recusar a elaborar o mapa.

Quanto aos benefícios, as informações obtidas serão importantes à equipe de saúde da família, que poderá aprofundar seus conhecimentos sobre a realidade de parte da população de sua área de abrangência, auxiliando no processo de formulação de estratégias de saúde, com maior efetividade das ações.

#### Comentários e Considerações sobre a Notificação:

A pesquisa sofreu modificações em diversos pontos, a saber:

- Realizou-se a inserção do objetivo específico "Identificar as percepções sobre alimentação saudável", e, a alteração do objetivo específico "Identificar as percepções acerca dos quintais produtivos na promoção da segurança alimentar e nutricional e saúde.", incluindo, como técnica para alcançar o mesmo, o "Grupo Focal", com levantamento dos sentidos de forma coletiva.
- Acrescentou-se um parágrafo ao item "Antecedentes Científicos", de modo a contemplar outros aspectos acerca do tema em questão, trazendo, inclusive, resultados da pesquisa piloto.
- Um ajuste foi realizado em relação às etapas da pesquisa, não sendo obrigatória a realização das três etapas, conforme projeto original. Dependendo do público participante, poder-se-á optar por uma etapa ou etapas associadas, para aprofundamento do objeto de estudo.
- Outra alteração realizada foi em relação ao uso da técnica "cartografia de esboço", que, durante o estudo piloto não se mostrou ser a técnica mais adequada. Para tanto, a mesma foi substituída pela "Cartografia Social", uma técnica similar, que utiliza registro fotográfico e listagem das variedades.
- Para ampliar o perfil dos(as) participantes, previsto no projeto original, alterou-se, após referência ao estudo piloto, parte do processo metodológico, de modo a tornar mais compreensível a inclusão de novos(as) participantes.
- Foram inseridas técnicas de coleta de dados, para adequação ao objeto de estudo e objetivos de pesquisa.
- O descritivo das Etapas 1, 2 e 3 também foram alterados para contemplar novos(as) participantes da pesquisa.
- No item 7 – "Resultados do estudo" foi suprimido um trecho, de modo a ampliar o grupo de participantes.

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Tênis

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (+51) 3360-7255

Email: [cometicasaude@ufpr.br](mailto:cometicasaude@ufpr.br)

Continuação do Protocolo nº 2022/141

- No item 17 - "Planos para o recrutamento do participante da pesquisa", foi suprimido o trecho "os que não estejam na área de abrangência da Unidade de Saúde".
- No item 20 - "Bibliografia", foi suprimida uma referência e acrescentadas outras quatro.
- Alguns itens do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foram alterados (itens b, c, d, g, h), de modo a atender participantes não vinculados às unidades de saúde, bem como, a inclusão de novos colaboradores.
- Um novo roteiro para entrevista semi-estruturada (Apêndice II) foi adicionado como instrumento de pesquisa visando abranger outras questões relacionadas aos quintais produtivos, contemplando além de sua utilização, os meios que norteiam este processo.
- Foi suprimido o nome da pesquisadora Adriella Camila Gabriela Fedyna da Silveira Furtado da Silva, em função do término da sua residência e apresentação da monografia e relatório parcial.
- Os nomes dos pesquisadores Veridiane Guimarães Ribas Sirota e Roney Hoffmann foram inseridos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não se aplica.

Recomendações:

Não há.

Favor responder a pendência.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

No TCLE (item b), nas opções "responder a um questionário, composto por 14 questões" e "responder a uma entrevista", deverão ser acrescentados os tempos necessários para a realização.

O acréscimo no TCLE (item c) do trecho "Caso sejam assinaladas, acima, as opções: aplicação do questionário e/ou participação nos encontros sobre alimentação saudável, o Senhor, ou a Senhora, deverá comparecer ao seguinte endereço \_\_\_\_\_, localizado no município \_\_\_\_\_, para participar da pesquisa." implica em ressarcimento do deslocamento, por parte dos pesquisadores.

Endereço: Rua Padre Camargo, 235 - Têmo

Bairro: Alto da Glória

CEP: 81.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (+1)3360-7259

Email: [comunicasaude@ufpr.br](mailto:comunicasaude@ufpr.br)



UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS  
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PARANÁ -



Continuação do Parecer: 1.529.141

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	oficio_CEP_emenda.doc	07/03/2017 17:15 :46	Mônica de Caldas Rosa dos Anjos	Aceito
Outros	Pesquisa_Quintais_Produtivo... emenda.docx	07/03/2017 17:15 :54	Mônica de Caldas Rosa dos Anjos	Aceito
Outros	TCLE_emenda.docx	07/03/2017 17:16 :49	Mônica de Caldas Rosa dos Anjos	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CO NEP:

Não

CURITIBA, 29 de Março de 2017

---

Assinado por:  
IDA CRISTINA GUBERT  
(Coordenador)

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Tênis  
Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-240  
UF: PR Município: CURITIBA  
Telefone: (+51)3360-7299 E-mail: comite.saude@ufpr.br