

# Construção histórica do uso de plantas medicinais e sua interferência na socialização do saber popular

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

Roney Hoffmann<sup>1</sup>

Mônica de Caldas Rosa dos Anjos<sup>2</sup>

## Resumo

Este ensaio apresenta a construção histórica do conhecimento acerca do uso de plantas medicinais, avaliando possíveis interferências desse processo na socialização do saber popular. De modo a tornar compreensíveis 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 sobre plantas medicinais, como: medicina mágico-simbólica, medicina empírico-racional e modelo biomédico, atrelados aos seus respectivos modos de produção. Inicia-se com o período Neolítico, passando por fatos determinantes como: Revolução Científica, Fisicatura e Relatório de Flexner, os quais constituíram interferências significativas na matriz cultural existente, subsidiando concepções favoráveis ao fortalecimento do modelo biomédico diante da construção de saberes sobre saúde. O referido modelo traz, como consequência, a reafirmação do controle e normatização de uma ciência convencional, consolidada a partir de ímpetus morais que reforçam relações de poder amparadas por interesses mercantis. Diante desse cenário, buscou-se compreender de que modo as subjetividades e culturas constitutivas de identidades, que estão sob a sabedoria popular de plantas medicinais, representam ameaças à conduta dos trabalhadores de saúde, e como se instauram essas relações de saberes.

**Palavras-chaves:** Educação em saúde. Educação permanente. Saúde coletiva.

## Abstract

This study presents the historical construction of the knowledge about the utilization of medicinal plants, evaluating possible interferences of this process in the socialization of folk knowledge. In order to understand the current interference relations, the study was organized into different historical contexts. These historical contexts influenced the current socialization of popular knowledge about medicinal plants; as examples: the magical-symbolic medicine; the empirical-rational medicine; the biomedical model: all of them 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 the Flexner Report, which constituted significant interferences on the existing cultural matrix. Those facts contributed to maximize favorable conceptions to 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. This science is consolidated by moral values that reaffirm power relations, which exist as a result of mercantile interests. In this scenario, this research aims to understand how the subjectivities and cultures that are based on folk knowledge of medicinal plants may represent threats to health workers' practices, and how these relations of knowledge are established.

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

---

<sup>1</sup> Farmacêutico Residente. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Paraná (UFPR). E-mail: roney\_hoffmann@hotmail.com.

<sup>2</sup> Professora do Departamento de Nutrição da UFPR. E-mail: monica.anjos@ufpr.br

## **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 desse modo de cuidado para com as práticas terapêuticas institucionais, advindas da ciência convencional, contempla a dialética dos modos de produção.

Sabe-se que as práticas terapêuticas estavam alicerçadas ao uso de plantas medicinais, sendo diferenciadas 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 determinadas pelo contexto histórico vivenciado, com base no modelo médico vigente (medicina mágico-simbólica, medicina empírico-racional e modelo biomédico).

Desse modo, atualmente o uso de plantas medicinais em nossa sociedade está configurada pelo modelo biomédico, possuindo estreito vínculo com interesses mercantis e que está sob uma ótica desenvolvimentista e reducionista. Ressalta-se que essa ótica tende à higienização da pluralidade dos territórios e dos sujeitos, sustentada pelas bases políticas e econômicas do atual contexto. E, como modo político operante da supremacia biomédica, subjetividades e historicidades dos sujeitos são ameaçadas nas relações de cuidado com 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. Esses saberes foram desenvolvidos por meio da observação (principalmente dos animais) e experimentação, estando intimamente ligados à relação mágico-simbólica em torno das 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, semelhante aos brasilíndios, “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” (RIBEIRO, 2008, p. 45).

Com o advento do escrito e letrados, surgiram conhecimentos denominados eruditos acerca das plantas medicinais. O mais antigo que se apresenta é o Pen Ts’ao, datado de 2800 anos a.C., escrito por Shennong, que descreve diversas plantas e seus usos terapêuticos (ALMEIDA, 2011; FIRMO et al., 2011). Outro relevante escrito, o Papiro de Ebers, datado de 1500 anos a.C., descreve 150 plantas, contendo em si referências mais antigas. Considera-se notório também as produções: Susrata-samhiita (600 anos a.C.) da Índia Antiga, que relaciona 700 espécies vegetais; primeira farmacopeia promulgada da China (659 anos d.C.), que contempla a Medicina Tradicional Chinesa, com registros de 2500 anos a.C. (FIRMO et al., 2011); e pré-colombiana do Império Asteca (MARQUES, 1998).

Referências do uso de plantas medicinais envolveram a conjunção de sistemas terapêuticos e se tornaram prática terapêutica estabelecida, a exemplo de Hipócrates de Cós (460-377 a.C.), fundador da medicina grega, com o uso de cerca de 240 plantas na terapêutica, e Galeno (122-199 d.C.) com mais de 100 obras sobre a temática em destaque (MARQUES, 1998).

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

Aristóteles e Teofrasto (371 a.C., em “A história das plantas”), Plínio (23-79 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 delas (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 de Hipócrates, Galeno, Teofrasto e Plínio, extraviados na época, foram compilados por Avicena (980-1037) aos saberes árabes sobre plantas medicinais, tendo orientado estudos hipocráticos-galênicos (SANTOS, 2005). Desse 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, 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, conjura-se 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).

Ressalta-se que os conhecimentos eruditos acerca do uso de plantas medicinais, como práticas terapêuticas, não foram os únicos que se desenvolveram, 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 de informações, visando unicamente explorar e apresentar, até então, a “natureza desconhecida”. Das relações com a terapêutica indígena, Guilherme Piso, médico colonizador naturalista, acolhia com receptividade as informações apresentadas, realizando posteriormente experimentos “científicos”<sup>3</sup> para confirmação terapêutica, não desconsiderando tal saber, mesmo quando não era confirmada a ação que se propunha (CARNEIRO, 2011; MARQUES, 1998).

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

---

<sup>3</sup> O destaque no termo “científico” é compreendido pela crítica ao modo de produção da ciência no transcorrer da história, a qual legitima apenas o que é produzido institucionalmente por papéis sociais destinados à sua realização.

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 informações, voltadas a interesses agrícolas advindos 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 enquadrados, pelos colonizadores e jesuítas, como seres inferiores, selvagens, supersticiosos e indignos pelo fato de não cultuarem um Deus cristão e não apresentarem valores europeus (MACHADO, 2006). Assim, os saberes sobre plantas medicinais oriundos dos povos originários eram deslegitimados por conta da posição de inferioridade que ocupavam diante dos conhecimentos institucionalizados pela cientificidade convencional.

Desse modo, grande parte dos conhecimentos acerca da natureza local eram apenas repassados e “desprendidos” para os colonizadores, ao mesmo tempo em que os brasilíndios eram “domesticados” (envolvendo também a finalidade de exploração agrícola) (MARQUES, 1998). O colonialismo, nesse sentido, representa uma grande interferência no contexto dos brasilíndios quanto à atribuição do saber originário. Esse colonialismo produzindo controle para a normatização permanece sob outras interfaces, a partir do atual modo de produção, necessitando higienizar práticas de cuidado incongruentes às institucionalizadas, 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 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. Essa sociedade marca definitivamente uma oposição de dois distintos meios, natureza e sociedade, dicotomizando-os. Esse pensamento foi propagado e é, ainda, mantido na sociedade ocidental (RIBEIRO, 2008). Isso porque as relações de cuidado a partir das concepções de natureza e outros fenômenos sensoriais, ditos mágicos, são negadas de tal forma que estende ao tradicionalismo, traduzindo uma racionalidade ética do capitalismo diante da ideia de progresso desenvolvimentista (GONÇALVES, 2007).

Com o feudalismo estruturando esse desenvolvimento científico em torno das plantas medicinais, o cristianismo reforça a distinção entre 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 [...] (RIBEIRO, 2008, 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). Desse modo, a prática terapêutica mesclava-se com os saberes da visão cristã, incluindo, nestas, a prática religiosa, tais como: culto aos santos, oração e unção com óleos (PIMENTA, 1997). Cabe salientar que o recurso terapêutico, até o século XIX, era exclusivamente realizado por meio da utilização de plantas medicinais, minerais e animais, já que apenas em 1828 foi sintetizado um composto orgânico (ureia) a partir de uma substância inorgânica por Fiedrich Wohler (ALMEIDA, 2011). As estruturas sociais em que se desenvolviam o uso de plantas medicinais estavam fundadas em distintas opressões referentes às formalidades do ensino, como também, ao interesse do Estado, a exemplo dos povos pagãos, implicando diretamente nas valorações das relações entre os sujeitos e, conseqüentemente, na repressão desses indivíduos. Alia-se também a essa base opressora, como dito, ideias economicistas e colonialistas de desenvolvimento, que traçam objetivos sem considerar as implicações territoriais dos povos e de suas culturas.

### ***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 desconsideravam as 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, [...] 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 era considerada um órgão fiscalizador e legalizador dessas atividades, que também se distinguiam em Físicos-mor e

Cirurgiões-mor, conforme período e lugar estabelecido, contribuindo com a manutenção e consolidação de estigmas relacionados a 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, apenas em 1448 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, cabendo: aos físicos-mor 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).

As “penas de prisão, multas pecuniárias, destruição de produtos estavam entre as várias penalizações previstas para os prevaricadores, físicos ou boticários” (ABREU, 2010, p. 99), 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, durou de 1808 a 1828 (PIMENTA, 1997), mas previamente a essa data já havia médicos designados a atuarem como físicos-mor na Bahia desde 1744 (MACHADO et al., 1978; VIOTTI, 2012). Esse fato gerou uma grande demanda de médicos e cirurgiões, culminando, 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 médicos começaram a ser formados nessas instituições (PIMENTA, 1997; REZENDE, 2009). As criações das instituições de ensino permitiram controle e uniformização das práticas terapêuticas, fazendo com 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” (OLIVEIRA, 2015, p. 30).

Durante esse período, a preferência popular, de todas as classes sociais, para tratamento de enfermidades era, prioritariamente, por práticas populares exercidas pelos curandeiros. Tal fato não era respaldado pela falta de médicos, mas por escolhas arbitrárias e legítimas de práticas que

envolvem concepções culturalmente semelhantes de corpo, saúde e doença, pela população (WITTER, 2005), por meio da compreensão etiológica das doenças pela natureza sobre-humana (espiritualidade), bem como da mescla de arsenais terapêuticos (SOARES, 2001). Esse fato ressalta a vinculação e pertencimento em relação ao território disposto para o tratamento de doenças e cuidado em saúde, conciliando referências para esse cuidado. Segundo Soares (2001, 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 de tradição africana, advindas de diferentes grupos, influenciaram fortemente as práticas terapêuticas, mesclando-se às existentes e agregando distintas plantas medicinais oriundas da África que foram trazidas pelos negros no decorrer dos três séculos de tráfico negreiro, afetando, principalmente, as regiões Norte, Nordeste e Sudeste do país. Desse modo, estruturou-se fortemente grande uso de plantas medicinais também nos rituais religiosos (ALMEIDA, 2011; OLIVEIRA, 2008). Entretanto, esses modos de cuidado permaneceram vinculados às práticas populares não controladas, visto que os africanos eram situados em posição social inferior à dos europeus, definindo "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" (OLIVEIRA, 2008, p. 93).

No período da Fiscatura, todas as categorias supracitadas eram consideradas legítimas por ela, desde que possuíssem licença para atuação. O processo para obtenção da autorização era criterioso, necessitando comprovação de quatro anos de experiência em práticas hospitalares, bem como realização de exame aplicado por físico-mor ou cirurgião-mor, denotando controle de tais práticas (SOARES, 2001). A Fiscatura foi obrigada a manter a legalização de curandeiros e outros ofícios das artes mecânicas, em distintos lugares, com a justificativa de um efetivo médico, com autorização para exercer o ofício, inferior 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, 2001; WITTER, 2005).

Os boticários, 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, essas categorias sofreram intensas críticas e deslegitimação, configurando-se como provedoras do charlatanismo (SOARES, 2001). Essa

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 nessas posições representa a possibilidade de maiores repressões quanto aos saberes populares nas relações com trabalhadores de saúde que, por via, não possibilitam a assunção desses sujeitos e suas práticas de cuidado no processo saúde-doença.

Segundo Oliveira (2015, p. 30-31):

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 à manipulação do “sujo”, de trabalhos manuais (arte mecânica), do corpo, do sangue; diferentemente associado ao conhecimento erudito e arte liberal, ofícios pressupostos dos médicos (ABREU, 2010; WITTER, 2005), grupo social “mais abastado” (PIMENTA, 1997). Dessa forma, o charlatanismo estruturava violências morais a diversos praticantes na arte terapêutica. Machado et al. (1978, p. 202) ilustram as representações sociais dessas categorias citando teses de Francisco de Paula Costa<sup>4</sup> e de Joaquim Alves Pinto Guedes Junior<sup>5</sup>, defendidas na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 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”, 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” [...].

---

<sup>4</sup> Francisco de Paula Costa, *Algumas reflexões sobre o charlatanismo em medicina*, tese defendida na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1841, p. 7.

<sup>5</sup> Joaquim Alves Pinto Guedes Junior, *Deve haver leis repressivas do charlatanismo, ou convém que o exercício da medicina seja inteiramente livre?*, tese defendida na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1853.

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

Esses comportamentos, diante das práticas populares, foram reforçados e corroborados por diversos momentos históricos, a exemplo da “Revolução Científica” decorrente do século XVII, a qual possui vinculação contextual com o Renascimento, cujas concepções mecanicistas ascendem ao método científico, consagrando a racionalidade cartesiana (RIBEIRO, 2008). Essa 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 esses 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 periferação religiosa, que não se extingue, mas se configura como antiga aos preceitos da ciência moderna. Há, portanto, um redimensionamento da produção de conhecimento para universidade, intitulada moderna, onde se produz, como lugar sociológico, que acompanha a redefinição da sociedade (PIDNER, 2010). Já não se faz necessária a 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 em torno da construção histórica-social dos saberes populares, bem como a promoção de saúde existente nessas práticas de cuidado.

René Descartes (1596-1650), filósofo e matemático francês, torna-se figura referência para a Revolução Científica, estruturando um método no qual os papéis sociais destinados às práticas terapêuticas, vinculadas à concepção científica em desenvolvimento, deveriam se respaldar. Como premissas metodológicas notórias, não era aceitável qualquer situação que não fosse comprovada integralmente, separando-a e segregando-a, de modo a possibilitar minuciosidade da análise (BARROS, 2002; LIIMAA, 2013).

Desse modo, as partes dos corpos são isoladas e estudadas, sistematicamente, com a suposição de que, em âmbito teórico, representavam a totalidade do corpo, sendo como peças integrantes de uma grande máquina. As doenças se ressignificam em peças que não apresentam determinado desempenho esperado, necessitando assim seu “conserto” 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). Esses 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 lesão à doença (OLIVEIRA, 2015). Desse modo, a realidade tornava-se objetiva independentemente do observador, necessitando que cientista e observador se apropriassem dela pelos instrumentos de uma ciência supostamente neutra (LIIMAA, 2013). Diversos estudos foram gradativamente sendo validados e reconhecidos pela medicina moderna, como os estudos anatômicos de Vesalius<sup>6</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 micro-organismos e suas associações com as doenças. Caso identificada a origem da doença, a partir da visão microbiana, os esforços para a recuperação da saúde estariam, exclusivamente, envoltos na eliminação do micro-organismo (BARROS, 2002; LIIMAA, 2013), e não das condições que promoveram a doença. A noção de unicausalidade torna-se hegemonia no fim 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 dos saberes populares sobre o uso de plantas medicinais, por trabalhadores de saúde, nas relações com sujeitos, é corroborada pela visão unicausal, que permite a exclusão de uma concepção mais ampla acerca das singularidades existentes atreladas aos valores simbólicos.

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

---

<sup>6</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 com a estrutura de pensamento de cada momento histórico (LORENZETTI; MUECHEN; SLOGO, 2013), verifica-se, assim, que denominar essas pesquisas como de fontes individuais apagaría a historicidade que há na construção da ciência em seu contexto social e em seus grupos de pesquisa.

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).

Com o capitalismo, a ideia de desenvolvimento, na sua concepção linear, progressista e infinita, cria um mito global de que o completo bem-estar da população só é atingido por meio do desenvolvimento tecnicista nas sociedades industrializadas e, pela concepção reducionista, de que esse modelo de desenvolvimento reduz as desigualdades sociais. Essa concepção tecno-econômica de desenvolvimento ignora as singularidades, os problemas humanos e a cultura plural (MORIN; KERN, 1995).

Justificados pela ideia de progresso, desenvolvimento tecnicista e ciência superespecializada que se permeiam, no paradigma da produção de saúde na atualidade, os 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 esses corpos, também foram devidamente estabelecidas por meio das produções de Abraham Flexner (1866-1959), nos Estados Unidos da América (EUA), com implicações diretas no mundo ocidental, incluindo o Brasil (ALMEIDA-FILHO, 2010; PAGLIOSA; ROS, 2008).

O Relatório de Flexner (1910) é considerado responsável pelas grandes reformas que aconteceram nas escolas médicas norte-americanas, que implicaram em modificações estruturais no modo de cuidado. Essas alterações nas instituições estavam sendo realizadas de forma irreversível, no entanto, tais modificações e, posteriormente, a difusão para outros países, foram consolidadas a partir desse relatório (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 abordagens terapêuticas diferentes, como fisiomedicamento e botanomedicamento, e também com diferentes critérios de inclusão e quantidade de horas de formação. Com visão hospitalocêntrica e elitista, Flexner, em suas visitas, observava em poucas horas, nos laboratórios e corredores das instituições de ensino, a mera presença de aparelhos e

instrumentos, não averiguando outros quesitos, por conta de seu tecnocentrismo. Tal característica ocorria porque 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 dos validados, silenciando contextos sociais em que se inserem os sujeitos. Nesse sentido, a historicidade e as significações desses indivíduos estariam silenciadas, tornando-se mais passíveis às intrusividades do modelo biomédico e sua constituição superespecializada que, para Morin e Kern (1995), é sustentada pelo desenvolvimento desregulado da tecnociência, destituindo culturas não determinantes.

Com este relatório produzido, o número de escolas médicas nos EUA foi reduzido 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 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 por conta do complexo médico-industrial mediado pela produção de capital que estrutura mais interesse aos professores em pesquisa e em sua prática privada, destituindo-o do interesse na formação (PAGLIOSA; DA-ROS, 2008). Há um desenvolvimento da cientificidade moderna voltada exclusivamente para a produção capital, em que 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, em que 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 doutrinadora da ciência convencional e as relações de poder na qual se estabelece com todos os sujeitos (incluindo aqueles que não tiveram acesso ao ensino institucional), pois por dotar esse caráter de neutralidade, mantém sua reprodução ideológica dos interesses políticos e econômicos respectivos a uma pequena parcela da população, a burguesia. Ressalta-se, desse modo, a necessidade de uma nova operacionalização da racionalidade científica, abarcando uma complexidade contextual dos territórios, de seres e suas subjetividades. Isso porque, sem considerar tais contextos, o desenvolvimento não seria um sistema de valores e vínculos que convergem no sentimento de pertença cultural à comunidade local (SAQUET, 2017).

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 ao mercado do conhecimento (ou conhecimento do mercado), que rege até os planos subjetivos de pesquisadores (BARBOSA, 2010). Desse modo, o âmbito cultural dos indivíduos que ingressam nas 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, visto que o ingresso a um diferente coletivo de pensamento é mediado pela coerção de pensamento, de modo a corroborar com a circulação intracoletiva de ideias dentro deste, no intuito de compartilhar os conhecimentos e práticas desse coletivo, como também sua efetiva extensão (LORENZETTI; MUECHEN; SLOGO, 2013). Desse 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, uma vez que estes também são objetificados na sua formação acadêmica e, conseqüentemente, na sua atuação profissional.

Quanto à mediação da organização industrial nas universidades, a área da saúde é a que possui maior interação entre ensino, pesquisas e empresas. Essa relação é essencial para as indústrias por ser fonte de inovações abarcadas pela intensidade de tecnologia em todas as áreas da saúde, estimulando

a competitividade entre os segmentos do complexo médico-industrial, que tem o Estado como uma instância determinante para a sua conservação (GADELHA, 2003). Atuando fortemente nas universidades, o complexo médico-industrial 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). Dessa forma, as produções científicas das instituições de ensino e pesquisa estarão nas relações mercantis de interesses industriais privados, sustentando, por meio dessas instituições, práticas inseridas nas tecnologias supracitadas. Estrutura-se, nesse sentido, o modo operante da mercantilização da saúde, na qual as práticas terapêuticas serão norteadas pelo consumo de bens e serviços, em uma relação compreendida 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 (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>7</sup> pela indústria farmacêutica, que sobrepõe a cidadania e a saúde pública (CLIMBERIS, 2007; JESUS, 2001; YOUNG, 2001). O território, nesse sentido, está em detrimento moral se tornando apenas um obstáculo para as falsas premissas de produção de saúde, perdendo consigo os sujeitos e as diversidades existentes dentro deste.

---

<sup>7</sup> Ressalta-se esse termo pela invisibilidade construída da propriedade intelectual de comunidades locais e povos tradicionais da flora brasileira, por conta da hegemonia científica. A descoberta, na realidade, é por uma construção histórica desses povos a esses saberes. Além disso, considerar tais saberes e práticas como descobertas possibilita a exclusão do processo de construção histórico-social do conhecimento.

Resultante também da interferência do capitalismo nas estruturas do complexo médico-industrial, a medicalização social tem em si um interesse político de dominação dos corpos sociais para controle e o não desenvolvimento da autonomia da população no processo de saúde e doença. Nesse sentido, geram demandas extensivas aos prestadores de serviços que possuem, também, suas intermediações a interesses mercantis. A individualização no âmbito biológico naturaliza as reais causas sociais no processo saúde-doença, fortalecendo o processo de medicalização social (TESSER, 2006).

Extremamente cobiçado pelas indústrias farmacêuticas para desenvolvimento de novos fármacos e preservação da medicalização social, o ambiente torna-se fonte desse interesse por conta da vasta biodiversidade, possuindo como condicionantes desse dinamismo industrial a propriedade intelectual e as patentes (YOUNG, 2001). Este é reduzido a um recurso natural a ser explorado e dominado industrialmente, pela ótica utilitarista e intervencionista, podendo ser legitimado apenas quando mercantilizado (PIDNER, 2010).

Dados da literatura apontam que, atualmente no mercado farmacêutico, aproximadamente 25% dos fármacos são oriundos de plantas medicinais. Porém, se forem consideradas as moléculas obtidas por via sintética, cujo modelo provém de uma espécie vegetal, esse percentual pode ser significativamente superior, alcançando patamares próximos a 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 como de povos tradicionais, formam os subsídios para esse processo. Isso porque o uso empírico, baseado na tradição oral, reflete uma construção histórica, cultural e social de conhecimentos 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 esses conhecimentos e posterior apropriação para o desenvolvimento dos medicamentos, pela ideologia determinante, o patrimônio da humanidade, que se configura como público e de livre acesso, é transferido à lógica mercantilizada, tornando-o propriedade privada, 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).

Essas patentes, que são concedidas a indústrias farmacêuticas quando inserem um medicamento no mercado, são caracterizadas como ressarcimento financeiro após grande montante orçamentário exigido pelo setor de Pesquisa e Desenvolvimento (P&D), processo que, conseqüentemente, incentivam outras indústrias à pesquisa no intuito de usufruir dessa mesma exclusividade (YOUNG, 2001). Cabe considerar, no atual contexto, que a constituição de monopólio empresarial, no lugar de uma competitividade industrial, é recorrente, visto que a capacidade industrial e detenção dos recursos tecnológicos são restritas apenas a algumas empresas (MACEDO; BARBOSA, 2000). Esse 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 dispõe de fonte de matéria-prima para produção de medicamentos, que ergue os direitos de suas “descobertas”, tornando-as inacessíveis aos países e povos de origem (TEIXEIRA, 2005).

Nesse 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). “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).

Por ora, a cientificidade do modo de cuidado nesse 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-o à prática biomédica médico-centrada. A fitoterapia quando inclusa nessas práticas é representada 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 do Código Penal Brasileiro), que são os principais recursos utilizados no ofício de práticas populares por

não atenderem às exigências da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) (DIAS; LAURANO, 2014).

Dessa maneira, a permeabilidade desse modo de cuidado nas práticas profissionalizadas de saúde é dificultada, obstaculizando a integração dos saberes populares e, conseqüentemente, a escuta dos indivíduos sobre seus modos de produção de cuidado (ANTONIO; TESSER, MORETTI-PIRES, 2013). Contudo, mesmo que possivelmente agregasse essas práticas populares, a partir de uma visão científica ocidentalizada,

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. (OLIVEIRA, 2008, p. 49).

## **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 esses sujeitos, que estão à margem da sabedoria popular, permanecem sob silenciamentos. Isso porque esses sujeitos serão unicamente intermediários para a reafirmação da supremacia da ciência cartesiana tecnicista 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 torna-se evidente, na medida em que necessita de padronização do cuidado, pelo reducionismo do sujeito. O território, os sujeitos destes, suas subjetividades e culturalidades representam fonte de ameaça para o processo do diagnóstico e do tratamento já que são considerados, por tal modelo, como incertos, imprecisos e inseguros.

Assim, um desenvolvimento científico e econômico deveria abarcar as adversidades e singularidades existentes a cada cultura, tornando-se territorial quanto às individualidades e tradições expressas. Com isso, as autonomias dos sujeitos não estariam sendo exauridas nas relações de cuidado com trabalhadores em saúde como ocorre, que implica diretamente na perda do protagonismo e da individualidade do cuidado, com conseqüências ao processo saúde-doença. Relações essas 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

- 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. (Coords.). **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? **Saúde 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. (Orgs.). **Química de Produtos Naturais, novos fármacos e a moderna farmacognosia**. 2. ed. Itajaí: Universidade do Vale do Itajaí, p. 11-31, 2012.
- 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. (Orgs.). **Protocolo comunitário biocultural das raizeiras do Cerrado: direito consuetudinário de praticar a medicina tradicional**. 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. **Ciência & Saúde Coletiva**, Manguinhos, v. 8, n. 2, p. 521-535, 2003.

GONÇALVES, V. O desencantamento do mundo, a crise ambiental e o pensamento complexo. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**, v. 4, n. 1, 2007.

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. São Paulo: Aleph, 2013. v. 3. p. 25-46.

LORENZETTI, L.; MUENCHEN, C.; SLONGO, 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. Rio de Janeiro: 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. Rio de Janeiro: 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.

MORIN, E.; KERN, A. B. **Terra-pátria**. Porto Alegre: Sulina, 2000.

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**. 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. **Diálogo 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: 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.

SAQUET, M. A. **Consciência de classe e de lugar, práxis e desenvolvimento territorial**. Rio de Janeiro: Consequência, 2017.

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., Saúde**, Mangueiras, 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.

Artigo recebido em 27/02/2018. Aceito para publicação em 15/05/2018.