

USOS DO TERRITÓRIO E MUNICIPALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM CAMPINAS-SP: FITOTERÁPICOS E PLANTAS MEDICINAIS

Luis Henrique Leandro Ribeiro¹

Resumo:

O objetivo do trabalho é investigar a municipalização do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro a partir de um de seus elementos: as pactuações federativas para a assistência farmacêutica em Campinas-SP. Apesar do municipalismo ter sido a principal força de criação do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da Constituição de 1988, vigora certa centralização do poder decisório. Portanto, um importante desafio político colocado à mais plena descentralização é o estímulo a pactuações federativas que fortaleçam o papel dos estados, municípios e fóruns regionais. Contudo, a descentralização do sistema de saúde não perpassa apenas a questão de ganho de autonomia de estados e municípios, mas, de expressão e incorporação dos conteúdos dos lugares na condução política de um projeto de nação federal, porque aglutinador dos distintos interesses regionais. A problemática do programa de fitoterapia do município de Campinas-SP tem o potencial de permitir o entendimento tanto do processo de adoção de fitoterápicos e plantas medicinais na descentralização da assistência farmacêutica do SUS, quanto o de compreender os caminhos e desafios da federação brasileira a partir da diversidade de seus lugares.

Palavras Clave: Usos do território; Federalismo; Fitoterápicos.

¹ Mestrando em Geografia pelo Departamento, de Geografia do Instituto de Geociências da Universidade Estadual de Campinas DEGEO/IG/UNICAMP, BRASIL, E-mail: luis.ribeiro@yahoo.com.br

Introdução

O municipalismo foi a principal força de criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil a partir da Constituição de 1988. Ao longo desses mais de vinte anos de existência do SUS, apesar do corte municipalista da proposta, vigora certa centralização do poder decisório. Portanto, um importante desafio político colocado à mais plena descentralização é o estímulo a pactuações federativas que fortaleçam o papel dos estados, municípios e fóruns regionais.

Contudo, a descentralização do sistema de saúde não perpassa apenas a questão de ganho de autonomia de estados e municípios, mas, de expressão e incorporação dos conteúdos dos lugares na condução política de um projeto de nação federal, porque aglutinador dos distintos interesses regionais. A problemática do programa de fitoterapia do município de Campinas-SP tem o potencial de permitir o entendimento tanto do processo de adoção de fitoterápicos e plantas medicinais na descentralização da assistência farmacêutica do SUS, quanto o de compreender os caminhos e desafios da federação brasileira a partir de suas desigualdades e diversidades territoriais.

Federação, Sistema Único de Saúde e fitoterapia são aqui compreendidos enquanto *eventos geográficos* (Santos, 1999), ou seja, como um *feixe de acontecimentos cuja duração, qualidade e extensão são tributárias de uma estrutura organizacional de ordem material e normativa realizada e reproduzida distintamente*. Desse modo, embora a federação, o SUS e a fitoterapia aconteçam em todo o território brasileiro, suas geografizações realizam-se diferentemente nos lugares segundo os usos efetivos do território e do conjunto de materialidades e normas presentes.

Descentralização, regionalização e municipalização do SUS

O Brasil é uma federação na qual os municípios têm enorme autonomia. Também é um território extremamente desigual, onde o processo de federalização adquiri contornos e desafios próprios. No processo histórico de sua *formação sócio-espacial* (Santos, 1977), passou por

distintas fases de centralização e descentralização políticas. Um dos exemplos mais marcantes desse processo é o de constituição do Sistema Único de Saúde (SUS)².

Assinala-se o municipalismo como força de criação do SUS, sobretudo no contexto de democratização e descentralização políticas na década de 1980 que culminou na Constituição de 1988. Embora de corte municipalista, a descentralização e operacionalização do SUS se deram num contexto de um Estado marcado por estruturas em torno de um centro nacional forte, logo, tendo o Governo Federal exercido um papel decisivo em tal processo. Destacando-se as Normas Operacionais Básicas de 1991 (NOB/1991) para a descentralização do financiamento, bem como NOB/1993 e NOB/1996 que possibilitaram também a descentralização da autonomia e comando: objetivando a Gestão Plena da Atenção Básica (com respectivas fases de Gestão Incipiente e Parcial) para os sistemas municipais; e Gestões Avançada e Plena para os sistemas estaduais. A autonomia plena prevista corresponderia à transferência completa de responsabilidades e competências aos municípios quanto à atenção primária de saúde.

Como apontam Machado e Viana (2009), o processo de descentralização do SUS, embora num contexto de período democrático, é marcado por um processo de centralização na União, exacerbação do poder federal e pela relação mais direta entre União e municípios. Segundo Yunes (1999), o fortalecimento do binômio União-Município corroborou para que os estados (unidades federativas, UFs) ficassem rendidos num contexto de indefinição e indeterminação de seus papéis enquanto entes federativos. Ademais, a descentralização do SUS centrada na relação União-Municípios promoveu a maior dependência destes com relação aos recursos federais (financeiros e administrativos). Deixando os estados à margem, enquanto instâncias de planejamento, financiamento, avaliação e controle, atravancaram-se as redes de serviços de saúde em âmbito regional. Sem o fortalecimento e consolidação de instâncias de integração e desenvolvimento regional, os municípios reforçaram seu papel e atuação, mas também as desigualdades entre si.

² O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição Federal de 5 de outubro de 1988 visando um sistema público de universalização da saúde ao defini-la como “direito de todos e dever do Estado”. Sua implantação se deu de forma gradual: primeiro com o SUDS (Sistema Único Descentralizado de Saúde); a seguir com a incorporação do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, 1974) ao Ministério da Saúde (Decreto 99.060 de 7 de março de 1990); e por fim Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990) que fundou o SUS. Junto à Universalidade são princípios constitutivos do SUS: a Integralidade dos serviços de atenção à saúde; Equidade; Participação Popular (controle social); Descentralização político-administrativa; e Hierarquização e Regionalização dos serviços segundo graus de complexidade (baixa, média e alta).

Daí a importância, apontada por Yunes (1999), das Secretarias Estaduais de Saúde (SEs). Assim, no decorrer da década de 1990 com o aumento excessivo na criação de municípios (Cataia, 2001), na maioria das vezes sem recursos (financeiros, administrativos e organizativos) suficientes e extremamente dependentes do Governo Federal, somado ao aumento das responsabilidades atribuídas, à competição e desigualdade entre eles, bem como ao solapamento das redes de serviços regionais, a exacerbação do municipalismo culminou num contexto de crise na virada dos anos 2000. Acrescenta-se que Wagner (2006) chama a atenção para o conflito existente entre a lógica da descentralização federativa (que cria autonomia para os entes) e a lógica de constituição do sistema de saúde (que cria redes que extrapolam os limites dos entes federados requerendo certo grau de solidariedade entre eles).

Em resposta a esses desafios, o Ministério da Saúde (MS) promoveu um processo de regionalização normativa, porque centrada nos aspectos técnicos das redes de serviços, mediante as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS 2001 e 2002) definindo pólos, sedes, micro e macrorregiões sob os quais os estados e municípios deveriam se enquadrar e se adequar. Tal política foi alvo de diversas críticas, inclusive do próprio MS (Brasil, 2004), em virtude da dificuldade de se criar uma regionalização pautada apenas pelo caráter técnico de hierarquização do sistema. Almeida (2005) ressaltou a natureza extremamente unilateral (de cima para baixo) da ação do MS, como as NOAS, evidenciando a acentuada verticalidade institucional do sistema implementado. Guimarães (2005) apontou o anacronismo do modelo e conceito de *região* à priori adotado, o qual não se efetiva por não corresponder às situações complexas e dinâmicas do território.

Além disso, segundo Arretche (2003), se até a NOB/1996 os municípios deveriam ser capazes de regular todos os provedores e serviços de saúde (públicos e privados), após a NOAS/2001 houve uma forte alteração em direção à recentralização da política de saúde, reservando-se à União e aos estados a gestão da média e alta complexidade dos serviços de saúde. Nesse contexto, o Ministério da Saúde propôs uma nova regionalização com o chamado *Pacto pela Saúde* (Brasil, 2006) a partir de um novo conceito de região – *região viva* – de caráter mais político, objetivando superar os entraves do modelo de descentralização vigente e retomar o princípio SUS de regionalização do sistema.

Destaca-se a criação do Colegiado de Gestão Regional (CGR)³ como uma das principais inovações dessa nova proposta. Tal iniciativa resgatou o papel do governo estadual como coordenador e planejador do SUS. Portanto, hoje, na política de saúde, o processo de descentralização está sendo fortalecido através de novos arranjos que almejam superar os entraves do municipalismo e revalorizar o papel dos estados, o que é de fundamental importância diante dos desafios de se universalizar a saúde num território tão desigual quanto diverso como é o Brasil.

No que se refere à constituição do SUS, destaca-se que o estado de São Paulo concentra: usuários do SUS; beneficiários de planos e seguros privados de saúde; unidades prestadoras e de serviços; tecnologias; profissionais da saúde; pesquisas; instituições e investimentos, tanto públicos quanto privados. Em 2007, o estado paulista criou uma nova regionalização da saúde, com a instituição de 64 Colegiados de Gestão Regional, que resgatou o papel da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) como coordenadora e planejadora do SUS. Por conta dessas características, o estado de São Paulo exerce grande importância no sistema de saúde brasileiro.

Dentre os municípios paulistas, Campinas tem importância histórica na luta da Reforma Sanitária e constituição do SUS (Albuquerque, 2006) e, até hoje, caracteriza-se pelo desenvolvimento e implementação de políticas municipais de fortalecimento do SUS e de universalização da saúde. Campinas é um dos principais pólos de serviços de saúde no estado e é sede do Departamento Regional de Saúde - DRS VII (da SES-SP) e do Colegiado de Gestão Regional (CGR Campinas). O CGR Campinas é composto por onze municípios, com uma população total de 1.611.607 habitantes, e representa importante fórum de pactuação regional em saúde entre o estado e os municípios.

A adoção da fitoterapia na política de assistência farmacêutica do SUS

³ O Pacto pela Saúde propõe a criação dos Colegiados de Gestão Regional (CGRs) como espaços de pactuação regional, composto por todos os gestores municipais de saúde dos municípios integrantes de uma Região de Saúde. O Pacto pela Saúde define “algumas ações relevantes que devem compor as agendas dos CGRs: fazer a identificação e o reconhecimento das Regiões de Saúde; adotar processos dinâmicos no planejamento regional; atualizar e acompanhar a Programação Pactuada Integrada (PPI) de atenção à saúde; elaborar o desenho do processo regulatório, definindo claramente os fluxos e protocolos necessários; priorizar as linhas de investimentos; estimular estratégias que contribuam para a qualificação do controle social; apoiar processos de qualificação da gestão do trabalho e da educação em saúde; construir estratégias para que sejam alcançadas as metas prioritizadas no Pacto pela Vida, com a definição, se necessário, de outras prioridades loco-regionais; constituir processos dinâmicos para a avaliação e o monitoramento regional; aprimorar os mecanismos de regulação da assistência à saúde; fortalecer as iniciativas e ações contidas no Pacto em defesa do SUS; coordenar a agenda e o trabalho da(s) Câmara(s) Técnica(s) Permanente(s); dentre outras.” (Brasil, 2006, p.37).

Exemplo da atuação de Campinas em prol do fortalecimento do SUS é o Programa Municipal de Fitoterapia de Campinas, que teve início em 1990, sob coordenação da extinta Comissão de Fitoterapia da Secretaria de Estado da Saúde (SES-SP), e a partir de 1993 passou para a coordenação municipal. Atualmente, o programa atende 72 unidades (Centros de Saúde) em todos os cinco Distritos de Saúde do município por meio da Farmácia Municipal de Manipulação *Botica da Família* mediante produção de formas farmacêuticas de uma lista de aproximadamente 30 fitoterápicos a partir de 13 espécies vegetais.

A política de fitoterápicos está sendo valorizada pelo Ministério da Saúde, sobretudo a partir da *Política Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos* de 2006. Porém, o governo paulista ainda apresenta uma tímida adesão aos programas e portarias federais. Nesse sentido, torna-se importante verificar como no processo de descentralização do SUS e de pactuação da *assistência farmacêutica*⁴ entre os entes federados, Campinas tem conseguido valorizar e promover sua política municipal de fitoterápicos. O que evidencia que o município priorizou e manteve a fitoterapia no sistema municipal de saúde independentemente do interesse do governo paulista na continuidade do mesmo.

Quanto à disponibilização de fitoterápicos no SUS com recurso tripartite (União, estados, Distrito Federal e municípios), destaca-se o processo de atualização e alteração de Portarias do Gabinete do Ministro / MS (nº3237/2007, nº2.982/2009 e nº4.217/2010). De acordo com Nascimento Jr. (2008), embora 22 estados brasileiros apresentem municípios com serviços fitoterápicos no sistema de saúde, apenas 8 estados pactuaram a Portaria 3237/2007 em suas respectivas Comissões Intergestores Bipartites (CIBs)⁵.

⁴ Assistência farmacêutica: conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual quanto coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial, que visa promover o acesso e o seu uso racional; esse conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (Resolução N°338, de 6 de maio de 2004 - Conselho Nacional de Saúde que aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica - PNAF de 2004).

⁵ A Comissão Intergestores Bipartite - CIB é uma instância colegiada de decisão do Sistema Único de Saúde estadual, integrada paritariamente pela Secretaria Estadual de Saúde e por representantes dos Secretários Municipais de Saúde. A CIB foi criada em 1993, pela Norma Operacional Básica - NOB/93 do Ministério da Saúde, que também criou a Comissão Intergestores Tripartite - CIT, de âmbito nacional (que reúne os gestores federal, estaduais e municipais do SUS). Como as diretrizes do SUS estabelecem, entre outros aspectos, que o sistema de saúde deve ser descentralizado e municipalizado, regionalizado e hierarquizado, torna-se fundamental que exista integração entre todos os gestores públicos, para a discussão dos problemas e elaboração de propostas de aperfeiçoamento das ações de saúde realizadas pelo sistema em seus diferentes níveis. Site da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo: www.saude.sp.gov.br (acesso em 4 de março de 2010).

Usos do território e municipalização da política de assistência farmacêutica em campinas-sp: Fitoterápicos e plantas medicinais.

Luis Henrique Leandro Ribeiro

O estado de São Paulo não pactuou a Portaria de 2007, embora seu Plano Estadual de Saúde 2008-2011 (São Paulo, 2008) faça referência, ainda que sucintamente, aos fitoterápicos em suas ações estratégicas, tal como: *considerar a possibilidade de incluir na lista básica de medicamentos os homeopáticos e fitoterápicos; e analisar e adequar a Política Nacional de Medicamentos Fitoterápicos e Plantas Medicinais à realidade do estado de São Paulo*. Por outro lado, este estado pactuou a Portaria nº4.217 de 2010, sendo que em 2011 elevou-se para um número de 15 estados que pactuaram a fitoterapia. Contudo, essas adesões e pactuações não significam que necessariamente tais estados têm planejado e participado, e em que grau e qualidade, no financiamento tripartite (União, estados, Distrito Federal e municípios) para aquisição e disponibilização de fitoterápicos no SUS.

Segundo Torres (2009), a dificuldade de inclusão de mais fitoterápicos na política nacional se deve ao não atendimento dos critérios para registro, principalmente na Anvisa⁶. Esta agência assim define tal classe de medicamentos e tratamentos⁷:

<i>Fitoterápicos</i>	medicamentos obtidos a partir de plantas medicinais empregando-se exclusivamente derivados de droga vegetal (extrato, tintura, óleo, cera, exsudato, suco, e outros), não sendo objeto de registro como medicamento fitoterápico, planta medicinal ou suas partes, após processos de coleta, estabilização e secagem, podendo ser íntegra, rasurada, triturada ou pulverizada
<i>Fitoterapia</i>	método de tratamento caracterizado pela utilização de plantas medicinais em suas diferentes preparações sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal, sob orientação de um profissional habilitado (reconhecido)
<i>Planta Medicinal</i>	espécie vegetal cultivada ou não, utilizada com propósitos terapêuticos, chama-se planta fresca aquela coletada no momento de uso e planta seca a que foi precedida de secagem, equivalendo à droga vegetal
<i>Medicamento</i>	produto farmacêutico, tecnicamente obtido ou elaborado, com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico. É uma forma farmacêutica terminada que contém o fármaco, geralmente em associação com adjuvantes farmacotécnicos.

⁶ Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), criada pela Lei 9.782 de 1999 e regulamentada pelo Decreto 3.029 do mesmo ano. Trata-se de autarquia vinculada ao Ministério da Saúde. No Brasil a industrialização e comercialização de todo e qualquer medicamento (tanto alopáticos e biológicos quanto os homeopáticos e fitoterápicos) são normatizados por concessão de registro da Anvisa com base em diretrizes padronizadas e fundadas em critérios e normas de referência.

⁷ Fonte: Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Ministério da Saúde), Resolução RDC - n.º 84/02 e DCB – Denominação Comum Brasileira Glossário. <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/farmacopeia/dcb.htm> [acessado em 7 de setembro de 2009].

Assinala-se que a relação que ampara a Política Nacional de Medicamentos Fitoterápicos e Plantas Medicinais e baliza o financiamento tripartite das Portarias do Gabinete do Ministro / MS (2007, 2009 e 2010) pactuadas nas CIBs é a Renafito (ou Rename-Fito⁸). Esta relação nacional do MS era constituída até 2009 por dois fitoterápicos, sendo que a partir de sua atualização em 2010 passou a contar com um total de oito fitoterápicos. Nesse sentido, destaca-se também a Relação de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS (Renusus) publicada pelo Ministério da Saúde em 2009, composta por 71 espécies vegetais a Renisus objetiva subsidiar a elaboração e ampliação da Renafito⁹.

De acordo com Torres (2009) em 2004 o número de municípios com serviço de fitoterapia era de 116, sendo que em 2008 esse número alcançou 342 municípios. Deste total, 192 foram garantidos pelo SUS municipal ou estadual apresentando a seguinte tipologia de acesso: 46,87% - farmácia de manipulação própria; 35,42% - farmácia de manipulação conveniada; e 20,31% - fitoterápicos industrializados. Os 342 municípios corresponderam a uma população de 19.183.147 habitantes. Neste conjunto, dentre os 4 municípios com mais de um milhão de habitantes que apresentam serviço de fitoterapia no SUS destacamos Campinas-SP. Com uma população total estimada em 1.072.418 habitantes, sendo que 47,2% é coberta por planos privados de saúde, ao passo que 52,8% são usuários do sistema público (SUS)¹⁰, o município apresentou em 2009 gastos da ordem de R\$ 16.929.316,29 com medicamentos no sistema, ou seja, aproximadamente 2,7% do orçamento municipal total da área de saúde (R\$ 629.446.166,67).

Verifica-se, assim, a permanência e continuidade do vanguardismo do movimento sanitaria e do SUS em Campinas-SP. Pois, dentre as 13 espécies de plantas que fundamentam a produção de aproximadamente 30 fitoterápicos que atendem seu Programa Municipal de

⁸ Rename/Resme/Remune - A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) é um documento de referência nacional, norteador da Política Nacional de Medicamentos, da Política de Assistência Farmacêutica e da produção do mercado farmacêutico. Serve para orientar e subsidiar os estados e municípios na elaboração das suas respectivas relações de medicamentos - Resme e Remune. O Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, disponibiliza a Rename para todo país, responsabilizando-se pela sua revisão periódica. Site do Ministério da Saúde: www.saude.gov.br [acesso em 3 de março de 2010].

⁹ A Renisus é constituída por plantas medicinais que interessam ao SUS por serem nativas ou exóticas adaptadas, amplamente utilizadas pela população brasileira, e já terem algumas evidências para indicação de uso na atenção básica de saúde. No entanto, precisam de estudos para: confirmar segurança e eficácia, definição da indicação de uso e da forma farmacêutica mais adequada, a possibilidade de cultivo e produção. Os critérios adotados são: interesse em saúde pública (atenção básica); nativas/exóticas adaptadas e que possuam sistema de produção e manejo; maior volume de informações científicas (segurança e eficácia); atenda os biomas; não ameaçada de extinção.

¹⁰ Dados referentes ao ano de 2008 constantes no site da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS): www.ans.gov.br [acessado em 05 de março de 2010].

Fitoterapia *Botica da Família*, apenas duas (guaco e espinheira santa) coincidem e estão inseridas na lista atual de 8 fitoterápicos da relação nacional do Ministério da Saúde (Renafito). Além do vanguardismo, tal evidência sugere uma acentuada autonomia da política municipal de saúde em Campinas-SP, no que se refere à fitoterapia no SUS, frente à política estadual paulista e também à política nacional do Ministério da Saúde.

Considerações Finais

Embora os medicamentos fitoterápicos façam parte do elenco da assistência farmacêutica do Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS), prevendo-se inclusive financiamento tripartite (União, estados, Distrito Federal e municípios) para aquisição daqueles constantes da relação nacional de oito fitoterápicos do Ministério da Saúde (Renafito), contudo, o Programa Municipal de Fitoterapia de Campinas-SP é inteiramente gerido e financiado pelo município. Ademais, embora o estado de São Paulo tenha pactuado a Portaria nº4.217 de 2010, elevando-se, portanto, em 2011 para um número de 15 estados dentre os 27 da federação brasileira que pactuaram a Renafito em suas respectivas CIBs (Comissões Intergestores Bipartite), por outro lado, não verificou-se uma participação do governo paulista na regionalização e planejamento de políticas de fitoterapia e nem um interesse maior do governo do estado no programa municipal de Campinas, o qual permanece limitado e restringido à circunscrição do município.

Assim, o programa de fitoterapia de Campinas-SP institucionalizado nos anos 1990 e fortalecido e ampliado nos anos 2000, sugere que no decorrer destas duas últimas décadas o município tem exercido ativamente um acentuado grau de autonomia e descentralização. Processo este distinto, portanto, da centralização política no Governo Federal que vem sendo apontada por diversos autores para o respectivo período. A autonomia do município campineiro, ao menos no que se refere à política de fitoterapia no SUS, torna-se evidente quando considerados: o desinteresse e falta de apoio à política de fitoterapia por parte do governo do estado de São Paulo; e a lista de aproximadamente 30 fitoterápicos a partir de 13 espécies vegetais do Programa Municipal de Fitoterapia *Botica da Família* de Campinas-SP que é bem mais ampla que os 8 fitoterápicos constantes da relação do Ministério da Saúde (Renafito).

Nesse sentido, cabe refletir sobre as condições do *território usado* (Santos, 1999; Silveira, 2010) e da concreção da *formação sócio-espacial* (Santos, 1977) brasileira em Campinas que permitiram e que têm possibilitado ao ente municipal exercer evidente autonomia no que tange à política de fitoterapia no SUS. Destacando-se a densidade de sucessivas

modernizações que constituíram na atual Campinas um espesso e complexo sistema de objetos e de ações. Portanto, boa parte do grau de autonomia deste município se deve à densidade técnica presente em Campinas que permite à sua administração municipal uma elevada arrecadação orçamentária e, também, enorme leque de virtualidades para a organização e normatização das materialidades e ações vinculadas à saúde.

Logo, compreender a autonomia de Campinas-SP no que se refere à fitoterapia no SUS requer a consideração simultânea tanto da *assimetria vertical* de poderes e recursos entre os entes da federação (União, estados, Distrito Federal e municípios) quanto a *assimetria horizontal* entre os municípios e regiões brasileiras. Assimetria horizontal esta entre municípios tributária tanto das desigualdades e disparidades na dotação de materialidades e sistemas técnicos quanto da própria diversidade constitutiva dos lugares.

Assim, partindo da consideração da federação, do SUS e da fitoterapia enquanto *eventos geográficos* (Santos, 1999), compreende-se que, embora tais eventos aconteçam em todo o território brasileiro, suas geografizações realizam-se diferentemente nos lugares segundo os usos efetivos do território e do conjunto de materialidades e normas presentes. Portanto, a duração, a qualidade e a extensão da federação, do SUS e da fitoterapia em Campinas são, enquanto eventos, logo, enquanto feixes de acontecimentos, tributárias de uma estrutura organizacional de ordem material e normativa realizada e reproduzida distintamente.

A pesquisa tem apontado que a adoção de medicamentos fitoterápicos e plantas medicinais pelo SUS tem enorme potencial de: promover um sistema de saúde mais preventivo; fortalecer o sistema produtivo de bases nacionais; diminuir os custos e gastos do orçamento da saúde com medicamentos; e promover o conhecimento e prática da biodiversidade e sociodiversidade constitutivos dos lugares, logo, promovendo maior autonomia e vitalidade da federação e do território brasileiro. Desse modo, a verticalização empírica da pesquisa dada pelo Programa Municipal de Fitoterapia de Campinas-SP tem permitido a compreensão: tanto do processo de adoção de fitoterápicos e plantas medicinais na assistência farmacêutica do SUS; quanto os caminhos e desafios da descentralização do SUS mediante as pactuações entre os entes federativos gestores do sistema de saúde.

Referência Bibliográfica

- ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi de. Território Usado e Saúde: respostas do Sistema Único de Saúde à situação de metropolização em Campinas-SP. [Dissertação] Departamento de Geografia – FFLCH / USP. São Paulo, 2006.
- ALMEIDA, Elisa Pinto de. Uso do território brasileiro e os serviços de saúde no período técnico-científico-informacional. [Tese] Departamento de Geografia – FFLCH / USP. São Paulo, 2005.
- ARRETCHE, Marta. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. A Regionalização da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Junho de 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Regionalização solidária e cooperativa: orientações para sua implementação no SUS. Brasília: 2006.
- CATAIA, Márcio A. Território nacional e fronteiras internas. A fragmentação do território brasileiro. [Tese] Departamento de Geografia – FFLCH / USP. São Paulo. 2001.
- GUIMARÃES, Raul Borges. O conceito de região no planejamento das políticas de saúde. *Caderno Prudentino de Geografia*, v. 30, p. 1-17, 2008.
- MACHADO, Cristiane Vieira; VIANA, Ana Luiza d'Ávila. “Descentralização e coordenação federativa na saúde”. In: VIANA, A. L. d'Á. et al. (Orgs.), Saúde, Desenvolvimento e Território. São Paulo: Editora Hucitec, 2009, (pp.21–59).
- NASCIMENTO JR, José Miguel. As Plantas Medicinais e a Fitoterapia no Sistema Oficial de Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos / Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos / Ministério da Saúde. *1º Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde*. Brasília-DF: maio de 2008.
- SANTOS, Milton. Sociedade e espaço: a formação social como teoria e como método. *Boletim Paulista de Geografia*, AGB – Secção São Paulo, n.54, 1977.
- SANTOS, Milton, (1996). A natureza do espaço: técnica e tempo – razão e emoção. São Paulo: Hucitec, 3ª edição, 1999.
- SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Saúde. Plano Estadual de Saúde 2008 – 2011. São Paulo: Secretaria da Saúde, 2008, 300 p.

Usos do território e municipalização da política de assistência farmacêutica em campinas-sp: Fitoterápicos e plantas medicinais.

Luis Henrique Leandro Ribeiro

SILVEIRA, Maria Laura. “Ao território usado a palavra: pensando princípios de solidariedade socioespacial”. In Viana, A. L. d’Á; Ibañez, N. & Elias P. E. M. (org.), Saúde, Desenvolvimento e Território. São Paulo: Hucitec, 2010, pp.127-150.

TORRES, Kátia R. Política Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos. Departamento de Assistência Farmacêutica / Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos / Ministério da Saúde. *EnFarMed*, 3., 2009.

WAGNER, Gastão. “Efeitos paradoxais da descentralização do Sistema Único de Saúde do Brasil”. In: FLEURY, S. (org.). Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha. Rio de Janeiro: FGV, 2006. pp.417-442.

YUNES, João. O SUS na lógica da descentralização. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 13, n. 35, abril de 1999.