

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica



Relatório do
SEMINÁRIO
INTERNACIONAL
de Práticas Integrativas
e Complementares
em Saúde - PNPIIC

13 a 15 de maio de 2008 – Brasília - DF

Série C. Projetos, Programas e Relatórios

Brasília-DF
2009

© 2009 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>

Série C. Projetos, Programas e Relatórios

Tiragem: 1ª edição – 2009 – 1.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento de Atenção Básica

Esplanada dos Ministérios, bloco G, 6º andar, sala 655

CEP: 70058-900, Brasília – DF

Tel.: (61) 3315-2497

Fax: (61) 3226-4340

Home page: <http://www.saude.gov.br/dab>

Organização:

Carmem Lúcia de Simoni

Elaboração técnica:

Lucinéia Moreli

Coordenação:

Lucinéia Moreli

Flavio Goulart

Relatora:

Carla Morrone

Revisão:

Irisrael Maria dos Anjos

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.

Relatório do 1º seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde – PNPIC / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

196 p. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

ISBN XXXXXXXXXXXX

1. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. 2. Política de saúde. 3. Terapias complementares. 4. Atenção à saúde. I. Título. II. Série.

CDU 614(81)

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2009/0139

Títulos para indexação:

Em inglês: Report of the 1st International Seminary of Integrating and Complementary Practices in Health National Policy (PNPIC – Brazil)

Em espanhol: Informe del 1º Seminario Internacional de la Política Nacional de Práticas Integrativas y Complementares en Salud (PNPIC – Brasil)

LISTA DE SIGLAS

ABEn – Associação Brasileira de Enfermagem
ABENFISIO – Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia
ABFH – Associação Brasileira de Farmacêuticos Homeopatas
ABMA – Associação Brasileira de Medicina Antroposófica
ACELBRA – Associação de Celíacos do Brasil
AMHB – Associação Médica de Homeopatia Brasileira
AMQ – Avaliação para Melhoria da Qualidade
Anvisa – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ASSOCIOFITO – Associação Nacional de Fitoterapia nos
Serviços Públicos
CAPS – Centros de Atendimento Psicossocial
CATI – Coordenadoria de Assistência Técnica Integral
CBPF – Comprovação de Boas Práticas de Fabricação
CEME – Central de Medicamentos
CEO – Centro de Especialidades Odontológicas
CEPAL – Comissão Econômica para América Latina e Caribe
CFBIO – Conselho Federal de Biomedicina
CFF – Conselho Federal de Farmácia
CFO – Conselho Federal de Odontologia
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CIPIC-SUS – Comissão Intersetorial de Práticas Integrativas e
Complementares no SUS
CIT – Comissão Intergestores Tripartite
CNBB – Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
CNPQ – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico
e Tecnológico
CNS – Conselho Nacional de Saúde
COFEPRIS – Comissão Federal de Proteção com Riscos Sanitários
COFFITO – Conselho Federal de Terapia Ocupacional
COIAB – Coordenação das Organizações Indígenas da
Amazônia Brasileira
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais
de Saúde
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CPIC – Centro de Práticas Integrativas
CQ – Controle de Qualidade

CRTN – Centro de Referência em Tratamento Natural do Amapá
DAB – Departamento de Atenção Básica
DC – Dengue Clássica
DH – Dengue Hemorrágica
DS II – Distrito Sanitário II
ESCS – Escola Superior de Ciências da Saúde
FAPESP – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
FCFAS – Fórum dos Conselhos Federais da Área da Saúde
FDA – Food and Drug Administration
FENTAS – Fórum das Entidades dos Trabalhadores em Saúde
FEPECS – Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
Fiocruz – Fundação Oswaldo Cruz
GETI – Grupo de Estudo e Trabalho Interinstitucional
GETRIS – Grupo de Estudos e Trabalho em Terapias Integrativas
HAP – Hospital de Apoio de Brasília
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica
IRCH – International Regulatory Cooperation for Herbal
Medicines Network
MC – Ministério da Cultura
MMA – Ministério do Meio Ambiente
MNT – Medicina Natural e Tradicional
MS – Ministério da Saúde
NASF – Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NUMENATI – Núcleo de Medicina Natural e Terapias Integrativas
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONGs – Organizações Não Governamentais
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PARLATINO – Parlamento Latino-Americano
PICs – Práticas Integrativas e Complementares
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNPIC – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
em Saúde
PNPMF – Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos
PPSUS – Programa Pesquisa para o SUS
PROGRAB – Programação para Gestão por Resultados na
Atenção Básica
Proplam – Programa de Plantas Medicinais

PSF – Programa Saúde da Família
RDC – Resolução da Diretoria Colegiada
REMUME – Relação Municipal de Medicamentos
REP – Roda de Estudos de Plantas
SAFCI – Modelo de Saúde Familiar Comunitário Intercultural
SAS – Secretaria de Atenção à Saúde
SBT – Sociedade Brasileira de Termalismo
SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SESA – Secretaria de Estado da Saúde do Amapá
SF – Saúde da Família
SGEP – Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
SMM – Sistema Metabólico Sexual Motor
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SNS – Sistema Neurossensorial
SOBRAFA – Sociedade Brasileira de Farmacêuticos Acupunturistas
SOBRAFITO – Associação Médica Brasileira de Fitomedicina
SOBRAPA – Sociedade Brasileira de Psicologia e Acupuntura
SOE – Serviço de Orientação ao Exercício
SR – Sistema Rítmico
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidades Básicas de Saúde
UCIS – Unidade de Cuidados Integrals à Saúde
UCIS/PCR – Unidade de Cuidados Integrals à Saúde Professor Guilherme Abath
UFPE – Universidade Federal de Pernambuco
UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas
UNICAP – Universidade Católica de Campinas
UNITAU – Universidade de Taubaté
USP – Universidade de São Paulo
WFAS – World Federation of Acupuncture-Moxabustion Societies

SUMÁRIO

Introdução	9
Parte 1: Relatório Analítico	15
Panorama internacional.....	17
As práticas integrativas e complementares.....	21
Práticas integrativas e complementares: panorama brasileiro.....	23
Práticas integrativas e complementares incorporadas ao Sistema Único de Saúde	27
A inserção das práticas integrativas e complementares nos sistemas oficiais de saúde	31
As experiências brasileiras.....	37
Considerações finais	43
Parte 2: Relatório Descritivo	45
Cerimônia de abertura.....	47
Conferência Magna.....	53
Mesa 1 – Inserção das práticas Integrativas e Complementares nos Sistemas Oficiais de Saúde.....	63
Brasil – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS – <i>Carmen De Simoni</i>	63
O Sistema de saúde de Cuba e a Medicina natural e tradicional – <i>Jorge Luís Campistrous Lavaut</i>	71
México – A política nacional de medicina complementar e integrativa no sistema nacional de saúde mexicano A experiência do México – <i>Hernán Garcia Ramirez</i>	79
A implementação do modelo de saúde familiar comunitário e intercultural no sistema de saúde público da Bolívia – <i>Oscar Laguna</i>	85
Brasil – Controle social e as práticas integrativas e complementares em saúde – <i>Ana Cristhina de Oliveira Brasil</i>	90
Mesa 2 – Homeopatia & Medicina Antroposófica.....	95
Brasil – Homeopatia – avanços, desafios na assistência, no ensino e na pesquisa – <i>Madel Therezinha Luz</i>	95
Cuba – Pesquisa em Práticas Integrativas e Complementares A dengue e os complexos homeopáticos – <i>Jorge Luís Campistrous Lavaut</i>	101
Brasil – medicina antroposófica: avanços, desafios na assistência, no ensino e na pesquisa – <i>Ricardo Ghelman</i> ..	107

Brasil – Experiência da Secretaria de Saúde do Distrito Federal Experiências em práticas integrativas da Secretaria de Saúde do Distrito Federal – <i>Soraya Coury</i>	117
Brasil – Experiência da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas (SP) Práticas integrativas e complementares em Campinas – <i>Lígia Aparecida Neizame de Almeida</i>	122
Mesa 3 – Medicina Tradicional chinesa/ Acupuntura e Termalismo.....	129
China – Medicina Tradicional chinesa/Acupuntura – Avanços e desafios na assistência, ensino e pesquisa A acupuntura no contexto atual e suas tendências – <i>Deng Liang Yue</i>	129
Itália – Termalismo social e crenoterapia - Uma perspectiva mundial – Para onde vão as águas termais? – <i>Umberto Solimene</i>	133
Brasil – Experiência da Secretaria Estadual de Saúde do Amapá (AP) – <i>Elziwaldo Lobo Monteiro</i>	139
Brasil – Experiência da Secretaria Municipal de Saúde de Recife (PE) – <i>Odimariles Dantas</i>	145
Brasil - Experiência da Secretaria Municipal de Saúde de Várzea Paulista (SP) – <i>Maria do Carmo C. Carpintero</i> ...	152
Mesa 4 – Plantas Medicinais e Fitoterápicos	157
Brasil – As plantas medicinais e a fitoterapia nos Sistemas Oficiais de Saúde – <i>José Miguel Nascimento Júnior</i>	157
Marcos regulatórios para plantas medicinais e fitoterápicos – <i>Ana Cecília Bezerra de Carvalho</i>	162
Brasil – Plantas medicinais e fitoterápicos - um olhar sobre a atenção à saúde – <i>Alex Botsaris</i>	170
Brasil – Experiência da Secretaria Municipal de Saúde de Pindamonhagaba (SP) – <i>Ana Emília Gaspar</i>	175
Experiência da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória (ES) – <i>Henriqueta Sacramento</i>	179
Cerimônia de encerramento	185
Programação	191



**SEMINÁRIO
INTERNACIONAL**
de Práticas Integrativas
e Complementares
em Saúde - PNPIIC

Introdução

Na comemoração dos 20 anos do Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde e a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), por meio do Departamento de Atenção Básica (DAB), em parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), realizaram, em Brasília (DF), entre os dias 13 e 16 de maio de 2008, o 1º Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde.

O evento aconteceu depois de dois anos da implementação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPIC), aprovada em 2006, política que foi construída dentro do contexto nacional e estimulada pela Organização Mundial de Saúde (OMS). A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares inseriu o Brasil na vanguarda das práticas integrativas no sistema oficial de saúde no âmbito das Américas. Essa política responde ao desejo da população, manifesto nas recomendações de Conferências Nacionais de Saúde desde 1988, e assegura o acesso aos usuários do SUS à medicina tradicional chinesa/acupuntura, homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia, além de constituir observatório de práticas em saúde para o termalismo e a medicina antroposófica.

Pela primeira vez, o tema foi debatido pelo Governo Federal, com a presença de outros cinco países e representantes da OMS.

O Seminário foi um espaço para o intercâmbio de experiências exitosas de modelos instituídos em outros países nos sistemas oficiais de atenção à saúde. Foram apresentadas e debatidas experiências do Brasil, China, Cuba, Bolívia, México e Itália, contribuindo para o aprimoramento do modelo brasileiro.

Participaram do evento cerca de 300 pessoas dentre convidados internacionais, representantes de agências internacionais, *experts* e técnicos de organismos internacionais – representação da OPAS/OMS, autoridades sanitárias, representantes de associações e sociedades científicas, docentes e pesquisadores das instituições de ensino e pesquisa em saúde, gestores das três esferas de gestão, coordenadores de saúde municipais e estaduais, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), entidades de classe profissional, Conselho Nacional de Saúde, áreas técnicas do Ministério da Saúde e profissionais de saúde.

A mesa de abertura foi composta pelo Ministro da Saúde, José Gomes Temporão; pelo Secretário de Atenção à Saúde, José Carvalho de Noronha; pela Diretora do Departamento de Atenção Básica, Claudara Schilling Mendonça; pela Secretária Executiva do Ministério da Saúde, Márcia Bassit; pelo representante da OPAS/OMS, Diego Victória; pela Coordenadora do Departamento de Medicina Tradicional da OMS, Xiaouri Zhang; pelo representante do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), Sílvio Fernandes da Silva; pelo Subsecretário de Atenção à Saúde do Distrito Federal, João Luiz de Freitas.

Durante a solenidade, Temporão recebeu, do Diretor da Secretaria-Geral da Federação Mundial de Hidroterapia e Climatoterapia, Umberto Solimene, a Medalha Oficial de Honra da Universidade de Milão.

Na abertura do evento, a Conferência Magna foi proferida por uma das maiores autoridades mundiais no tema: a médica chinesa Xiaouri Zhang, Coordenadora do Programa de Medicina Tradicional da OMS, que proferiu palestra sobre *As Práticas Integrativas e Complementares no Contexto Mundial*.

Foram realizadas quatro mesas nos dois dias de duração do Seminário, no qual se fez uma reflexão coletiva sobre as Práticas Integrativas e Complementares e sua inserção em diversos modelos e sistemas de saúde.

Na primeira mesa, coordenada por Adson França, Diretor do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas do Ministério da Saúde, especialistas abordaram a *Inserção das Práticas Integrativas e Complementares nos Sistemas Oficiais de Saúde*. A Coordenadora da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do Ministério da Saúde, Carmem De Simoni, apresentou a *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS*. Os representantes de Cuba – Jorge Luís Campistrous Lavaut, chefe de pesquisas do Centro Nacional de Medicina Natural e Tradicional do Ministério da Saúde –, do México – Hernán Garcia Ramirez, Subdiretor de Sistemas Complementares de Atenção do Ministério da Saúde –, e da Bolívia – Oscar Laguna, Secretário Nacional de Medicina Tradicional do Ministério da Saúde –, abordaram, em suas exposições, o *Sistema Nacional de Saúde e as Práticas Integrativas*

e *Complementares em Saúde*. A apresentação de Ana Cristhina de Oliveira, Coordenadora da Comissão Intersectorial de Práticas Integrativas e Complementares do Conselho Nacional de Saúde (CNS), teve como tema o processo de construção da *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde* sob a ótica do controle social. Por fim, o debatedor Nelson Filice de Barros, Coordenador do Laboratório de Práticas Alternativas, Complementares e Integrativas em Saúde da Universidade de Campinas, teceu comentários sobre as exposições.

À tarde, a segunda mesa, *Homeopatia & Medicina Antroposófica*, foi coordenada por Pedro Lima, Superintendente de Atenção Básica e Gestão do Cuidado da Secretaria Estadual do Rio de Janeiro, tendo como debatedor o professor titular de homeopatia da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Jorge Biolchini. Madel Therezinha Luz, professora do Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, fez uma reflexão sobre a *Homeopatia – Avanços e Desafios na Assistência, no Ensino e na Pesquisa*. Jorge Campistrous Lavaut, representante do Ministério da Saúde de Cuba, apresentou *Pesquisa em Práticas Integrativas e Complementares – A Dengue e Complexos Homeopáticos*. Ricardo Ghelman, coordenador do Setor Interdepartamental de Medicina Antroposófica da Universidade Federal de São Paulo, abordou a *Medicina Antroposófica – Avanços, Desafios na Assistência, no Ensino e na Pesquisa*. As experiências da Secretaria de Saúde do Distrito Federal e da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas (SP) foram apresentadas, respectivamente, por Soraya Coury, representante da Gerência do Núcleo de Medicina Natural e Terapias Integrativas, e Lígia Aparecida Neime de Almeida, Diretora de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas (SP).

A terceira mesa, *Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura e Termalismo*, foi dirigida pela Coordenadora da Política de Práticas Integrativas e Complementares do Ministério da Saúde, Carmem De Simoni, e teve como debatedora Ana Cristhina de Oliveira Brasil, representante do CNS. O Presidente da Federação Mundial de Acupuntura, Deng Liang Yue, proferiu palestra sobre a *Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura – Avanços e Desafios na Assistência, Ensino e Pesquisa*. Umberto Solimene, da Universidade de Milão, discorreu sobre o tema *Termalismo Social e Crenoterapia – uma perspectiva mundial*. Foram apresentadas as experiências da Se-



cretaria Estadual de Saúde do Amapá e das Secretarias Municipais de Saúde de Recife (PE) e de Várzea Paulista (SP), respectivamente, por: Elziwaldo Lobo Monteiro, Diretor do Centro de Reabilitação de Tratamento Natural; Odimariles Dantas, Gerente da Unidade de Práticas Integrativas Professor Guilherme Abath; Maria do Carmo Cabral Carpintero, Secretária Municipal de Saúde.

A quarta e última mesa do evento, *Plantas Medicinais e Fitoterápicos*, coordenada por Agenor Álvares, Diretor da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), teve como debatedor Helvo Slomp Júnior, professor da Universidade Federal do Paraná. José Miguel Nascimento Júnior, representando o Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, fez uma reflexão sobre *As Plantas Medicinais e a Fitoterapia nos Sistemas Oficiais de Saúde*. O tema da palestra de Ana Cecília Carvalho, Gerente de Plantas Medicinais e Homeopáticas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, foi *Marcos Regulatórios para Plantas Medicinais e Fitoterápicos*. Alex Botsaris, Presidente do Instituto Brasileiro de Plantas Medicinais, falou sobre *Plantas Medicinais e Fitoterápicos – um olhar sobre a Atenção à Saúde*. Experiências exitosas foram apresentadas por Ana Emília Gaspar, representante da Secretaria Municipal de Saúde de Pindamonhangaba (SP), e Henriqueta Sacramento, Coordenadora do Práticas Integrativas e Complementares da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória (ES).

Participaram da solenidade de encerramento: Luís Fernando Rolim Sampaio, ex-Diretor do DAB; Xiaouri Zhang, Coordenadora do Departamento de Medicina Tradicional da Organização Mundial de Saúde (OMS); Agenor Álvares, Diretor da Anvisa; Carmem De Simoni, Coordenadora da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do Ministério da Saúde.



**SEMINÁRIO
INTERNACIONAL**
de Práticas Integrativas
e Complementares
em Saúde - PNPIIC

PARTE 1: Relatório Analítico

**Brasília - DF
13 a 15 de maio
2008**

PANORAMA INTERNACIONAL

A presença no cenário global das Práticas Integrativas e Complementares (PICs) foi reforçada após a Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde em Alma-Ata, em 1978. A Declaração de Alma Ata reconheceu, pela primeira vez em termos oficiais, seus praticantes como trabalhadores de saúde e sua importância para o cuidado à saúde das populações, principalmente na atenção primária à saúde, bem como a necessidade de intercâmbio de informações entre os diversos modelos das mesmas nos sistemas mundiais de saúde. Nessa Conferência, é recomendado aos Estados-Membros proceder a *“formulação de políticas e regulamentações nacionais referentes à utilização de remédios tradicionais de eficácia comprovada e exploração das possibilidades de se incorporar os detentores de conhecimento tradicional às atividades de atenção primária em saúde, fornecendo-lhes treinamento correspondente”*.

O campo das Práticas Integrativas e Complementares contempla sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos, os quais são também denominados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de medicina tradicional e complementar/alternativa (MT/MCA).

Ao final da década de 70, a OMS cria o Programa de Medicina Tradicional, que recomenda aos Estados-Membros o desenvolvimento de políticas públicas para facilitar a integração da MT/MCA nos sistemas nacionais de atenção à saúde, assim como promover o uso racional dessa integração.

A partir da década de 80 em vários comunicados e resoluções a OMS demonstra seu compromisso em incentivar os Estados-membros a formularem e implementarem políticas públicas pra uso racional e integrado de MT/MCA nos sistemas nacionais de saúde.

Há um contexto mundial favorável para as Práticas Integrativas e Complementares (PICs), com a crise dos paradigmas de medicina até então vigentes, com seus altos custos e apoio intensivo em tecnologias. Assim, o uso das PICs encontra-se disseminado por todo o mundo, com milhares de praticantes em centenas de países. Em termos econômicos, existe um forte mercado internacional de PICs: só a fitoterapia movimentava anualmente na Europa 3,5 bilhões de Euros e na China 14 bilhões de dólares, mostrando crescimento expressivo ano a ano. Atualmente este mercado chega a 30% do total do comércio de medicamentos em geral.

A compreensão do panorama das PICs no mundo envolve o reconhecimento das dificuldades relativas às diferenças entre a medicina ocidental típica e as PICs, como chamou atenção a representante da OMS no Seminário, Dr^a Xiaouri Zhang - Coordenadora do Departamento de Medicina Tradicional.

Na primeira, o objetivo é identificar e combater os agentes das doenças, de modo a obter o retorno às funções normais do corpo e à boa saúde. Já nas PICs e na medicina tradicional de maneira geral uma abordagem totalizante (holística) é realizada, de forma a abranger aspectos físicos, emocionais, mentais e ambientais relativos ao paciente, de forma simultânea. Assim, o ato de curar pode ser visto como *guerra* ou como *harmonização*. Essa é a grande diferença entre os dois paradigmas.

Não devem ser omitidas, todavia, as dificuldades relativas ao uso das PICs, entre elas se destacando a relativa insuficiência de dados baseados em pesquisas, as limitações do controle, o treinamento ainda pouco extensivo e a carência de expertise. No campo da regulação destaca-se o problema da falta de controle de qualidade, por exemplo, traduzida pela identificação incorreta dos produtos utilizados, as instruções (bulas) inadequadas, além da contaminação por outras substâncias, problemas agravados por falta de comunicação internacional entre autoridades sanitárias. A OMS entende que desafios importantes estão em jogo, tais como: promoção do uso adequado, maior informação aos consumidores, maior qualificação e fiscalização dos praticantes, divulgação das precauções relativas ao conceito equivocado de que “o que é natural não pode fazer mal”.

A OMS desenvolve estratégias relativas às PICs em quatro campos distintos: *política; segurança, acesso e uso racional*. Para 2004-2007 esforço especial foi concentrado em integrar as PICs nos sistemas nacionais de atenção à saúde, além do aprimoramento dos procedimentos de avaliação e garantia de qualidade (*availability and affordability*). A expectativa da entidade é lançar, ainda em 2008, nova estratégia mundial, que se baseará em quatro pilares: estruturação política; garantia de segurança, qualidade e eficácia; ampliação do acesso, além de conscientização para o uso racional.

As PICs podem ser praticadas tanto por profissionais médicos como não – médicos. Entretanto, é de fundamental importância definir quem poderá praticá-la ou não, por uma ampla discussão e pelo compartilhamento de experiências com outros países.

Sem dúvida, há progressos na situação mundial das PICs, por exemplo, no incremento da informação obtida; no fato de que 30% dos países membros já dispõem de políticas nacionais para PICs, como é o caso do Brasil, bem como de 65% dos países já apresentarem procedimentos legais e de regulação. Grande contingente populacional de países em desenvolvimento ou desenvolvidos fazem uso das PICs.

Em relação à capacidade de integração da Medicina Complementar ao sistema de saúde, observam-se quatro tipos distintos de sistemas: integrativos, inclusivos, tolerantes e exclusivos. A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) inseriu o Brasil na vanguarda das PICs no sistema oficial de saúde no âmbito das Américas.

São preocupações da OMS relativas às PICs são as de expandir seu reconhecimento em todo o mundo, apoiar sua integração aos sistemas nacionais de saúde, prover cooperação técnica e informação para difundir o uso das PICs, além de preservar e proteger os conhecimentos, práticas e recursos respectivos, visando a sustentabilidade de seu uso. Os direcionamentos da entidade para o futuro, além dos campos oficiais já citados, são: a promoção de seu uso na atenção primária à saúde, o incremento na formação e qualificação de recursos humanos, a segurança dos pacientes.

AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES

Medicina Tradicional Chinesa: sistema médico integral, originado há milhares de anos na China. Tem como fundamento, a teoria do Yin-Yang. Também inclui a teoria dos cinco movimentos. Utiliza linguagem que retrata simbolicamente as leis da natureza e que valoriza a inter-relação harmônica entre as partes visando a integridade. Utiliza como elementos a anamnese, palpação do pulso, observação da face e língua em suas várias modalidades de tratamento (acupuntura, plantas medicinais, deitoterapia, práticas corporais, e mentais).

Acupuntura: recurso terapêutico da Medicina Tradicional Chinesa (MTC), que aborda de modo integral e dinâmico o processo saúde-doença no ser humano. Pode ser usada de forma isolada ou integrada com outros recursos terapêuticos. Permite o estímulo preciso de locais anatômicos na pele por meio da inserção de finas agulhas metálicas para proteção, restauração e promoção da saúde.

Homeopatia: sistema médico complexo, de caráter holístico, baseada no princípio vitalista e no uso da lei dos semelhantes, enunciada por Hipócrates no século IV a.C. Foi desenvolvida por Samuel Hahnemann no século XVIII, após estudos e reflexões baseados na observação clínica e em experimentos. Utiliza como recurso diagnóstico a Matéria Médica e o Repertório e como recurso terapêutico o medicamento homeopático.

Planta medicinal: 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. O uso de plantas medicinais na arte de curar é uma forma de tratamento de origens muito antigas, relacionada aos primórdios da medicina.

Fitoterapia: terapêutica caracterizada pela utilização de plantas medicinais para fabricação de medicamentos em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal.

Termalismo Social/Crenoterapia: acesso a estabelecimentos termais para fins preventivos, terapêuticos e de manutenção da saúde. Utiliza águas minerais de maneira complementar aos demais tratamentos de saúde.

Medicina Antroposófica: abordagem médico-terapêutica complementar, de base vitalista, cujo modelo de atenção está organizado de maneira transdisciplinar, buscando a integralidade do cuidado em saúde. Entre os recursos que acompanham a abordagem médica destaca-se o uso de medicamentos baseados na homeopatia, na fitoterapia e outros específicos da medicina antroposófica. Integrado ao trabalho médico esta prevista a atuação de outros profissionais de saúde, de acordo com as especificidades de cada categoria.



PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES: PANORAMA BRASILEIRO

O Brasil pode sem dúvida ser incluído entre os países que já dispõem de uma política nacional voltada para as PICs, sendo a mesma construída no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), embora algumas dificuldades ainda necessitem ser superadas.

Com efeito, a PNPIC faz parte da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), desde o ano de 2006. A sintonia entre PICs e atenção básica é marcante, já que esta última considera o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sócio-cultural, buscando também a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.

A institucionalização das PICs no Brasil tem expressão histórica, fazendo parte de demandas coletivas desde a criação do SUS, através das Conferências Nacionais de Saúde. A histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986 também é considerada um marco para a oferta das PICs no sistema de saúde do Brasil, pois pautada pela reforma sanitária deliberou em seu relatório final a “introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o acesso democrático de escolher a terapêutica preferida”.

A instituição de um Grupo de Trabalho específico para a elaboração da política se deu apenas em junho de 2003, seguido de estudos sobre a inserção das PICs no SUS a partir de 2004. Em 03/05/2006, ocorreu a aprovação e publicação da Portaria Ministerial nº 971, da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. A PNPIC contempla: homeopatia, Medicina Tradicional Chinesa/acupuntura, termalismo, medicina antroposófica, plantas medici-

nais e fitoterapia. Em 17/07/2006 ocorre a aprovação e publicação da Portaria Ministerial nº 1600, que preconiza a Constituição do Observatório de Práticas para Medicina Antroposófica.

A PNPIC tem como objetivos: (a) incorporar, implementar, estruturar e fortalecer as referidas práticas no SUS; (b) contribuir para o aumento da resolubilidade do Sistema e para a ampliação do acesso às PICs, particularmente dos medicamentos homeopáticos e fitoterápicos; (c) promover a racionalização das ações de saúde; (d) estimular as ações referentes ao controle/participação social; (e) desenvolver estratégias de qualificação de pessoal; (f) divulgar conhecimentos e informações sobre PICs para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS. Além disso, procura-se incentivar as ações intersetoriais, a pesquisa, as ações de acompanhamento e avaliação além de cooperação nacional e internacional no âmbito das práticas integrativas e complementares.

O estabelecimento da PNPIC no Brasil, mesmo recente, já permite reconhecer alguns avanços, entre eles, a realização de atividades de formação profissional, a ampliação do acesso a medicamentos homeopáticos e fitoterápicos da Farmacopéia Brasileira na atenção básica, assegurado formalmente pela Portaria GM 3237/07, além do financiamento de projetos de pesquisa em acupuntura, homeopatia, plantas medicinais e fitoterápicos. Além disso, depois apenas de dois anos da implementação da PNPIC, já existem mais de 800 municípios brasileiros que oferecem alguns desses tratamentos pelo SUS, realizando anualmente cerca de 380 mil procedimentos de acupuntura e mais de 300 mil em homeopatia. Tal política se consolidou não apenas pelo acesso, mas também pelo número de profissionais que trabalham na área dentro do sistema oficial, com a estimativa de que, em 2007, 810 profissionais atuavam na área de homeopatia e 699 profissionais em acupuntura.

Nos procedimentos de monitoramento e avaliação em curso no SUS, como por exemplo, nos programas *Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ)* e *Gestão por Resultados na Atenção Básica (PROGRAB)*, ambos no âmbito do DAB/SAS/MS ocorreu inserção de questões sobre a PNPIC. A normatização da SAS passou também a incluir na tabela de serviços as PICs, desde 2006. No item participação e controle social, houve a criação de uma comissão intersetorial de PICs no Conselho Nacional de Saúde (CNS). Ocorrem também eventos de cooperação técnica com a OMS e a participação



do Ministério da Saúde em grupos de trabalho e agendas internacionais, com potencial de desenvolvimento de projetos de cooperação com diversos países na África, Américas, Europa e Ásia.

Restam desafios importantes, embora não insuperáveis, tais como aqueles relativos à qualificação massiva de profissionais, à ampliação da articulação com a estratégia de Saúde da Família, a constituição de redes de atenção, o desenvolvimento de processos de monitoramento e avaliação, o aprimoramento dos registros de serviços e dos sistemas de informação, com a necessária atualização do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), a ampliação dos processos de cooperação horizontal, como maior visualização e divulgação de experiências bem sucedidas, bem como aprofundamento da política de insumos, de forma a incluir medicamentos homeopáticos, fitoterápicos, agulhas para acupuntura, além do fomento à pesquisa.

Na área específica de Plantas Medicinais e Fitoterápicos a acumulação brasileira é especialmente relevante, particularmente nos últimos cinco anos. O decreto nº 5.813 de 22/06/2006, estabeleceu a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF), através da qual ações interministeriais vêm cobrindo toda a cadeia produtiva, com a constituição de um Grupo de Trabalho do qual participam o Ministério da Saúde (que o coordena); a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa); a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz); a Casa Civil da Presidência da República, além dos ministérios da Integração Nacional, Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior, Desenvolvimento Agrário, Ciência e Tecnologia, Meio Ambiente, Agricultura, Pecuária e Abastecimento, Desenvolvimento Social e Combate a Fome e Cultura.

Os eixos da referida política compreendem não só o acesso a plantas medicinais e fitoterápicos, como também seu uso racional e seguro, o uso sustentável da biodiversidade, o desenvolvimento de toda a cadeia produtiva, o fortalecimento da indústria nacional, além do reconhecimento e a valorização do uso tradicional.

Como aspectos notáveis do desenvolvimento de tal área no Brasil, merecem destaque alguns fatos, tais como: (a) a disponibilidade de guias fitoterápicos ou similares publicados em parcela considerável dos estados brasileiros; (b) o desenvolvimento de programas nacionais de fomento à produção pública e inovação, bem como de qualificação da produção e da inovação em equipamentos e outros

materiais de uso em saúde; (c) o desenvolvimento de material instrutivo sobre uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos bem como de um memento terapêutico para profissionais; (d) a articulação com Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, através da Anvisa, para monitoramento da qualidade dos fitoterápicos; (e) o processo de levantamento da legislação sanitária de plantas medicinais e fitoterápicos, para farmácias e laboratórios; (f) idem com relação ao marco regulatório específico para harmonizar a PNPMF com os serviços disponíveis no País; (g) a elaboração de um Manual de Boas Práticas de Manipulação/Fabricação de Fitoterápicos, ainda em andamento.

Além disso, no campo da formação e educação permanente dos profissionais de saúde, existem inúmeras propostas em andamento no País, voltadas para o estabelecimento de critérios para formação e a reorientação profissional, qualificação técnica, educação permanente na assistência farmacêutica em fitoterapia, desenvolvimento de conteúdos e estratégias pedagógicas para os cursos de graduação em farmácia, inclusive com ensino específico de PICs.

Outro aspecto positivo da PNPMF refere-se ao grau de resposta obtida em consulta pública referente à mesma, já finalizada, sendo que em 90 dias surgiram mais de setecentas contribuições, todas consolidadas. Em etapa próxima será realizada a elaboração da Relação Nacional de Plantas Medicinais e da Relação Nacional de Fitoterápicos.

No âmbito da Anvisa, cuja presença no processo é fundamental para que a política se desenvolva, ocorre também o desenvolvimento de atividades intensivas, buscando-se a elaboração dos marcos regulatórios relativos a plantas medicinais e fitoterápicos, partindo do pressuposto de que todo fitoterápico industrializado deve ser registrado previamente, com definição de critérios de qualidade, segurança e eficácia semelhantes aos exigidos para os medicamentos alopáticos. As licenças para produção de fitoterápicos se aplicam às instituições farmacêuticas públicas ou privadas, desde que se submetam à autorização de funcionamento, licença sanitária e condições satisfatórias de produção, além de segurança e eficácia, de acordo com os critérios estabelecidos pela Anvisa. O trabalho desta agência reguladora tem trazido outros resultados importantes, dado a crescente institucionalização das PICs no País, tais como: padronização e emissão de critérios para bulas, fortalecimento de pesquisas e incremento no registro simplificado.



PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES INCORPORADAS AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

As práticas contempladas na PNPIC receberam ênfase especial, com a presença de convidados, especialistas e estudiosos nacionais e estrangeiros, que abordaram a Medicina Tradicional Chinesa/acupuntura, a homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia, medicina antroposófica e termalismo social/crenoterapia.

• Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura

O convidado foi médico chinês Deng Liang Yue, presidente da Federação Mundial de Associações de Acupuntura e Moxabustão (WFAS), sediada em Beijing. Segundo ele estas práticas estão presentes hoje em mais de 130 países do mundo e em franca ascensão. O esforço desenvolvido pela entidade que preside tem hoje gama variada, com focos na resolutividade clínica, na formação e na capacitação profissional, na pesquisa, no desenvolvimento da legislação e no intercâmbio internacional em acupuntura e métodos assemelhados. Os processos de padronização de métodos e procedimentos e acupuntura também estão na ordem do dia da WFAS, neles se incluindo os conteúdos da formação, a definição de *accupoints*, além da definição mais precisa das aplicações clínicas.

• Termalismo Social/Crenoterapia

O médico italiano Umberto Solimene, docente da Universidade de Milão e diretor da Secretaria Geral da Federação Mundial de Hidroterapia e Climatoterapia, apresentou a experiência de seu país nestes campos, qualificando-a como uma *antiga terapia para uma nova medicina*. A Itália tem forte tradição nesta modalidade terapêutica, sendo o próprio nome *spa* uma expressão dos antigos romanos, significando *salute per aquam*. Este país tem também condições

geológicas muito favoráveis a esta modalidade terapêutica, com a presença de numerosas fontes termais em seu território. Cerca de 30 milhões de procedimentos são realizados por ano dentro de tal modalidade na Itália e, além disso, a movimentação financeira associada às termas e banhos é bastante expressiva, estimando-se em cerca de 350 milhões de Euros anuais, sendo 100 milhões no âmbito do sistema nacional de serviços de saúde (SNS). O termalismo é considerado na Itália como uma prática de amplo respaldo científico, dentro da qual se reconhecem utilizações e procedimentos diferenciados. Uma regra essencial é a individualização dos procedimentos terapêuticos, de forma a adaptá-los a cada condição nosológica e a cada paciente. A prática italiana do termalismo contempla vários procedimentos, que percorrem um amplo espectro de especialidade médicas, como traumatologia, ortopedia, neurologia, dermatologia, reumatologia, doenças respiratórias, além de outras.

• Uso de Plantas Medicinais e Fitoterapia

O médico brasileiro Alex Botsaris, militante de movimento social pela humanização da medicina e representante do Instituto Brasileiro de Plantas Medicinais, uma organização não-governamental, discorreu sobre as plantas medicinais, consideradas como o recurso de saúde mais antigo da humanidade. Apesar de sua antiguidade, todavia, as pesquisas apontam que ainda há grande potencialidade em seu emprego terapêutico, com utilização crescente em todo o mundo, tanto nos países ricos e desenvolvidos como nos países pobres, onde constituem os principais medicamentos usados pela população. Os conceitos contemporâneos relativos à fitoterapia abrangem a noção de *fitocomplexo*, ou seja, princípios ativos formados por grupos de substâncias ativas semelhantes, porém com diferentes ações nos receptores, modulando assim as funções do organismo. Entre outras vantagens, a utilização de plantas medicinais na atenção básica a saúde possui alta efetividade terapêutica, valorizando a cultura popular, contribuindo para a formação de cadeias produtivas geradoras de emprego e renda, apresentando custo baixo com maior segurança, além de boa aceitação por parte da população. Os fitoterápicos têm se mostrado capazes de substituir parte dos medicamentos mais prescritos por possuírem excelente relação custo-benefício, com um perfil de ação adequado aos problemas que podem chegar aos 95% dos atendimentos na atenção bási-



ca. Entre outros medicamentos, considera-se que há alternativas em fitoterapia para benzodiazepínicos e sedativos; analgésicos e antitérmicos; antiinflamatórios; corticosteróides; broncodilatadores; protetores da mucosa gástrica. Investir em fitoterápicos ajuda no melhor aproveitamento da biodiversidade brasileira.

• Medicina Antroposófica

A medicina antroposófica (MA) foi apresentada por Ricardo Ghelman, Coordenador do Setor Interdepartamental de Medicina Antroposófica da Universidade Federal de São Paulo, como alternativa para muitos desafios colocados pelo reducionismo da medicina científica. Ela é praticada em cerca de 80 países, há quase um século e no Brasil, atuam cerca de 1,5 mil médicos antroposóficos em oito estados. A MA dispõe de metodologia científica própria, com processo de trabalho focado em equipes multidisciplinares, além de uma abordagem integrada da fisiologia, da fisio-patologia e da terapêutica. Por definição, o profissional de saúde antroposófico é aquele que se empenha junto ao paciente e sua família em busca dos significados da doença, dentro da visão do desenvolvimento *noo-psico-somático*, tendo como pano de fundo do estudo racional da biografia do paciente. Na MA a visão do corpo contempla quatro organizações (*eu, anímico, vital e físico*) e três sistemas orgânicos funcionais (*neuro-sensorial, rítmico, e metabólico-motor*), respondendo a terapias diversas, tais como banhos, massagens, terapia artística, terapia-biográfica, terapia medicamentosa. Nesta última, diferentes farmacopéias são compreendidas, tais como: *terapia alopática; fitoterápica* e à base de *dinamizados*, estes já reconhecidos oficialmente pela Avisa. Existem serviços públicos de MA nas cidades de Belo Horizonte e São João Del Rei, em Minas Gerais. A MA constitui disciplina eletiva em algumas faculdades de medicina brasileiras.

• Homeopatia

Madel Terezinha da Luz, docente e pesquisadora do Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) é uma estudiosa da homeopatia enquanto racionalidade médica ocidental. O estudo da homeopatia, a sua racionalidade, a sua forma de inserção na sociedade e no Estado, revelaram ser ela um sistema médico complexo, uma outra racionalidade em

medicina. A homeopatia é uma *terapêutica da força vital*, com foco na totalidade da vida humana, tendo como objeto o indivíduo como unidade viva, portador de múltiplas dimensões e a sua terapêutica deve ser congruente com essa concepção. A pesquisa homeopática, objeto de crítica das outras racionalidades, enfrenta, sabidamente, obstáculos institucionais importantes, por se constituir como um *saber vitalista* que contraria certos princípios *biomecanicistas* e *bio-fisiopatologistas* do cientificismo ocidental. Tais obstáculos não são apenas metodológicos, mas também ideológicos e epistemológicos, além de institucionais, com reflexos nas práticas, no ensino da homeopatia e na própria existência de instituições homeopáticas. No plano científico a homeopatia é mais desenvolvida na Índia.



A INSERÇÃO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NOS SISTEMAS OFICIAIS DE SAÚDE

Nos quatro países latino-americanos, Brasil, Cuba, México e Bolívia, a incorporação das PICs ao sistema oficial de saúde, ou seja, a atribuição do estatuto de direito às mesmas, é relativamente recente, remontando há pouco mais de 10 anos em Cuba, aos primeiros anos da década atual no México, a partir de 2006 no Brasil e mais recentemente ainda na Bolívia. Em todos eles parece ter sido marcante a influência das resoluções da OMS sobre o tema, particularmente aquelas emanadas da 56ª Assembléia Mundial da Saúde, realizada em 2003. Assim, pode-se dizer que as referidas políticas nacionais contêm componentes de desenvolvimento de marcos legais e de regulação; de fiscalização e controle de qualidade; de ensino; pesquisa e validação científica, além dos aspectos da terapêutica propriamente dita.

Nos países que possuem sistemas públicos nacionais unificados de saúde, como é o caso do Brasil e de Cuba, a incorporação e institucionalização das PICs em tais sistemas é mais intensiva, com destaque especial para o caso de Cuba. Nos países com sistemas de saúde mais segmentados, de que são exemplos o México e a Bolívia, a inserção ocorre, particularmente no primeiro deles, mas o grau de institucionalização das PICs como política oficial de saúde é menor. Não só em sua vertente tradicional autóctone, mas também no caso das práticas importadas, principalmente a homeopatia, as experiências nacionais possuem curso histórico abrangente, destacando-se o caso do México, que teve a homeopatia assumida como prática oficial de saúde, reconhecida e protegida por leis nacionais, desde os primórdios de sua revolução institucional, ainda no século XIX.

As denominações das práticas variam. O que se chama no Brasil de *práticas integrativa e complementar (PICs)*, no México é conhecido

como *medicina complementar e integrativa (MCI)* e em Cuba *medicina natural e tradicional (MNT)*. Na Bolívia não há denominação específica, mas encontram-se tais práticas inseridas dentro do chamado modelo de *saúde familiar comunitário intercultural (SAFCI)*.

Em 2002, o Ministério da Saúde mexicano criou a Direção de Medicina Tradicional e Desenvolvimento Intercultural e estabeleceu as Diretrizes Nacionais de Medicina Tradicional e Desenvolvimento Intercultural. A política intercultural é delineada por quatro grandes linhas de ação: enfoque intercultural nos serviços de saúde, medicina tradicional, sistemas complementares e política de atenção à saúde dos povos indígenas. Várias ações foram implementadas visando o fortalecimento do marco legal. Decreto-lei reconheceu a medicina tradicional indígena como direito cultural dos povos indígenas (2001).

Na Bolívia o SAFCI deve ir além dos aspectos particulares e ser capaz de integrar e utilizar com respeito e em igualdade de condições a cultura, a língua, o conhecimento e práticas ocidentais e também o conhecimento e práticas dos povos indígenas, camponeses e afrodescendentes. O SAFCI vincula, envolve e articula a equipe de saúde, as pessoas, a família, a comunidade e suas organizações nos âmbitos de gestão e atenção à saúde.

Cuba, não só pelas suas dimensões territoriais e população, como também pelas peculiaridades de seu sistema político e de saúde e também, sem dúvida, pelo grau de decisão política relativo à medicina natural e tradicional, dispõe de um sistema avançado nesta área. Com efeito, já nos meados dos anos 90 do século XX, uma coordenação nacional de MNT foi criada no Ministério da Saúde Pública cubano, sendo também instituído posteriormente um Centro Nacional de MNT, com tarefas de formulação técnica e normativa, desenvolvimento de pesquisas e tecnologia, ensino, fiscalização, divulgação e estabelecimento de padrões técnicos e de qualidade. Em 2004 a MNT foi erigida como um dos *Programas da Revolução*, o que sem dúvida configura um estatuto especial para esta área. Em 1997, foi aprovado o Programa Nacional para desenvolvimento e generalização da MNT, sendo instituída uma rede de serviços e centros de atendimento em MNT em todo o país.

Ainda em Cuba é bastante extenso o repertório de práticas de MNT; além das mais convencionais como homeopatia, acupuntura



e medicina tradicional chinesa, estão presentes também práticas tão variadas como apiterapia, ozonioterapia, campos magnéticos, hidroterapia, raios laser, hipnose e outras. No país, a integração dos dois tipos de medicina é uma realidade. O médico é capaz de oferecer uma grande quantidade de serviços, dentre eles, práticas da MNT. No México, embora certamente não haja restrições a outras modalidades, são referidas pelo menos 125 tipos diferentes de MCI, porém as práticas contempladas dentro do sistema nacional de saúde mexicano são a homeopatia, a acupuntura e a fitoterapia (*herbolaria*).

A progressão da MNT ao longo de mais de uma década de sua oficialização em Cuba foi também bastante expressiva. A integração no sistema de saúde é um aspecto essencial do Programa de Medicina Natural e Tradicional. No país todos os níveis de atenção empregam a MNT no seu cotidiano de trabalho. Além disso, as práticas de MNT estão disseminadas nos vários níveis hierárquicos e categorias institucionais do sistema de saúde cubano, abrangendo as áreas ambulatorial e hospitalar, atenção básica e especialidades, doenças crônicas e emergências, medicina e odontologia, cura e prevenção, entre outras.

No Brasil o elenco oficial de PICs inclui a homeopatia, a medicina tradicional chinesa/acupuntura, as plantas medicinais e fitoterápicos, além do termalismo social/crenoterapia e da medicina antroposófica. A PNPIC preconiza o reforço à integração no SUS por meio da Atenção Básica.

No México há menção de utilização ambulatorial e hospitalar relativa às práticas de MCI, enquanto no Brasil as PICs, salvo exceções pontuais, se restringem ao componente da atenção básica do SUS, ao qual, aliás, tal área está vinculada na estrutura do Ministério da Saúde.

Conteúdos de *Promoção da Saúde* parecem também fazer parte dos diversos sistemas de práticas terapêuticas complementares. Em Cuba, se fala de uma *medicina integrativa*, definida a partir da consideração de que o desenvolvimento humano se torna sustentável à medida que seja possível constituir um sistema de cuidados baseado em estilos de vida saudáveis, em harmonia com a natureza, com pleno respeito ao ambiente e com o emprego de meios ao alcan-

ce de todos os cidadãos, o que tem correspondência com a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) no Brasil e com definições semelhantes nas políticas de saúde mexicana e boliviana.

A formação e capacitação relativas às PICs fazem parte das várias propostas nacionais apresentadas. Cuba, por exemplo, tem inúmeras iniciativas nesta área, com ampla difusão e apoio estatal à formação graduada, pós-graduada e em serviço. Foram treinados em MNT 80% dos médicos cubanos, 70% dos enfermeiros e 82% dos farmacêuticos. No Brasil atividades visando a formação profissional estão em curso. Dentre as iniciativas em andamento pode ser citado o Curso de Especialização em Homeopatia para médicos da rede pública de saúde em Rio Branco (Acre). Também estão em curso propostas visando a implantação de educação permanente na área de assistência farmacêutica em fitoterapia. No México centros acadêmicos oferecem licenciaturas e especializações em práticas de medicina complementar. Foram constituídos comitês técnicos em acupuntura, homeopatia e fitoterapia e um Comitê Interinstitucional para a Formação de Recursos Humanos em Saúde.

Quanto ao acesso a medicamentos homeopáticos e fitoterápicos, no Brasil a Portaria GM nº 3237/07, que dispõe sobre medicamentos de referência para a Atenção Básica, incluiu dois fitoterápicos e os medicamentos homeopáticos pertencentes à farmacopéia brasileira. Em Cuba, no Programa de Medicina Natural e Tradicional a produção de medicamentos naturais é atividade considerada essencial.

Aspecto de destaque no sistema mexicano, que certamente se enraíza na tradição que os estudos de antropologia possuem neste país, é a forte abordagem das MCI ancorada no que denominam de *desenvolvimento intercultural*. Isso está traduzido, por exemplo, na expressiva classificação das práticas complementares e integrativas apresentadas no evento, com ilustrativas e numerosas categorias e subcategorias. Na própria estrutura da *Dirección Nacional*, aliás, denominada de *Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural*, tal ênfase fica bem evidente. Não seria por acaso, certamente, que um dos componentes operacionais da direção nacional de MTDI diz respeito à saúde indígena, situação que também diferencia o México dos outros dois países analisados aqui.



Tal enfoque também está presente no sistema boliviano, que apresenta um conceito chave de *interculturalidade*, definido como a relação de grupos ou pessoas culturalmente distintas, porém baseada no diálogo, na aceitação, no reconhecimento, na valorização, na articulação, bem como na complementaridade entre os diferentes saberes e práticas médicas e que contribuem para melhorar a saúde da população. Tal modelo, dito *biomédico/socio/cultural* volta-se prioritariamente para os povos indígenas e para as populações rurais e se articula com a medicina tradicional de forte presença no país.

São aspectos também notáveis as pesquisas desenvolvidas sobre a utilização das práticas em pauta em diversas condições patológicas. Assim, no México desenvolvem-se estudos sobre sua aplicação no diabetes, na dependência química e na reabilitação do trauma, caso específico da acupuntura. No país também foi formado um comitê de validação, composto por especialistas em diferentes áreas de formação, e estabelecimento de critérios para validar os diferentes modelos de medicina complementar existentes. Em Cuba grande destaque foi dado ao uso da homeopatia no controle e na prevenção da dengue, com bons resultados registrados. No país o Programa Ramal, vinculado ao Ministério da Saúde, integrado a outros Ministérios desenvolve pesquisas abarcando diversos temas relacionados à Medicina Tradicional, segundo recomendações da OMS. No Brasil existem atualmente linhas diversificadas de pesquisas financiadas pelo Ministério da Saúde, foram aprovados projetos para a acupuntura e para a homeopatia, tendo sido lançado um edital específico para plantas medicinais e fitoterápicos.

Quanto ao controle social e participação social, no Brasil foi criada a Comissão Intersetorial PICs no Conselho Nacional de Saúde, para garantir o espaço de interlocução com os atores-chave. Na Bolívia participação social é um princípio do SAFCI.

AS EXPERIÊNCIAS BRASILEIRAS

No Brasil, a institucionalização das PICs iniciaram-se a partir da década de 80, principalmente, após a criação do SUS. Com a descentralização e a participação popular, os estados e os municípios ganharam maior autonomia na definição das suas ações em saúde e políticas, vindo a implantar experiências pioneiras.

Foram trazidas ao evento sete experiências brasileiras em programas de incorporação das PICs aos sistemas de saúde. Destas, cinco são experiências desenvolvidas por Secretarias Municipais de Saúde (Campinas, Várzea Paulista, Pindamonhangaba, Recife, Vitória); as outras duas são do estado do Amapá e do Distrito Federal.

As práticas integrativas e complementares predominantes nessas experiências foram: homeopatia, acupuntura e fitoterapia, além de práticas corporais de diversas modalidades. Existe uma gama muito grande de PICs presentes, podendo ainda ser citadas: bioenergética, ioga, nutrição saudável, massagem, arte e musicoterapia, práticas educativas diversas, além de muitas outras.

A experiência de Campinas se revela avançada em termos conceituais, ao propor a noção de *saúde integrativa*, definida como a percepção do Homem e de suas moléstias enquanto resultado da interação entre os seres humanos e com os elementos da natureza, além da consideração dos estilos de vida, da alimentação, dos exercícios como fatores de saúde, traduzindo-se como uma visão integral do processo saúde-doença, mediante a qual se pode de fato encontrar a cura, como equilíbrio entre a matéria e a energia. Embora originária de uma experiência isolada, tal conceito define, de forma cabal, os objetivos do conjunto de experiências apresentadas no Seminário.

Todas as experiências têm desenvolvimento e implantação recentes, estando possivelmente sintonizadas com as discussões e o lançamento de novas diretrizes da PNPIC, que também remonta a

anos recentes. Existe também uma tendência, bastante visível em Várzea Paulista, Recife e Pindamonhangaba, mas não só nestas localidades, da política local de PICs se constituir, na verdade, como um segmento de políticas sociais mais amplas, envolvendo atenção básica, participação social, democratização da gestão e reorganização dos sistemas assistenciais e gerenciais como um todo, dentro do contexto da última mudança de governos municipais, a partir de 2005 ou mesmo na eleição anterior. Outro aspecto comum às diversas experiências é a sua articulação com as ações de atenção básica, em particular com a estratégia Saúde da Família (Campinas, Vitória e Recife).

Em boa parte dos casos ocorre também parceria com universidades e instituições de pesquisa, inclusive em cidades que não abrigam tais instituições em seu território, configurando assim uma forma de cooperação técnica além-fronteiras. Tais parcerias estão configuradas como transferência de expertise, realização de pesquisas em serviço e também utilização dos programas para estágio de alunos dos cursos de graduação. Da mesma forma, é notável a preocupação com a capacitação das equipes de saúde para essas modalidades de práticas, voltadas para as diversas categorias profissionais e mediante diferentes formatos de cursos de treinamento. Tais processos são realizados geralmente mediante mobilização de esforços internos dos próprios órgãos gestores, podendo também contar com a cooperação técnica universitária em algumas circunstâncias.

Alguns aspectos peculiares de cada uma das experiências são comentados a seguir:

- **Amapá (AP)**

A experiência possui alto grau de institucionalização, em comparação com as demais, com uma lei estadual específica e a criação de um *Centro de Referências em Terapias Naturais*, de abrangência estadual.

Constitui também a experiência que apresenta maior diversidade de PICs incorporadas, incluindo, além da tríade clássica de homeopatia, acupuntura e fitoterapia, práticas tão diversas quanto auriculoterapia/reflexologia auricular; geoterapia (argila); hipnoterapia;

massoterapias diversas (*tui-ná*, *shiatsu*, drenagem linfática manual, sueca tradicional, reflexologia facial, palmar e podal, *quick massage*, *seitai* e *shantala*); pilates; quiropraxia/*reiki*; Reeducação Postural Global; bioginástica, ioga e outras.

A experiência se apóia na diversidade cultural, inclusive indígena, do estado do Amapá e também na biodiversidade da Floresta Amazônica. A interculturalidade é um aspecto importante, sendo desenvolvidos trabalhos com parteiras, população ribeirinha, indígenas.

Um fator diferencial da experiência do Amapá é a realização de atendimentos móveis a populações remotas e dispersas no ambiente amazônico.

• Campinas (SP)

Trata-se da experiência que possui fundamentação conceitual mais aprofundada, traduzida no conceito de *saúde integrativa*, já referido anteriormente, o que possivelmente se relaciona com a tradição acadêmica da cidade de Campinas, com a presença de importantes instituições de ensino e pesquisa, traduzida concretamente em parceria formal com a Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Além disso, desde o ano de 2001 foi constituído no âmbito da SMS o Grupo de Estudos e Trabalho em Terapias Integrativas (GETRIS), responsável pela formulação da atual política. A influência oriental é também marcante na experiência de Campinas, tendo possíveis raízes na grande afluência japonesa e de outras etnias orientais, prevalentes no estado de São Paulo desde a chegada do *Kasato-Maru*, em 1908.

Na experiência de Campinas estão destacadas particularmente as práticas corporais, denominadas como *corpo em movimento*, projeto criado tendo como objetivo de apoiar a transformação do usuário em *personagem que produz sua própria saúde, no seu caminhar na vida*. Entre outras, estão incluídas em tal projeto as seguintes práticas: *Lian Gong* (parte do arsenal terapêutico da Medicina Tradicional Chinesa, utilizada no tratamento e prevenção de patologias osteo musculares crônicas); ginástica postural e harmônica; ioga; *chikung* (exercícios para a terceira idade); meditação na variedade *Ch'an Tao*; *Tai Chi Chuã*; danças circulares.

A cooperação da UNICAMP tem também se traduzido na realização de pesquisas em serviço, por exemplo, uma realizada pelos alunos de medicina da Faculdade de Ciências Médicas demonstrando os benefícios do *Lian Gong*. Há também outras pesquisas demonstrando avaliação do impacto das PICs entre os usuários dos serviços de saúde.

A integração com a estratégia Saúde da Família em Campinas é também digno de destaque. Os processos de capacitação profissional estão bastante avançados e pelos mesmos já passaram centenas de trabalhadores do sistema de saúde.

• Distrito Federal (DF)

Em Brasília está constituído formalmente, no âmbito da SES-DF o *Núcleo de Medicina Natural e Terapias Integrativas* (NUMENATI), responsável pela formulação e condução da política de PICs na Capital Federal. As palavras de ordem desta instância do sistema de saúde do Distrito Federal, com reflexos na incorporação das PICs são: *a integralidade como atitude*.

O NUMENATI possui ramificações acadêmicas importantes, não só pelas preocupações de seus criadores, mas também pela facilitação obtida por pertencer o mesmo a uma instituição que também abriga uma unidade voltada para a formação superior em medicina e enfermagem, além de cursos de nível médio na área de saúde – a Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS).

Um aspecto diferencial importante da atuação do NUMENATI é a criação recente de uma Residência em Acupuntura, sediada na FEPECS. É digno de nota, também, a realização de práticas de manipulação relativa a fitoterápicos no âmbito do setor, fornecendo uma lista básica de medicamentos desta natureza para a rede de serviços do DF.

• Pindamonhangaba (SP)

Este município paulista também pode ser destacado como detentor de um alto grau de institucionalização de seu programa de PICs, constituído que foi através de portaria municipal.

Um *Centro de Práticas Integrativas e Complementares* (CPIC) foi criado e se responsabiliza pela formulação e execução da política municipal relativa a esta área. Estão também presentes parcerias diversas, com instituições públicas e organismos não governamentais.



Uma pesquisa sobre utilização preferencial de fitoterápicos foi realizada na rede, apresentando sugestivos resultados que têm orientado a formulação da política e o direcionamento das atividades. Outros aspectos a destacar na experiência de Pindamonhangaba são: a instituição das *rodas de estudo em plantas medicinais*, a criação de um *Dia Municipal das Plantas Medicinais*, além da preocupação com pesquisa e informação relativas ao tema das PICs.

• Recife (PE)

No programa da SMS da Cidade do Recife estão incluídas – além da tríade homeopatia, acupuntura, fitoterapia – bioenergética, tantra ioga, nutrição saudável, *Lian ong*, *Tai Chi Chuan*, dança e percussão, automassagem, além de práticas educativas diversas.

A política de PICs em Recife constitui um dos exemplos de inserção em políticas sociais mais amplas, envolvendo atenção básica, participação social, democratização da gestão e reorganização dos sistemas assistenciais e gerenciais, remontando ao início da década.

O programa volta-se para o Distrito Sanitário II, área pobre da cidade que detém população de mais de duzentos mil habitantes, 14,48% da população total do município, além de altos índices de densidade demográfica e de habitantes por domicílio.

É forte a preocupação com a capacitação de profissionais da rede de serviços e também de cuidadores e da população em geral, sobre a necessidade de incorporação das práticas de cuidados integrais no enfrentamento das doenças comuns.

Aspecto distintivo são as variadas parcerias institucionais, por exemplo, com a Universidade Federal de Pernambuco, Universidade de Pernambuco e Universidade Católica (PE).

• Vitória (ES)

A experiência de Vitória tem forte foco na fitoterapia. Um interessante processo de diagnóstico do uso tradicional de plantas medicinais pela população foi desenvolvido e tem orientado a política local de PICs.

Aspectos distintivos interessantes são a criação de *jardins terapêu-*

ticos no âmbito de unidades de saúde; a articulação com o PSF; a criação de uma farmácia de manipulação, com produção de 12 itens, com média de 20.000 receitas/ano, além da a criação de uma comissão municipal de padronização dos medicamentos homeopáticos e fitoterápicos.

Serviços de orientação ao exercício físico estão presentes também em diversos locais da cidade de Vitória, incluindo hidroginástica; ioga; alongamentos, além de acompanhamento e orientação para caminhadas. Dentro de tal âmbito ocorreu a implementação de *Academias Populares* para prática de atividades físicas ao ar livre, com acesso amplo da população. Além disso, é a experiência em que as áreas de arte e musicoterapia estão contempladas de forma mais abrangente.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

1. A realização do presente Seminário Internacional, por si só, pode ser considerado um evento de mais alta relevância. Foram inúmeros os ensinamentos trazidos pelos países presentes, que podem e devem ser incorporados pelo Brasil com as devidas adaptações.
2. Como decorrência, o intercâmbio internacional no campo das PICs deve continuar e ser cada vez mais incrementado, alcançando também, em futuros eventos, outros países que também tenham experiências a compartilhar com o Brasil. O Ministério da Saúde deve se esforçar em acompanhar e realizar intercâmbio permanente com países que detenham tradição e expertise na utilização e incorporação das PICs em seus sistemas de saúde.
3. A ampliação do escopo das PICs na PNPIC também deve ser cogitada, de forma não só a incorporar novas modalidades de práticas de eficácia comprovada, como também mediante a utilização dos critérios da OMS para qualificação da política nacional, entre outros: (a) abrangência e coerência da política, com o desenvolvimento de instrumentos de regulação voltados para as práticas e produtos; (b) incremento da disponibilidade de PICs em todos os níveis do sistema de saúde; (c) currículos escolares universitários contemplando as PICs; (d) pesquisa com apoio oficial às PICs em bases idênticas às da medicina convencional.
4. Possui fundamental importância a divulgação das experiências bem sucedidas em curso nos estados e municípios, como este I Seminário demonstrou, além daquelas de outros países, para o que é fundamental desenvolver instrumentos apropriados, como, por exemplo, mediante a criação de um *Observatório de PICs* e também realizar eventos de integração e intercâmbio, visando à ampliação e o fortalecimento da cooperação técnica, não só originária do Ministério da Saúde como em modalidades horizontalizadas, entre gestores de mesma esfera de governo.

5. As exposições realizadas pelos estados e municípios durante este I Seminário demonstraram que o quadro de PICs contemplado na Política Nacional, embora represente um real avanço em relação ao passado mesmo recente, ainda é um tanto quanto limitado. Existe a necessidade de incremento qualitativo e quantitativo da inserção das PICs no SUS.
6. O desenvolvimento recente da PNPIC no Brasil, aliado ao domínio histórico da medicina e outras práticas de saúde convencionais no país, acarretam enormes desafios no que tange à formação e à capacitação de recursos humanos para esta área, cabendo de forma urgente, entre outras medidas, a inserção do ensino das PICs no ensino de graduação dos cursos de saúde, a capacitação e aperfeiçoamento das equipes de saúde em todos os níveis do sistema.
7. Ampliação de informações ao público é outra medida de grande importância, não só visando a ampliação da utilização racional das PICs, mas também de forma a regular e conter eventuais abusos, exageros e ilusões do tipo “o que é natural não faz mal”.
8. Apesar de transformações positivas no panorama recente, a ampliação de recursos para pesquisa nas diferentes etapas do processo de produção e consumo de PICs é uma medida desejável, sendo ideal a situação em que a as PICs recebessem investimentos proporcionais àqueles destinados às pesquisas de produtos e procedimentos convencionais.
9. A criação no Brasil de um Centro Colaborador em Medicina Tradicional/ Medicina Complementar Alternativa é uma iniciativa bastante importante para o desenvolvimento das PICs no país. Tal iniciativa proporcionaria a formação de recursos humanos dentro de uma outra racionalidade, fomentaria a realização de pesquisa e também o intercâmbio de experiências.





**1º SEMINÁRIO
INTERNACIONAL**
de Práticas Integrativas
e Complementares
em Saúde - PNPIIC

PARTE 2: Relatório Descritivo

**Brasília - DF
13 a 15 de maio
2008**

Primeiro Dia

Data: 13 de maio Horário: 19 Horas

CERIMÔNIA DE ABERTURA

Sílvio Fernandes da Silva¹

Eu queria, em nome do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), que representa cinco mil e quinhentos e sessenta e quatro municípios, parabenizar o Ministério da Saúde pela iniciativa e dizer que os municípios estão com uma expectativa muito positiva com a realização deste Seminário, até porque é uma oportunidade de consolidar ainda mais uma política que está se desenvolvendo no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro desde o início do seu processo de construção e, certamente, eventos como este nos permitirão ampliar e consolidar diversas iniciativas que acontecem nas várias regiões, nos estados brasileiros e nos diversos municípios.

Eu venho de um município onde a homeopatia, a acupuntura, a fitoterapia, o do-in estão incorporados nas práticas do sistema de saúde e posso dizer, com absoluta certeza, que não sou de uma cidade que é a exceção: centenas, eu diria, até, milhares de municípios brasileiros estão incorporando essas práticas. Quero, portanto, mais uma vez, reforçar as congratulações da nossa entidade e desejar um excelente Seminário a todos nós.

¹ Representante do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

Diego Victória²

É com muita honra que a representação da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas/OMS) se faz participante e co-patrocinadora deste importante Seminário. Vivemos num mundo de contínuas e rápidas mudanças, num planeta em transformação. Essas mudanças acabam por gerar a necessidade de oferta de uma pluralidade de serviços de saúde, incorporando novos métodos e tecnologias segundo critérios de efetividade e necessidade, sem esquecer, porém, da existência de um grande número de pessoas que demandam uma maneira tradicional de receber cuidados em saúde baseados em premissas completamente diferentes e culturalmente distintas.

Nesse sentido, o respeito às diferenças, que semeia culturas e gera políticas e práticas de inclusão, ainda que por vezes contraditórias, é condição essencial para o desenvolvimento de estratégias de operacionalização de alternativas inclusivas. Portanto, as diferenças precisam ser encaradas como fonte de recursos para as transformações em vez de serem vistas como obstáculos. Trata-se de questionar o elo das relações humanas, a participação de cada sujeito, suas vivências e a estruturação das relações sociais.

Ao se falar em diferença reforça-se o respeito às características próprias de cada indivíduo e dos grupos aos quais ele pertence. Dessa forma, faz-se necessário observar todas as nuances do entorno social e planejar o serviço de saúde adequado para atender às diferentes modalidades de vida e demandas de cuidados.

Os determinantes de saúde são múltiplos, exigindo, assim, várias abordagens para a obtenção de um sucesso terapêutico eficaz e prolongado. Em um grande número de países ocidentais toma corpo uma forma especial de atendimento em saúde que agrega ao conhecimento ocidental as chamadas Práticas Integrativas e Complementares (PICs), ou seja, uma opção a mais para a oferta de cuidados integrais.

A OMS, que conta neste Seminário com a presença da ilustre co-

² Representante da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde

lega doutora Xiaouri Zhang, possui uma estratégia definida para a chamada medicina tradicional, cujos objetivos são: facilitar a integração da medicina tradicional nos sistemas nacionais de saúde, ajudando os Estados-Membros no desenvolvimento de suas próprias políticas em medicina tradicional; promover o uso adequado da medicina tradicional por meio da formulação e promoção de padrões internacionais, protocolos técnicos e metodologias; agir na qualidade de facilitador para o intercâmbio de conhecimento no campo da medicina tradicional.

O Ministério da Saúde do Brasil publicou, em 2006, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), visando à ampliação do acesso e à integralidade do cuidado. Essa ação está alinhada aos objetivos estratégicos da OMS anteriormente citados e conta com o total apoio da nossa representação brasileira para a sua implementação e desenvolvimento.

Para encerrar, desejo que as práticas integrativas sigam a sábia recomendação de Paulo Freire: que os nela envolvidos se ajudem mutuamente, crescendo juntos no esforço comum de conhecer a realidade que buscam transformar. E que o ato de ajudar não se transforme em dominação de quem ajuda sobre quem é ajudado.

José Gomes Temporão³

É com prazer que compareço a este evento de suma importância em nosso país. As experiências vivenciadas com a inserção das Práticas Integrativas e Complementares vinculadas à atenção primária estão cada vez mais em evidência no mundo.

São em espaços como o deste Seminário Internacional, organizado pelo Ministério da Saúde do Brasil, que o conhecimento, as discussões e o estreitamento das relações dos modelos de atenção à saúde ocorrem, visando à troca de boas experiências em nível nacional e internacional.

Em 20 anos de SUS, muita coisa foi realizada. Um conjunto de avanços comprova a adequação dos princípios e diretrizes constitucionais do Sistema Único de Saúde Brasileiro. Sua construção é um processo positivo em andamento. Cada política específica criada no interior do sistema significa um desafio para a sua articulação, estruturação, financiamento e gestão.

Como destaque, temos a estratégia Saúde da Família, que já atinge cerca de 90 milhões de pessoas, baseada em experiências municipais já em curso no país.

A estratégia Saúde da Família operacionaliza pontos fundamentais do SUS, como: a proteção e promoção da saúde; a territorialização; a participação comunitária através de ações de educação e promoção da saúde; a atenção integral e contínua; a integração ao sistema local de saúde; o impacto sobre a formação de recursos humanos; o estímulo ao controle social.

Em 2006, lançamos as Políticas Nacionais de Práticas Integrativas e Complementares no SUS e de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.

Essas Políticas foram construídas dentro de um contexto nacional, a partir do anseio popular, expresso em diversas conferências nacionais de saúde, e do estímulo internacional da OMS.

³ Ministro da Saúde

Criamos um documento que objetivava o uso racional e integrado da medicina tradicional complementar e alternativa na rede pública de saúde.

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS inclui ações voltadas para: homeopatia, medicina tradicional chinesa/acupuntura, uso de plantas medicinais e fitoterápicos, medicina antroposófica e termalismo social.

Com o Decreto Presidencial de 2005, articulamos 11 Ministérios para garantir acesso seguro às plantas medicinais e fitoterápicos em todas as etapas da cadeia produtiva.

Ainda como Secretário de Atenção à Saúde, editei Portaria que possibilitou o registro dos serviços de Práticas Integrativas e Complementares com suas diversas modalidades nos sistemas de informação de base nacional do SUS.

Isso permitiu, a partir daquele momento, um monitoramento efetivo da inserção das práticas integrativas.

Essas iniciativas e compromissos assumidos refletiram positivamente e, como resultados alcançados, destacamos que, em 2007, foram realizadas mais de 312 mil consultas em homeopatia e 386 mil em acupuntura, além de outros 150 mil procedimentos relacionados à acupuntura.

Em terapia comunitária, vamos formar mais de mil profissionais de saúde.

Como uma ação do Programa Mais Saúde, já implementado, criamos o incentivo à qualificação da estratégia Saúde da Família com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Os núcleos contemplam as práticas integrativas.

Essas políticas, programas e projetos devem se integrar nos territórios locais e são dependentes da capacidade técnica existente e do compromisso e estratégia dos gestores estaduais e municipais.

O Brasil tem se destacado com a proposta da Saúde da Família como um modelo de universalização e busca da integralidade e equidade propostas pelo SUS.

A articulação das práticas integrativas favorece a ampliação de acesso a recursos antes restritos à área privada.

Este Seminário Internacional está no rol das iniciativas de reforço técnico-político da atenção básica e das Práticas Integrativas e Complementares, além de dar transparência ao esforço brasileiro de inclusão desse campo num sistema público e universal de saúde.

O compartilhamento de experiências exitosas e desafios a serem enfrentados em outros países poderá, sem dúvida, auxiliar esses processos no Brasil.

Convidamos, para debater suas experiências, representantes da Bolívia, da China, de Cuba, do México e da Itália. Teremos, ainda, mesas temáticas sobre a homeopatia e a medicina antroposófica, medicina tradicional chinesa, termalismo social, plantas medicinais e fitoterapia.

A Conferência Magna será proferida pela Dra. Xiaouri Zhang, que coordena, em Genebra, o Programa de Medicina Tradicional da Organização Mundial de Saúde. É marca de sua gestão incentivar a inserção dessas práticas nos sistemas oficiais de saúde.

Teremos uma riquíssima oportunidade de intercâmbio internacional de experiências e a possibilidade de nascimento de parcerias para o futuro que incluam intercâmbio de profissionais, centros formadores e gestores.

Bom trabalho a todos!



CONFERÊNCIA MAGNA

As Práticas Integrativas e Complementares no Contexto Mundial

Mudanças e Progressos – Integração da Medicina Complementar nos Sistemas Nacionais de Saúde

Xiaouri Zhang¹

Há trinta anos, em 1978, a Organização Mundial de Saúde (OMS) instituiu a Declaração de Alma Ata, que estabelecia uma série de objetivos para proporcionar Saúde para Todos os habitantes do planeta. Infelizmente, esses objetivos não foram completamente atingidos até os dias de hoje. Entretanto, é fundamental salientar que essa Declaração exerceu um importante papel para a medicina tradicional ao reconhecer sua importância para o cuidado à saúde das populações, principalmente na atenção primária.

No final da década de 70, a OMS criou o Programa de Medicina Tradicional, que recomenda aos Estados-Membros o desenvolvimento de políticas públicas para facilitar a integração da medicina tradicional e da medicina complementar alternativa nos sistemas nacionais de atenção à saúde assim como a promoção do uso racional dessa integração.

É preciso ressaltar que as diferenças de terminologia trazem toda uma carga cultural envolvida. No Ocidente, tende-se a chamar de Medicina Integrativa e Complementar justamente por, como

¹ Coordenadora do Departamento de Medicina Tradicional Organização Mundial de Saúde

indica o nome, integrar e complementar um sistema de saúde vigente, que se baseia, sobretudo, na alopatia. No Oriente, especialmente na China, chama-se de Medicina Tradicional, por se tratar do sistema vigente lá, onde complementar é a alopatia.

Ao longo desses anos, a medicina tradicional passou por importantes mudanças. Grande contingente populacional de países em desenvolvimento ou desenvolvidos fizeram ou fazem uso de práticas complementares, como a Alemanha (80%), Canadá (70%), França (49%), Austrália (48%), Estados Unidos (42%), Etiópia (90%), Benin (70%), Índia (70%), Ruanda (70%), Tanzânia (60%) e Uganda (60%).

A medicina tradicional oferece uma série de serviços diferenciados à população, como acupuntura, fitoterapia e homeopatia. Dentre essas práticas, a mais utilizada é a fitoterapia. Na China, em 2005, a fitoterapia cresceu, em número de atendimentos, 23,81% comparado com o ano anterior, gerando gastos em torno de 14 bilhões de dólares. A homeopatia tem grande penetração, contando com 7.000 homeopatas atuando em 49 países. A acupuntura também é uma prática muito popular.

É necessário ressaltar o grande desafio que é para a OMS promover um crescimento seguro das práticas como acupuntura, fitoterapia e homeopatia, pois existe uma dificuldade de se estabelecerem mecanismos de controle desse mercado.

Apesar de a medicina tradicional ou complementar estar sendo, hoje, popularmente utilizada no mundo, muitas dificuldades se impõem na sua trajetória, podendo-se citar:

- Insuficiência de profissionais especializados, de pesquisas científicas na área, de mecanismos de controle, de ações de capacitação e desenvolvimento de profissionais;
- Falhas de regulamentação em alguns países, gerando uma prática com qualidade heterogênea, caracterizada, por exemplo, por imprecisões na identificação das plantas a serem utilizadas por fitoterapeutas, pela deficiência no fornecimento de informações aos usuários, pelas contaminações por metais pesados ou substâncias químicas ou ilegais;



- Falhas no sistema de comunicação entre as autoridades farmacêuticas na regulamentação das drogas;
- Desconhecimento ou desinformação dos usuários sobre as práticas complementares (grande parte deles as considera terapias naturais e, por isso, seguras, podendo ser utilizadas por conta própria);
- Falta de uma sistemática de credenciamento dos profissionais adequadamente qualificados para as práticas complementares.

Com o objetivo de fazer frente aos obstáculos identificados, foram estabelecidas pela OMS, em 2005, estratégias a serem adotadas pelos países. Dentre elas, destacam-se: integração da medicina complementar ao sistema nacional de saúde, tendo por base as circunstâncias de uso da medicina tradicional/medicina alternativa e complementar nesses países; promoção de suporte para a sua efetiva regulamentação, garantindo eficácia, segurança e qualidade aos usuários; fomento de ações de proteção e estímulo ao uso das práticas complementares e das plantas medicinais; estabelecimento de medidas capazes de garantir o acesso às práticas complementares e a promoção do uso racional, esclarecendo adequadamente ao usuário as características essenciais das práticas complementares e qualificando profissionais.

Dados sobre o alcance dessas estratégias são especificados em relatórios, como no WHO Global Survey and Database of National Policy and Regulation of TM/CAM and Herbal Medicines – 2004, que apresenta informações de 142 dos 192 países, ou no Summary report of the global survey on national policy on traditional medicine and regulation of herbal medicines – 2005.

Importante salientar que, antes dos anos 90, apenas cinco países possuíam regulamentação e políticas voltadas à medicina complementar. Em 2003, esse número subiu para 44, sendo que, em outros 51 países, políticas nacionais estavam em processo de elaboração. Em 1986, apenas 14 países tinham regulamentação sobre a homeopatia, número que, em 2003, foi alterado para 83 países. Dados encaminhados pelos diversos países, em 2007, revelam que: em 48 países, a medicina complementar está integrada ao sistema nacio-

nal de saúde; em 110 países, foi estabelecida regulamentação para a fitoterapia; em 62 países, existem institutos de pesquisas voltados para a medicina complementar.

Em 2003, a OMS estabeleceu uma regulamentação para as políticas de saúde, na qual, dentre diferentes aspectos, foi determinado que a medicina tradicional assumisse o papel de incrementar o reconhecimento da medicina complementar, favorecendo sua integração aos sistemas nacionais de saúde, fornecendo suporte técnico e informacional aos usuários para permitir-lhes usá-la com eficácia e segurança e preservando e protegendo o arcabouço teórico da medicina complementar.

A integração da medicina complementar aos sistemas nacionais de saúde é muito difícil, pois abarca diferentes concepções filosóficas. No Ocidente, concebe-se a medicina como uma ciência que tem por objeto o corpo humano, no qual existem doenças, causadas por agentes que devem ser identificados para que o indivíduo retome o seu estado saudável. A medicina complementar, por outro lado, possui uma visão holística, pela qual o indivíduo é visto em sua totalidade. A doença, seu diagnóstico e tratamento devem ser vistos sob aspectos físicos, emocionais, espirituais, mentais e sociais, simultaneamente. Esse paradigma estende-se também às drogas alopáticas, que levam, em média, 13 anos para serem validadas, ao custo de cem milhões de dólares, e às utilizadas pela medicina complementar, que são compostas por um conjunto de plantas.

Margareth Chang, Diretora da OMS, no seu discurso de posse, em 2006, afirmou:

“Eu tenho observado a importância dos sistemas de atenção básica na América Latina, Europa e Ásia. Muitos países da África têm superado os desafios de reconstrução dos sistemas de suporte social. Países da Ásia Central e Europa Ocidental estão migrando para a economia de mercado. Eles solicitam o suporte da OMS. Querem a garantia de que sistemas de atenção básica equitativos e acessíveis a todos não sejam prejudicados por esse processo de mudança. Lembraram-me que a medicina tradicional é uma peça importante do sistema que deve ser assegurada. Concepção com a qual concordo.”

Nessa mesma Conferência, o Príncipe de Gales afirmou:

“Neste momento, questiono não a possibilidade de integração da medicina tradicional aos sistemas de saúde, mas sim como e até quando isso pode ser feito”.

Ao redor do mundo, em relação à capacidade de integração da medicina complementar ao sistema de saúde, observam-se quatro tipos distintos de sistemas: integrativos, inclusivos, tolerantes e exclusivos. Ao mesmo tempo, percebe-se que não há, em muitos países, critérios claros capazes de definir essa integração, fato que levou a OMS a estabelecer alguns critérios para que um sistema de saúde seja considerado como integrativo:

1. Apresentar políticas nacionais e legislação coerente, que inclua a prática e a utilização de produtos da medicina complementar;
2. Utilizar remédios e práticas complementares nos diferentes níveis de saúde, tanto nos serviços públicos como particulares;
3. Ter cobertura dos seguros de saúde – tanto públicos como privados;
4. Apresentar cursos de graduação e pós-graduação na área, oficialmente reconhecidos;
5. Possuir centros de pesquisa e políticas de incentivo a pesquisas voltadas para a medicina complementar.

China, Coréia do Norte e Vietnã são exemplos de países que apresentam sucesso nos seus processos de integração. Na Europa, outros exemplos podem ser evidenciados: Na França, 75% da população acessaram ou acessam a medicina complementar e, na Alemanha, 80% da população. Nos dois países, há regulamentação e os serviços são cobertos por seguros de saúde.

Também é preciso enfatizar a importância da educação no contexto da disseminação desse tipo de práticas, alertando que, por mais que os tratamentos sejam tidos como mais naturais, a medicina integrativa e complementar também deve ser praticada com conhecimento e segurança.

Hoje em dia, observa-se que mais e mais países têm buscado caminhos para regulamentar os serviços de medicina complementar, o que tem aumentado a procura por capacitação na área. Na Alemanha, o número de médicos interessados em capacitar-se em me-

dicina complementar aumenta a cada ano. Aqueles já capacitados participaram, em 2004, de uma capacitação de 200 horas, o que lhes permitiu ter seus serviços cobertos pelos seguros de saúde.

Em 2006, o Brasil voltou-se para a integração da medicina complementar ao seu sistema de saúde, buscando aperfeiçoar os serviços de prevenção e promoção da saúde, dando ênfase à atenção básica como uma ação contínua, humanizada e integral de promoção da saúde. No entanto, é importante ressaltar que, para que o processo de integração seja bem-sucedido, faz-se necessário investimento em aspectos da regulamentação e definição de políticas.

Alguns países merecem destaque nesse tipo de trabalho. Portugal, por exemplo, em 2003, estabeleceu normas regulamentares reconhecendo todas as práticas de medicina complementar, concebendo-as como práticas que apresentam concepções filosóficas diferentes da medicina convencional e que, portanto, empregam diferentes técnicas de diagnóstico e terapêutica, determinando a autonomia profissional de seus praticantes. Portugal, hoje, mantém uma rede de assistência bem implementada com relação à medicina integrativa e complementar. A Noruega também obteve avanços na legislação. No mesmo ano, regulamentou o tratamento por medicina complementar, determinando que: as práticas complementares podem ser exercidas por médicos ou especialistas em serviços de saúde com registro em órgão competente; a medicina complementar não pode ser utilizada em doenças ou agravos transmissíveis; não especialistas não devem atender patologias graves, a não ser em conjunto com profissionais médicos; a medicina complementar não pode ser usada para apenas aliviar ou minimizar sintomas de doenças ou para interferir no sistema imunológico, impedindo-o de funcionar por si mesmo.

O Parlamento Latino-Americano (PARLATINO), durante a Conferência de Saúde realizada em 2005, com a participação de 74 parlamentares de 17 países, constituiu um Grupo de Trabalho em Medicina Complementar, composto, atualmente, por representantes de dez países, inicialmente, com o objetivo de desenvolver um guia capaz de orientar os Estados-Membros para o estabelecimento das suas normas reguladoras. O guia, elaborado a partir da experiência

de países como Guatemala, México, Cuba e Venezuela, foi revisto durante a Assembléia Mundial de 2007. Vinte e dois países organizam suas políticas nacionais baseadas nesse guia.

Em Hong Kong, a medicina tradicional sempre foi utilizada pela população, mesmo sem que houvesse qualquer regulamentação ou reconhecimento oficial. Quando o país integrou-se à China, foram identificados dois grupos de profissionais: um de práticos em medicina tradicional chinesa e outro de especialistas em medicina tradicional chinesa. Com o objetivo de detalhar a discussão sobre a regulamentação das práticas, foram criados comitês específicos para cada um dos temas – políticas de registro profissional, de exames de qualificação, de condutas éticas e disciplinares – assim como ações de capacitação, voltadas para a graduação. Cada comitê responsabilizou-se por analisar a realidade do país e propor alternativas de regulamentação, sem desconsiderar os inúmeros profissionais envolvidos com medicina complementar, médicos ou não médicos. Especificamente, para lidar com a questão dos profissionais médicos e não médicos, em Hong Kong, critérios específicos foram estabelecidos para credenciar os diferentes profissionais em Medicina Chinesa: àqueles que praticavam a medicina tradicional chinesa há mais de 15 anos, ininterruptamente, ou que, sendo médicos, a praticavam há, no mínimo, dez anos, foi concedido um diploma, reconhecendo a qualificação do profissional; àqueles que praticavam a medicina tradicional chinesa há, no mínimo, dez e, no máximo, 15 anos, ou que, sendo médicos, a praticavam há, no máximo, dez anos, foi concedida uma licença até a emissão do registro oficial; aqueles com menos de dez anos de prática deveriam submeter-se a um exame para obtenção da licença.

Por ser um processo de extrema dificuldade, a OMS fornece suporte aos países interessados em promover a integração da medicina complementar aos seus sistemas de saúde. Nesse sentido, a OMS: compartilha as experiências de regulamentação e desenvolvimento de políticas adotadas por outros países; compartilha, com o país, suas experiências internas de estabelecimento de políticas; organiza treinamentos e workshops; promove acordos de cooperação internacional, como o International Regulatory Coope-

ration for Herbal Medicines Network (IRCH); proporciona suporte técnico para o desenvolvimento de uma medicina complementar segura, com qualidade e eficácia; promove o desenvolvimento e a utilização da medicina complementar pela divulgação de evidências; promove o compartilhamento do conhecimento científico entre os 19 centros de pesquisa em medicina complementar, pela internet; estabelece mecanismos de controle para evitar práticas irregulares ou inapropriadas.

Em relação à política de capacitação, a OMS estabelece programa mínimo de capacitação básica, considerando as diferenças individuais dos profissionais a serem qualificados e seus interesses. São estabelecidas, por exemplo, ações diferenciadas para quem vai prescrever, produzir ou distribuir medicamentos homeopáticos ou para quem tem conhecimentos de medicina convencional; para os que não possuem tais conhecimentos, fornece referências para avaliação dos centros de capacitação; fornece, ainda, licenças, guias e informações aos pacientes sobre o uso apropriado da medicina complementar.

Margareth Chang afirma que “promover o desenvolvimento da saúde e dos seguros de saúde significa promover o sistema de saúde, promoção que preconiza a integração aos sistemas de atenção básica, a outros sistemas. Uma ação simples e efetiva. Os programas de atenção básica devem focar a promoção da saúde e a prevenção de doenças, com especial ênfase no autocuidado e no estímulo a um estilo de vida saudável. A política de saúde deve facilitar a integração da medicina complementar ao sistema de saúde por uma regulamentação e estabelecimento de políticas eficazes para a prestação de serviços e produtos assim como deve promover o acesso, a proteção e preservação do conhecimento acumulado pelas diferentes práticas complementares”.

A OMS estabelece, atualmente, como objetivos primordiais, promover a integração da medicina complementar aos sistemas de saúde e propiciar o desenvolvimento dos conhecimentos na área bem como a qualificação/aperfeiçoamento dos profissionais envolvidos com práticas complementares.



Com a última regulamentação da OMS acerca da utilização da medicina integrativa e complementar, que compreende o período entre 2004 e 2007, trabalhos estão sendo realizados e a expectativa, ainda para 2008, é o lançamento de uma nova estratégia mundial, que se baseará em quatro pilares: estruturação política; procura de práticas que garantam segurança, qualidade e eficácia; ampliação do acesso; conscientização a respeito do uso racional.

Segundo Dia

Data: 14 de maio Horário: 9 às 12h30min

MESA 1

INSERÇÃO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NOS SISTEMAS OFICIAIS DE SAÚDE

Coordenador: Adson França¹

Debatedor: Nelson Filice de Barros²

Brasil – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS

Carmem De Simoni³

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como princípios doutrinários: a universalidade, a integralidade, a equidade, o controle social e a participação popular. E, como princípios organizacionais: a hierarquia de serviços por níveis de atenção, sendo a atenção primária ou básica a porta de entrada; a gestão descentralizada, com comando único em cada esfera de governo; a regionalização.

É preciso ressaltar que não é possível falar da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC) sem falar onde ela está inserida no sistema. A política-mãe é a Política Nacio-

¹ Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas do Ministério da Saúde

² Coordenador do Laboratório de Práticas Alternativas, Complementares e Integrativas em Saúde –Universidade de Campinas

³ Coordenadora de Políticas e Práticas Complementares do Ministério da Saúde

nal de Atenção Básica (PNAB) – Portaria Ministerial 648, de 28 de março de 2006, que normatiza a atenção primária no país.

A atenção básica em saúde é definida como “um conjunto de ações de saúde desenvolvidas em âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde.” Essas ações se desenvolvem por meio de uma equipe multidisciplinar constituída minimamente por médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde, em um território geograficamente definido, com sua respectiva população. A atenção básica se define como o primeiro ponto de contato da população com o sistema de saúde.

A atenção básica possui princípios compatíveis com o SUS, como a universalidade, a acessibilidade, a coordenação do cuidado, o vínculo, a continuidade, a integração com os demais níveis do sistema, a responsabilidade, a humanização, a equidade e a participação social.

A Saúde da Família (SF) é a estratégia prioritária para a organização da atenção básica e também possui princípios compatíveis com os do SUS. Ela deve: ter caráter substitutivo do modelo tradicional; atuar no território, com equipes pró-ativas; desenvolver ações planejadas e programadas com base no diagnóstico situacional, com foco na família e na comunidade; integrar-se com instituições e organizações sociais; ser espaço de construção de cidadania.

A estratégia SF no Brasil pode ser avaliada como uma experiência vitoriosa, com cobertura de mais de 90 milhões de pessoas em mais de 50% do território nacional. É significativo o contingente de trabalhadores da saúde que atuam em prol da atenção primária no país. São 27.886 equipes em 5.141 municípios, 216.445 agentes comunitários de saúde em 5.275 municípios, 16.372 equipes de saúde bucal em 4.399 municípios. (Fonte: SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica).

A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e “busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável”. (Fonte: Brasil, 2006 – PNAB).



Nesse contexto, foi construída a PNPIC inclusiva, pautada na atenção primária. As demandas de regulamentação no Brasil das Práticas Integrativas e Complementares (PICs) estão presentes desde a criação do SUS, em 1988, por meio das demandas da sociedade – colocadas em inúmeras Conferências Nacionais de Saúde –, que solicitava a inclusão de práticas não tradicionais, como a acupuntura, a homeopatia e a fitoterapia, no SUS.

Também foram um grande impulsionador as recomendações da OMS sobre Medicina Tradicional/Medicina Complementar/Alternativa-TM/CAM 2002-2005, que preconizavam a inclusão dessas práticas nos sistemas oficiais de saúde. Foi criado um Grupo de Trabalho para elaboração da PNPIC no SUS em junho/2003. Estudo sobre a inserção de Práticas Integrativas e Complementares no SUS foi realizado durante dois anos. Foi elaborado um documento inicialmente pactuado na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), passando posteriormente por várias etapas de debate e reformulação no âmbito do Conselho Nacional de Saúde. Em 2006, a Política foi publicada em forma de Portaria Ministerial, sendo o ponto de partida o reforço à integração no sistema por meio da Atenção Básica.

Duas Portarias dão visibilidade às práticas no SUS. Em 03/05/2006, ocorreu a aprovação e publicação da Portaria Ministerial nº 971, da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, e, em 17/07/2006, a aprovação e publicação da Portaria Ministerial nº 1600, que preconiza a constituição do Observatório de Práticas para Medicina Antroposófica. Em 17/11/2006, foi aprovada e publicada a Portaria SAS Ministerial nº 853, que inclui, na Tabela de Serviços/Classificações do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) de informações do SUS, o serviço de Práticas Integrativas e Complementares (Código 068), o que possibilitou, além de visibilidade das práticas do SUS, seu monitoramento e avaliação.

A PNPIC contempla: homeopatia, medicina tradicional chinesa/acupuntura, termalismo, medicina antroposófica, plantas medicinais e fitoterapia.

É preciso lembrar que no Brasil existem outras políticas “irmãs”. O Decreto Presidencial nº 5.813/2006 instituiu a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e a Política Nacional de Atenção

à Saúde dos Povos Indígenas, promovendo a valorização da medicina tradicional do nosso país.

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares tem como objetivos: incorporar e implementar a PNPIC no SUS, contribuir para o aumento da resolubilidade do sistema e para a ampliação do acesso às PICs, promover a racionalização das ações de saúde e estimular as ações referentes ao controle/participação social.

Dez são as diretrizes da PNPIC: estruturação e fortalecimento da atenção em PICs no SUS; desenvolvimento de estratégias de qualificação em PICs; fortalecimento da participação social; divulgação e informação dos conhecimentos básicos das PICs para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; estímulo às ações intersetoriais; garantia de acesso a medicamentos homeopáticos e fitoterápicos; garantia de acesso aos demais insumos estratégicos; incentivo à pesquisa em PICs; desenvolvimento de ações de acompanhamento e avaliação; promoção de cooperação nacional e internacional.

Uma avaliação das PICs no SUS revela que até 2006 o sistema não estava preparado para registrar as informações referentes às demais categorias profissionais e ações desenvolvidas. Houve a necessidade de realizar um rearranjo nos sistemas de informação para que outros dados fossem registrados.

Pode-se observar o comportamento ascendente da acupuntura, cada vez mais presente no SUS. Em 2007, foram realizadas 385.950 consultas e o investimento federal para essa ação foi de R\$ 2.346.813,00.

A homeopatia tem um comportamento diferente. Desde o princípio, é forte a sua presença no SUS. Em 2007 foram 312.533 consultas, com investimento federal na ordem de R\$2.162.929,00.

Antes da implementação da PNPIC, em 2003/2004, o Ministério da Saúde realizou um estudo com o objetivo de traçar o perfil de práticas e abordagens presentes nos estados e municípios brasileiros. Foi perguntado aos municípios se eles desenvolviam alguma ação das PICs e em qual nível de atenção tais ações estavam

inseridas. Na época, 232 responderam que sim e que as ações estavam inseridas na atenção básica. Dois anos depois, foi realizado outro diagnóstico pelo Departamento de Atenção Básica (DAB), em parceria com a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS), sendo feitas as mesmas perguntas. O objetivo central desse estudo foi analisar o conhecimento e oferta das PICs nos municípios brasileiros.

O diagnóstico realizado também questionou os gestores municipais acerca da existência de Lei ou Ato Normativo que regulamentasse a inserção das PICs no sistema local de saúde. Apenas 6% dos municípios disseram sim (14 municípios).

O diagnóstico realizado em 2008 revela outra realidade. Quando indagado se o município possui Ato Normativo ou Lei que regulamenta a inserção das práticas complementares, 69,88% (1.200 municípios) afirmaram que sim e apenas 30,12% que não, ou seja, houve um significativo crescimento. Esse dado é bastante relevante, pois é a resposta do gestor municipal, em sua vontade política de proporcionar de fato a inclusão do acesso a recursos terapêuticos antes restritos no nosso país à saúde privada.

É importante ressaltar o papel indutor da PNPIC, e várias ações foram implementadas pelo Ministério da Saúde. Os Núcleos de Apoio ao Saúde da Família (NASF) contemplam ações e Práticas Integrativas e Complementares assim como as demais ações incluídas na atenção primária, não na equipe mínima ou na porta de entrada, mas em uma retaguarda de qualificação no âmbito da atenção primária.

A Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, que cria os NASF, republicada em 04 de março de 2008, contempla as atividades físicas/práticas corporais, Práticas Integrativas e Complementares, reabilitação, alimentação e nutrição, assistência farmacêutica, serviço social, saúde mental, saúde da criança, saúde da mulher e saúde do idoso.

Na vertente formação profissional, está sendo realizado o Curso de Especialização em Homeopatia para médicos da rede pública de saúde em Rio Branco (Acre).

Quanto ao acesso a medicamentos homeopáticos e fitoterápicos, a Portaria GM nº 3237/07, que dispõe sobre medicamentos de re-

ferência para a Atenção Básica, incluiu dois fitoterápicos e os medicamentos homeopáticos pertencentes à farmacopéia brasileira, garantindo, assim, o acesso integral às consultas e, no caso da homeopatia, a seu complemento, ou seja, os medicamentos.

No campo da pesquisa, foram aprovados projetos para a acupuntura e para a homeopatia, tendo sido lançado um edital específico para plantas medicinais e fitoterápicos.

No quesito monitoramento e avaliação, houve ganhos, como a inserção de questões sobre a PNPIC em diversos instrumentos, como a Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ), e na Programação para Gestão por Resultados na Atenção Básica (PROGRAB). Também houve a edição da Portaria SAS nº 853, de novembro de 2006, que inclui na tabela de serviços/classificações do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) o serviço de Práticas Integrativas e Complementares (068).

Quanto ao controle social e participação social, foi criada a Comissão Intersetorial PICs no Conselho Nacional de Saúde, para garantir a sustentabilidade interna do Projeto e o espaço de interlocução com os atores-chaves.

A articulação intersetorial também é outro aspecto muito importante, considerando que a PNPIC possui interfaces com muitas outras políticas, como a de povos e comunidades tradicionais. Foi realizada uma articulação com o Ministério do Meio Ambiente (MMA) e o Ministério da Cultura (MC) para desenvolvimento de ações sinérgicas e houve a promoção de debates com áreas do governo e do próprio Ministério da Saúde sobre a integração da medicina tradicional à PNPIC.

Quanto à cooperação técnica, deu-se início à cooperação com o México. A equipe diretora da área de medicina tradicional fará uma visita ao Brasil e serão realizados trabalhos com a participação de mais de dez Ministérios, visando refletir sobre temas como a interculturalidade, a medicina tradicional e as ações complementares dos países. É preciso ressaltar o potencial de desenvolvimento de projetos de cooperação com países da África, Argentina, China, Itália, México, Bolívia, Peru, Chile, Equador, Índia e Inglaterra.



Existem muitos desafios para implementação da PNPIC, como a qualificação, que é um ponto central, considerando que a formação profissional ainda não inclui as PICs nos currículos da área da saúde. Não há disciplinas nos cursos de graduação que contemplem a homeopatia, a acupuntura, a fitoterapia, etc. Além disso, nenhuma categoria profissional assumiu as ações termiais como uma ação da saúde.

Também é preciso considerar que o número absoluto de profissionais relacionados às PICs é ainda tímido no Brasil, em torno de 1.500, num universo de cerca de 100 mil médicos.

A articulação da PNPIC com a atenção básica é bem-vinda, mas na prática ainda é difícil. As áreas como homeopatia e acupuntura possuem outra forma de desenvolver a sua prática, diferente do modelo biomédico, e essa negociação na ponta do sistema é um grande desafio, não mais para o Ministério da Saúde, mas para o gestor local.

A constituição de Redes de Atenção intra e intermunicipais para o intercâmbio de experiências também é um desafio a ser enfrentado.

Quanto ao monitoramento e avaliação, existem deficiências nos registros dos serviços, necessidade de atualização do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), limites dos sistemas de informação e necessidade de ampliação da cooperação horizontal por meio das experiências exitosas, dando visibilidade à inserção das práticas no SUS.

Com relação à cooperação internacional, este evento é fruto da 10ª diretriz – Cooperação Nacional e Internacional – e essa primeira iniciativa representa um grande pontapé inicial para a troca de experiências, tão necessária. O que fazemos, como fazemos, com quanto fazemos, com quem fazemos? Essas são as perguntas feitas pelos gestores.

Além disso, existe a necessidade de assegurar os insumos, como os medicamentos homeopáticos e fitoterápicos, as agulhas para o procedimento de acupuntura, etc.

Por fim, os desafios da pesquisa. Vivemos em um mundo biomédico e as instituições financiam e apóiam a realização de pesquisas

pautadas nos paradigmas da biomedicina ocidental. A expectativa é de que os editais temáticos facilitem a pesquisa, pois existe uma grande demanda represada na área das PICs.

Como uma reflexão final, dois anos depois da implementação da PNPIC, a avaliação é que essa foi uma decisão acertada do governo, porque a reação dos municípios foi impressionante, dando a sensação de que o que faltava era um indicativo federal, considerando a gestão descentralizada com comando único, pois induzimos políticas e os municípios responderam de forma muito positiva. Muito obrigada.

Contato: pics@saude.gov.br e <http://www.saude.gov.br/dab>



O Sistema de Saúde de Cuba e a Medicina Natural e Tradicional

Jorge Luís Campistrous Lavaut¹

A Medicina Natural e Tradicional (MNT), assim denominada em Cuba, é compreendida tal qual preconiza a Organização Mundial de Saúde (OMS), como fruto da soma de todos os conhecimentos teórico-práticos existentes na área da saúde, empiricamente explicáveis ou não, utilizados para diagnóstico, prevenção ou supressão de transtornos físicos, mentais ou sociais, baseados exclusivamente na experiência e na observação, transmitidos verbalmente ou por escrito de uma geração a outra. Uma forma amálgama da prática médica ativa e da experiência ancestral.

Em Cuba, a MNT é considerada uma prática de tratamento ancestral empregada pelas suas comunidades, pelo seu povo. Uma tradição vivenciada por diversas gerações que fabricaram remédios com os quais trataram netos, filhos, vizinhos, comunidades inteiras. Integrar a MNT ao Sistema de Saúde Nacional teve o caráter de recuperação e valorização de aspectos culturais.

Na história cubana, as plantas medicinais e outros produtos similares sempre estiveram presentes. Desde o século XIX, a homeopatia é prática médica e farmacológica. Médicos, já naquela época, utilizavam, em grande escala, medicamentos produzidos tanto na farmacopéia nacional como na internacional. A acupuntura também era realizada, de forma isolada, principalmente pelos imigrantes chineses, mas atingia também a população cubana, que não deixou de ter acesso a essa modalidade de tratamento.

Na década de 90, uma grande revitalização dessa prática médica aconteceu no país e a MNT passou a integrar o Sistema Nacional de Saúde. Em 1995, a Portaria 26, assinada pelo então Segundo Secretário do Partido, hoje Presidente de Cuba, Raul Castro, instituiu

¹ Chefe de Pesquisas do Centro Nacional de Medicina Natural e Tradicional Ministério de Saúde Pública de Cuba

a Comissão Nacional para o estudo e integração da MNT ao sistema de atendimento de atenção em saúde. Em setembro do mesmo ano, foi criada a Diretoria de Medicina Nacional do Ministério de Saúde Pública e, em 1997, foi aprovado o Programa Nacional para desenvolvimento e generalização da MNT, instituindo uma rede de serviços e centros de atendimento em MNT em todo o país.

Em 2002, o Comitê Executivo do Conselho de Ministros assinou um acordo que tornou a regulamentação da MNT ainda mais eficaz. Em decorrência da nova legislação, foi criado, no Ministério da Saúde, um departamento especializado em MNT, hoje transformado em Centro Nacional, que abarca questões relacionadas tanto à assistência como à pesquisa em medicina tradicional no país. A partir desse acordo, o atendimento com MNT foi ampliado, penetrando nos programas de atenção primária e nas policlínicas.

Também foram criados, desde 2004, Centros de Reabilitação Integral com uma ampla gama de serviços e tecnologias, tais como termalismo, massagens, quiropraxia e exercícios, além de atendimentos com psicólogos e médicos tradicionais, para oferecer à comunidade cubana um atendimento integral.

Hoje, a Medicina Integrativa em Cuba faz parte dos serviços de saúde como uma especialidade totalmente integrada à medicina tradicional. A MNT é composta por fitoterapia, apiterapia, homeopatia, terapia floral, hidroterapia, águas minerais medicinais, ozonoterapia, azeites essenciais, magnetoterapia, fisioterapia, dietas, hipnose e técnicas de relaxamento, acupuntura e variantes, massagens terapêuticas tradicionais e exercícios tradicionais chineses, dentre outros.

Atualmente, a prática médica tem por pressuposto essencial a certeza de que o desenvolvimento do ser humano só é realizado à medida que lhe é oferecido um sistema de saúde fundamentado nos preceitos da vida saudável, da harmonia com a natureza, do respeito à individualidade e do emprego de todos os meios existentes, ou seja, da utilização de todos os recursos disponíveis, para o oferecimento de uma prática de assistência em saúde qualitativa.

Três grandes grupos de razões embasam essa premissa: razões éticas/filosóficas, que se traduzem na implantação de um sistema



de saúde capaz de ir além do tratamento dos problemas de saúde, também voltado para a promoção da saúde, pelo oferecimento de uma atenção integral marcada, principalmente, pela potencialização da relação médico-paciente, pela aproximação horizontal, e não pelo distanciamento; razões científicas, que concretizam a medicina como uma prática única, sem divisões entre Medicina Convencional e Tradicional, o que facilita a resolução dos problemas de saúde; razões econômicas, relacionadas à minimização de custos, já que o país tem dificuldades de acesso a novas tecnologias e a medicamentos de última geração. A medicina tradicional é mais barata e permite que um tratamento igualitário seja oferecido a toda a população.

Em Cuba não há uma separação entre a MNT e a Medicina Convencional. A integração dos dois tipos de medicina é uma realidade. O médico é capaz de oferecer uma grande quantidade de serviços, dentre eles, práticas da MNT.

A MNT cubana, além da busca permanente pelo desenvolvimento do conhecimento científico, procura a sistematização dos serviços, estabelecendo, para si, como meta, atingir, em atendimentos, 100% da população do país. Paralelamente, preocupa-se, também, com o desenvolvimento qualitativo de suas ações. Para tanto, desenvolve um programa de avaliação periódica pelo acompanhamento estatístico e análise in loco das diversas ações praticadas pela MNT. Agrega-se a esses pontos a preocupação com a profissionalização, concretizada, dentre outras, pela exigência de que apenas profissionais de saúde sejam credenciados a praticar a MNT.

A gestão da MNT é realizada pela Comissão Nacional de Medicina Natural e Tradicional, composta por representantes de vários Ministérios. Além dela, a MNT estrutura-se por um Centro de Produção de Medicamentos Naturais, por redes de farmácias responsáveis pela distribuição de medicamentos e por um Sistema de Garantia da Qualidade, responsável pelo controle da qualidade dos medicamentos. Organizações Não Governamentais com participação massiva na comunidade, como a Organização das Mulheres Cubanas, são envolvidas na estrutura de atuação da MNT, assim como a defesa civil em situações catastróficas. Diversos meios de informação são utilizados para propagar e instruir ações de medicina tradicional para toda a população.

O Sistema Educacional Cubano garante a formação pela realização de grupos de interesse voltados para estudantes de diferentes níveis de ensino. A esses estudantes são ministradas aulas e práticas em medicina tradicional e eles participam, ainda, de aulas práticas em laboratórios de produção de medicamentos. Nos centros universitários, os alunos não têm acesso apenas a conhecimentos teóricos, mas também práticos.

Quatro aspectos essenciais delineiam o Programa de Medicina Natural e Tradicional em Cuba:

- 1) Integração no sistema de saúde – a atuação na atenção primária é realizada por médicos especializados em consultórios médicos, por policlínicas com serviços de reabilitação e por clínicas situadas em cada área de saúde. A atenção secundária é realizada nos centros provinciais (localizados em cada província). Há, ainda, os centros nacionais, os hospitais e institutos especializados (cardiologia, endocrinologia, etc.). Todos os níveis de atenção empregam a MNT no seu cotidiano de trabalho.
- 2) Formação e capacitação de recursos humanos – profissionais de saúde, desde o início da graduação, cursam disciplinas relacionadas à Medicina Tradicional e Natural. Ao longo da graduação, os alunos aprendem especificamente assuntos relacionados a essa prática médica, o que os capacita a utilizar os conhecimentos adquiridos na sua rotina de trabalho. Além disso, são oferecidos aos profissionais diversos cursos de reciclagem, residências em diferentes especialidades médicas, especializações e cursos de pós-graduação de longa duração em MNT.
- 3) Desenvolvimento de conhecimento científico – concretizado pelo Programa Ramal, vinculado ao Ministério da Saúde, mas integrado a outros Ministérios, constituído por equipe multidisciplinar, que desenvolve pesquisas abarcando diversos temas relacionados à medicina tradicional, segundo recomendações da OMS. O trabalho é realizado em âmbito local, provincial e nacional. Em 2008, foram inscritos no programa 50 novos projetos, que se associaram aos mais de 1000 estudos em andamento. Desses 50 projetos, 18 voltaram-se para acupuntura, 20 para homeopatia e os demais para outras técnicas.
- 4) Produção de medicamentos naturais.



Como resultados, a MNT em Cuba revela:

- 1) Todas as unidades do Sistema Nacional de Saúde oferecem serviços de MNT. Esses serviços são oferecidos também, e de forma prioritária, para as populações mais isoladas, situadas em locais de difícil acesso, nos campos ou montanhas.
- 2) Os profissionais contam com um mapa da flora medicinal, levantamento realizado em todo o país, que delinea o tipo de planta, sua função e localização territorial.
- 3) Foram treinados em MNT 80% dos médicos cubanos, 70% dos enfermeiros, 91% dos estomatólogos e 82% dos farmacêuticos.
- 4) Em 2007, ocorreram quase 19 milhões de consultas em MNT, correspondente a 30,8% do total de atendimentos. Há a meta de que o número de atendimentos em MNT atinja 90% das consultas.
- 5) Em 38,3% dos atendimentos em estomatologia e 24,9% das internações hospitalares também foi utilizada a MNT.

Dados estatísticos dos últimos cinco anos revelam que, em média, 25% dos pacientes atendidos anualmente foram tratados com recursos da MNT e que em torno de 10% dos pacientes cirúrgicos receberam anestesia por acupuntura. Com relação à atenção primária, em 2007, a MNT foi utilizada em 28,45% dos pacientes atendidos.

É significativo o percentual de pacientes hospitalizados tratados com recursos da MNT. Em 2003, 21,4%; em 2004, 23,2%; em 2005, 30,52%; em 2006, 21,5%; em 2007, 23,7%. 10% das cirurgias eletivas, em 2007, foram realizadas com a utilização da acupuntura como técnica para a anestesia.

Quanto às urgências médicas, o percentual de pacientes tratados com modalidades de MNT também é significativo. Em 2007, 13,8% dos pacientes foram atendidos exclusivamente com MNT.

Em relação à prescrição de produtos medicinais, 70% das prescrições realizadas em Cuba são de medicamentos relacionados à MNT, 45% fitoterápicos, 43% terapia floral e 15,7% homeopatia.

Todos os dados de atendimento foram fornecidos pela Direção Nacional de Estatísticas do Ministério de Saúde Pública de Cuba.

Cuba realiza cooperação médica com mais de 50 países do mundo e muitos dos profissionais que participam dessas missões, em lugares isolados dos países latino-americanos, possuem grande conhecimento de MNT.

A partir dos dados apresentados, podemos afirmar que a MNT trouxe diferentes contribuições para o sistema de saúde cubano:

1. Contribuiu para unificar os diversos conceitos existentes para abordar a saúde e a doença, uma vez que preconiza uma estratégia e um modelo de atenção que une tendências opostas de diversas partes do mundo, defendendo a integração.
2. Propiciou o aprimoramento da qualidade dos serviços de saúde, ao aumentar o leque de possibilidades terapêuticas disponíveis a um especialista para resolver problemas de saúde.
3. Ajudou a solucionar problemas de saúde de populações, principalmente daquelas submetidas a situações de catástrofes naturais.
4. Ajudou a desenvolver na população a capacidade de auto-solucionar alguns problemas freqüentes de saúde, trabalhando na esfera psíquica e física, visando à prática de um estilo de vida mais integrador como um caminho possível para a saúde e o bem-estar.
5. Contribuiu para a formação de uma consciência na população sobre a utilização de MNT, através de programas semanais realizados nas emissoras do país, visando divulgar informações sobre a utilização de plantas e técnicas.

Esses resultados evidenciam que existem razões suficientes para trabalhar o desenvolvimento da MNT e conceber a medicina como uma prática única. Toda a medicina trabalha visando à saúde dos indivíduos, portanto é preciso integrar suas várias vertentes para que maiores benefícios sejam atingidos pela população. A MNT é um fato concreto na medicina contemporânea, uma fonte de riqueza, e não uma alternativa diante da pobreza. A MNT é um programa institucionalizado, existente há quinze anos, sendo que 80% da população cubana demandam sua utilização.

Por fim, algumas informações sobre o Centro Nacional de Medicina Natural e Tradicional, que visa integrar as modalidades ou formas

de expressão existentes na MNT, cientificamente validadas, ao arsenal de recursos utilizados pelos profissionais de saúde para promoção, prevenção, diagnóstico e reabilitação.

Sua missão é: aperfeiçoar os níveis de saúde da população pela introdução de novos estilos de vida, adaptados à sociedade, à cultura e à alimentação; utilizar a medicina integrativa como modelo de atenção à saúde, pelo desenvolvimento de políticas terapêuticas eficazes que incluam recursos de MNT na prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação; contribuir para a diminuição do consumo de medicamentos; divulgar internacionalmente um modelo intersetorial e multidisciplinar, com um novo enfoque ético e filosófico, a ser aplicado na docência, na pesquisa e na atenção integral à saúde.

São objetivos do Centro Nacional de Medicina Natural e Tradicional:

- Estabelecer, controlar e avaliar o cumprimento das políticas, estratégias e ações relacionadas a esta área do conhecimento no país;
- Promover a integração da MNT ao Sistema Nacional de Saúde Cubano, propondo estratégias para seu desenvolvimento;
- Estabelecer regulação e as normas que se fizerem necessárias para aplicação dos recursos, técnicas e procedimentos da MNT;
- Contribuir com a formação e desenvolvimento da rede de serviços de MNT no Sistema Nacional de Saúde;
- Participar do delineamento das políticas terapêuticas da MNT;
- Participar da regulamentação do registro dos produtos naturais assim como autorizar o emprego de qualquer recurso, técnica ou procedimento vinculado à MNT;
- Participar da definição e execução de estratégias para a formação e capacitação de recursos humanos;
- Selecionar e disseminar informação sobre evidências científicas suficientes para generalizar o emprego dos recursos terapêuticos relacionados à MNT;
- Participar da política editorial e do estabelecimento de prioridades para a promoção e divulgação da MNT;
- Planejar e desenvolver cursos de formação e capacitação para entidades nacionais e estrangeiras;

- Promover o desenvolvimento técnico-científico e a aplicação dos resultados de investigações em MNT;
- Estabelecer convênios de colaboração e intercâmbio técnico-científico, assessorias e consultorias com entidades nacionais e internacionais;
- Participar do planejamento, organização, controle da produção e avaliação da prescrição de produtos naturais;
- Dirigir metodologicamente as farmácias homeopáticas e de terapia floral em todo o país;
- Desenvolver procedimentos, equipamentos e produtos a partir do resultado das investigações, assim como promover sua comercialização com entidades nacionais e internacionais.

Contato:< <http://www.sld.cu/sitios/mednat>>



México – A Política Nacional de Medicina Complementar e Integrativa no Sistema Nacional de Saúde Mexicano

A Experiência do México

Hernán García Ramirez ¹

Havia no México, até pouco tempo atrás, muitos modelos de práticas complementares sendo utilizados pela população, sem que, no entanto, fossem reconhecidos, validados e adequadamente utilizados pelos órgãos governamentais de saúde.

A partir de 2002, ações concretas foram realizadas para modificar esse quadro. Em 2002, o Ministério da Saúde mexicano criou a Direção de Medicina Tradicional e Desenvolvimento Intercultural e estabeleceu as Diretrizes Nacionais de Medicina Tradicional e Desenvolvimento Intercultural como resposta às demandas da sociedade pelo reconhecimento das diferentes práticas médicas, da dimensão multicultural, da existência de maneiras diversas de conceber-se a vida, a saúde e a doença.

Desde a implantação dessa diretriz, a abordagem médico-paciente foi priorizada, enfatizando-se o enfoque intercultural como forma de estabelecer uma relação horizontal baseada no respeito às pessoas, aos grupos humanos e às diversidades culturais. Esse enfoque possibilita a compreensão e proximidade dos diferentes modelos de atendimento à saúde. Assim sendo, valorizou a inclusão de ferramentas significativas para a escuta, aproveitamento e estabelecimento de aportes sinérgicos entre os diversos modelos de atenção à saúde.

Atualmente, a política intercultural é delineada por quatro grandes linhas de ação: enfoque intercultural nos serviços de saúde, medi-

¹ Subdiretor de Sistemas Complementares de Atenção do Ministério da Saúde

cina tradicional, sistemas complementares e política de atenção à saúde dos povos indígenas.

O Programa de Medicinas Complementares estrutura-se a partir de três importantes princípios interculturais: o do reconhecimento de que existem diferentes verdades e modelos de saúde e doença; o da necessidade de estabelecer-se uma relação de respeito e reconhecimento aos diversos modelos existentes; o da certeza de que os modelos devem ser validados pela população – usuários e prestadores de serviços. Não é possível falar de interculturalidade de forma vertical, sem consultar a população.

Historicamente, a inclusão da medicina tradicional e complementar no sistema formal de saúde percorreu um rico caminho de construção. O início dos trabalhos revelou a necessidade de concretização de um marco teórico capaz de subsidiar a prática da medicina tradicional e complementar. Para tanto, foram definidas três abordagens teóricas: a antropologia da saúde, que valoriza a interculturalidade, as diferenças culturais, a cosmovisão, os sistemas médicos e os sistemas de saúde; a teoria de sistemas, que ajudou na compreensão dos sistemas complementares; a teoria dos paradigmas de atenção à saúde.

Estabelecidos os marcos teóricos, procedeu-se à definição da missão e dos objetivos de trabalho. Essa definição foi precedida por diversas ações subsidiadoras, tais como:

1. Análise do contexto internacional e dos sistemas de saúde mundiais, abarcando também o trabalho desenvolvido pelos órgãos não governamentais com medicina tradicional e complementar;
2. Diagnóstico das práticas de medicina alternativas existentes no México, que revelou a presença de cerca de 125 práticas distintas, muitas delas internacionalmente reconhecidas. No entanto, havia uma certa desproporção e elas foram reclassificadas e ordenadas, posteriormente, de acordo com os pressupostos da teoria de sistemas. Já tínhamos, por meio do Programa de Medicina Tradicional, o entendimento da medicina tradicional indígena mexicana como um sistema completo de atendimento à saúde. Todos os sistemas médi-



cos, incluindo o ocidental, obtêm a coesão por meio da cosmovisão, ou seja, como a saúde e a doença são percebidas. Nesse processo de classificação, foi observado que muitas das terapias apareciam desarticuladas e faziam parte do sistema médico tradicional chinês. De diferentes ângulos, apresentavam a mesma cosmovisão, o que permitiu comparar e integrar diferentes modelos não como uma prática alternativa, mas como um sistema completo. O mesmo quadro foi revelado em relação à medicina ayurvédica da Índia. Muitos elementos do naturismo, apesar de desarticulados, faziam parte de um mesmo modelo médico. Algumas medicinas ou terapias, natas da cosmovisão do modelo médico ocidental, apresentavam o mesmo conceito de doença, estruturando-se de uma forma holística, integrando diferentes elementos emocionais e energéticos.

3. Mapeamento e classificação da medicina tradicional indígena de acordo com a teoria sistêmica.
4. Levantamento da utilização das práticas de medicina complementar por meio de uma pesquisa realizada nas 20 cidades mexicanas mais importantes. Os resultados do levantamento mostraram que 46% das famílias utilizaram, no último ano, práticas de medicina complementar. A acupuntura foi utilizada por 8% das famílias, a homeopatia por 17% e 75% utilizaram outras práticas complementares.

Essas ações permitiram concretizar um sistema coeso, formado a partir de uma cosmovisão da saúde e da doença e da compreensão global de como os diferentes modelos concebiam o diagnóstico, as linhas de conduta e as ações preventivas, incluindo o modelo ocidental. Tal sistema se estrutura em cinco grandes linhas de ação:

- **Identificação e fortalecimento do marco legal** – ações implementadas: a) A Constituição Mexicana já havia reconhecido o direito dos povos indígenas de preservar todos os elementos que constituem a sua identidade cultural, assim como de acesso à saúde com o devido aproveitamento da medicina tradicional. Decreto-lei publicado em 2001 reconheceu a medicina tradicional indígena como direito cultural dos povos indígenas. b) Ratificação, em 1983, da homeopatia e reconhecimento, em 1997,

pela Lei Geral da Saúde, da alopatia, homeopatia e fitoterapia como categorias de medicamentos. Regulamento dos Insumos para a Saúde estabeleceu os critérios para definição, registro, elaboração, embalagem e publicidade dos medicamentos homeopáticos e fitoterápicos. c) Publicação da primeira atualização da farmacopéia homeopática, em 1998, e criação do Curso de Licenciatura e Especialização em Homeopatia. d) Publicação da Norma Oficial Mexicana de Atendimento com Acupuntura Humana, em 2002, estabelecendo os critérios de atendimento. e) Criação do curso de especialidade médica em acupuntura em duas universidades. f) Instituição da Comissão Federal de Proteção com Riscos Sanitários (COFEPRIS), com a atribuição de capacitar recursos humanos e definir critérios e recomendações para avaliação de planos e programas educacionais. g) Ampliação das atribuições da Secretaria de Saúde no seu regulamento interno, que incorporou ações de ensino, proposição e operação de políticas relacionadas à medicina tradicional e complementar. h) Legalização da medicina tradicional, em 2006, tornando-a objetivo fundamental da Lei Geral de Saúde e incorporando a homeopatia e a acupuntura ao Plano Mestre de Infra-estrutura em Saúde. i) Realização de um grande fórum nacional para levantamento das aspirações da sociedade quanto à medicina complementar, do qual participaram funcionários e prestadores de serviços em medicina complementar e tradicional, resultando na elaboração do Programa Nacional de Saúde (2007-2012), composto fundamentalmente por três linhas de ação: promoção do uso racional e do emprego seguro das práticas médicas de acordo com a demanda populacional; definição e instrumentalização de uma política de capacitação voltada para a ampliação do conhecimento sobre a medicina tradicional e complementar entre os prestadores de serviços e usuários dos serviços de saúde; fortalecimento dos serviços de saúde pela incorporação gradual dos serviços de medicina tradicional e complementar.

- **Fortalecimento dos serviços de saúde com outros modelos clínicos/ terapêuticos** – ações implementadas: a) Articulação com associações e instituições de acupuntura e homeopatia para identificação das necessidades e desenvolvimento dos processos de fortalecimento. b) Articulação das diferentes correntes de acupuntura e homeopatia por meio de debates nacionais. c) Utilização da internet, da imprensa escrita e televisiva e do rádio



para divulgação dos modelos terapêuticos. d) Sensibilização da Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados.

- **Fortalecimento do sistema público de saúde com a inserção de práticas de medicina complementar** – ações implementadas: a) Incorporação das práticas complementares nos serviços de saúde por meio da identificação nos hospitais e centros de saúde dos médicos com formação em homeopatia ou acupuntura e que trabalhavam com práticas convencionais, sendo fornecidas autorizações para que esses profissionais passassem a trabalhar com medicina complementar. b) Construção de uma rede nacional de hospitais com serviços de medicina complementar. c) Promoção de congressos e seminários regionais para divulgação e troca de experiências. d) Inclusão em hospitais de grande porte, como o Hospital Geral do México, de serviços de medicina complementar. e) Enfrentamento e tratamento de problemas importantes de saúde pública com uso da medicina tradicional e complementar. Foi elaborada conjuntamente, pela universidade e pelo Conselho Nacional contra Vícios, uma proposta para trabalhar com auriculoterapia, visando tratar a síndrome de abstinência nos vícios, e houve a implementação do modelo de atenção integrativa para prevenção e tratamento da diabetes do tipo 2, tratada com práticas de medicina complementar – acupuntura, homeopatia, medicina ortomolecular, Qi gong, fitoterapia, ioga e alimentação alternativa natural.
- **Fundamentação e validação científica** – Formação de um comitê de validação, composto por especialistas em diferentes áreas de formação, e estabelecimento de critérios para validar os diferentes modelos de medicina complementar existentes: eficácia comprovada, segurança, relação custo/benefício, aderência a normas éticas e profissionais, aceitabilidade social.
- **Desenvolvimento de programas de ensino em medicina complementar** – Hoje, diversos centros acadêmicos oferecem licenciaturas e especializações em práticas de medicina complementar. Foram constituídos comitês técnicos em acupuntura, homeopatia e fitoterapia e um Comitê Interinstitucional para a Formação de Recursos Humanos em Saúde, incumbido de elaborar critérios educativos e recomendações, com base na metodologia de desenvolvimento de competências, e estabelecer

propostas de formação em diferentes níveis: técnico, licenciatura e especialização. Alguns avanços já ocorreram em vários níveis de atenção.

Segundo a população, o médico conhece muito bem as doenças, mas sabe muito pouco sobre a saúde. Em uma visão de futuro, pautada nesse enfoque intercultural, o objetivo é que os diferentes modelos se enriqueçam, se fortaleçam e trabalhem de forma sinérgica em um modelo integrativo.

Atualmente, os trabalhos voltam-se para o fortalecimento do paradigma da saúde, priorizando cada vez mais a mudança da visão de atendimento – do atender a um corpo para o atender a uma pessoa, formada por corpo, mente e espírito, e do atender à doença para o atender à saúde. Para tanto, estão sendo integradas, nos hospitais, ações para o fortalecimento da saúde, delineadas em três prismas: o da comida saudável, o da prática de exercícios físicos saudáveis e o do bom humor.

O modelo de alimentação biocompatível, a risoterapia e a prática de exercícios como Qi Gong ou ioga estão sendo estimulados. Servidores não apenas trabalham esses prismas com a comunidade, como os praticam, desenvolvendo, assim, a capacidade de estabelecer uma relação profissional de saúde/paciente mais humanizada.

Em direção ao futuro, interessa ao país fortalecer os serviços de saúde, respeitando a sensibilidade cultural e os diferentes modelos de medicina existentes, caminhando como duas linhas de trem: de um lado, aproveitando todas as oportunidades e, paralelamente, garantindo a segurança e o controle de riscos.

Um depoimento realizado após um curso de interculturalidade é bastante ilustrativo: “Antes eu acreditava que tinha de tratar as pessoas como eu queria que me tratassem, porém, com o enfoque intercultural, agora percebo que não é nada disso, mas sim de tratar os demais como eles desejam ser tratados”. (Bolívia – Sistema Nacional de Saúde e as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde).

A Implementação do Modelo de Saúde Familiar Comunitário e Intercultural no Sistema de Saúde Público da Bolívia

Oscar Laguna ¹

A saúde é um tema de todos e não exclusivo de uma pessoa ou de um Ministério, pois corresponde à integridade de todas as instituições do Executivo de cada país. Por esse motivo, quando falamos sobre saúde, também falamos de tudo aquilo que corresponde ao ser humano, ou seja, sua espiritualidade, sua cosmovisão, seu conhecimento e o manejo ancestral das medicinas tradicionais que paulatinamente permitiram subsistir principalmente as populações indígenas originárias, que foram, de certa forma, marginalizadas.

A Bolívia enfrenta atualmente grandes desafios na promoção da saúde e no oferecimento dos serviços de saúde, em especial para aqueles povos indígenas que não recebem esse benefício, isso porque eles estão muito dispersos, as vias de acesso são limitadas e os índices de analfabetismo muito elevados, principalmente entre as mulheres.

As populações indígenas são carentes de uma adequada cobertura de assistência e acesso a serviços de saúde e os recursos humanos não são adequadamente treinados para implementar uma política de saúde integrada e intercultural.

Portanto, a maioria dos povos indígenas e originários não são beneficiados com a universalidade e a equidade dos serviços de saúde. As condições de saúde são deficitárias, sendo um dos principais problemas a morbimortalidade materna e infantil.

Frente a essa situação, os povos indígenas mantiveram a sua medicina tradicional como alternativa contra seus problemas de saúde, revalorizando seus conhecimentos ancestrais.

Os médicos kallawayas foram reconhecidos pela Unesco como parte tangível e intangível da humanidade por seus conhecimentos ance-

¹ Secretário Nacional de medicina Tradicional – Ministério da Saúde

trais e manejo daquilo que hoje conhecemos como fitoterápicos. Os médicos kallawayas utilizam não apenas algumas práticas médicas, mas aquilo que chamamos de espiritual e, dessa maneira, fazem uma medicina integral. Por tudo isso, queremos responder às grandes necessidades em saúde através daquilo que conhecemos como pessoas, comunidades, contando com um sistema que permita melhorar a eficiência e eficácia dos serviços de saúde nos seus três níveis.

O Modelo de Saúde Familiar Comunitário Intercultural (SAFCI) deve ir além dos aspectos particulares e ser capaz de integrar e utilizar com respeito e em igualdade de condições a cultura, a língua, o conhecimento e práticas ocidentais e também o conhecimento e práticas dos povos indígenas, camponeses e afrodescendentes.

Ainda hoje, apesar das determinações legais, não observamos avanços significativos nos processos de adequação cultural nos serviços de saúde e tampouco melhorias importantes nas condições de marginalização e pobreza em que vive a grande maioria dos indígenas bolivianos. Avançar nesse processo possui uma importância estratégica na geração de maiores níveis de coesão social no país.

Na Bolívia, existem cerca de 38 povos indígenas e originários, distribuídos em todo o território nacional, os quais adotam diferentes formas de organização social e demandam do Estado Boliviano seus direitos em relação à saúde, educação, desenvolvimento econômico, meio ambiente, terra e território.

A atual Constituição Política do Estado, em seu artigo 1º, considera a Bolívia como multiétnica e pluricultural, preconizando o respeito aos direitos econômicos e culturais desses povos, em conformidade com seus usos e costumes.

Os atores principais para o desenvolvimento dessas intervenções e do imaginário da saúde são os próprios povos indígenas que, com mobilização, conseguem atrair a atenção do Estado e, principalmente, das organizações internacionais.

Na Bolívia, o Estado foi muito criticado e é convocado a atender às necessidades de saúde, principalmente dos povos indígenas. As mobilizações nesse sentido muito ajudaram na formação da nova Constituinte que será realizada a partir deste ano.

A política de saúde na Bolívia, por sua forte visão biomédica, infelizmente não conseguiu atender às necessidades dos povos indígenas. É necessário, não apenas na Bolívia, mas também em outros países latino-americanos, um enfoque sociocultural, para desenvolver um novo modelo em saúde, dentro do respeito mútuo, que permita não apenas ver o indivíduo, mas suas tradições e costumes e também sua forma de ver e explicar a saúde e a doença.

A incorporação dos conhecimentos e saberes da medicina tradicional e/ou alternativa dos povos indígenas e originários, em uma complementação e articulação com a medicina acadêmica, é um desafio. A implementação de um enfoque de saúde intercultural visa melhorar a saúde dos povos da área rural.

O Modelo de Saúde Familiar Comunitário Intercultural vincula e envolve a equipe de saúde, as pessoas, a família, a comunidade e suas organizações nos âmbitos de gestão e atenção à saúde. Além disso, revaloriza, articula e complementa as medicinas existentes no país, particularmente as denominadas tradicionais, naturais, alternativas e indígenas.

Os princípios fundamentais desse Modelo são: participação social, intersetorialidade, interculturalidade e integralidade.

Participação social é o processo pelo qual as pessoas, a família, as comunidades e os bairros se envolvem na gestão dos serviços de saúde e tomam decisões, planejam, administram, monitoram e controlam, juntamente com a equipe de saúde, ações que são desenvolvidas dentro e fora dos estabelecimentos de saúde.

Intersetorialidade é o trabalho coordenado com diferentes setores, como educação, saneamento básico, habitação, justiça e desenvolvimento econômico, para dinamizar as ações em saúde e otimizar os recursos.

A interculturalidade reconhece a existência da medicina acadêmica, da fitoterapia, dos médicos tradicionais, e essa relação entre grupos e pessoas que são culturalmente diferentes deve ser pautada pelo diálogo, reconhecimento, valorização, articulação e complementaridade dos diferentes conhecimentos e práticas médicas.

Integralidade é a capacidade dos serviços de saúde de conceber o processo de saúde e doença como uma totalidade que contempla a pessoa, sua relação com a família, a comunidade, a natureza e o mundo espiritual, com a finalidade de implementar processos de promoção de saúde, prevenção das doenças, reabilitação e recuperação, de maneira eficiente e eficaz.

Esse Modelo de Saúde Familiar Comunitário Intercultural é realizado por meio da promoção da saúde, que é um processo político de mobilização social que busca o envolvimento dos atores sociais em uma abordagem ampliada, focada nos determinantes, para modificar e melhorar as condições sociais, econômicas, ambientais, etc.

Nesse processo, os profissionais de saúde envolvem a comunidade, o bairro, mediante a realização de alianças estratégicas, desenvolvendo a comunicação e a educação e incentivando a participação social efetiva na tomada de decisões, com vistas a buscar soluções para os problemas de saúde, enfrentando os seus determinantes.

Na prática, o Modelo de Saúde Familiar Comunitário Intercultural se implementa por meio de um modelo de gestão compartilhada, que se baseia na tomada de decisões por um acordo mútuo entre os profissionais de saúde e a comunidade. Esse modelo de atenção é uma forma de articular o serviço de saúde com as pessoas, famílias e comunidades, a partir de uma prestação eficiente e eficaz, com enfoque intercultural, integral e horizontal.

Com esse objetivo, conseguiu-se a participação dos médicos residentes SAFCI na área rural. Eles têm um compromisso com os povos indígenas. Não apenas trabalham com a medicina acadêmica ocidental, mas também fortalecem a medicina tradicional local para implementá-la nos serviços de saúde, promovendo essa complementaridade.

Para fortalecer a ação dos médicos residentes SAFCI, foram realizados cursos de capacitação para o pessoal de saúde, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e também para os capacitadores ou os multiplicadores em saúde na atenção à saúde da população da área rural.

Por meio de uma relação estreita entre os municípios e o Ministério da Saúde, os serviços vão se adequando para uma atenção à saúde com



um enfoque intercultural, que permita uma melhor atenção à saúde da população da área rural, de acordo com seus usos e costumes.

O processo de mudança que está sendo vivenciado na Bolívia favorece a implementação do Modelo de Saúde Familiar Comunitário Intercultural, porém não é fácil desconstruir um modelo biomédico que se encontra fortemente impresso na política de saúde pública e construir um modelo biomédico/sociocultural que permita dar uma melhor atenção em saúde aos povos indígenas e originários. O caminho foi iniciado. Não é fácil, porém não é impossível alcançar a mudança para benefício da população da área rural e a articulação das medicinas tradicional, natural e alternativa.

Na Bolívia, estamos vivenciando esse processo de mudanças, que é lento e difícil, mas acredito que todos unidos, como países latino-americanos e principalmente como cidadãos, conseguiremos vencer as dificuldades.

Brasil – Controle Social e as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

Ana Cristhina de Oliveira Brasil¹

A abordagem do tema controle social e práticas integrativas exige um resgate histórico do desenvolvimento da Política de Saúde do Brasil, para que se compreenda o caminho de apropriação do controle social daquela que é, hoje, uma das maiores políticas conduzidas em nosso país, a Política de Saúde, que preza pela atenção básica, primária, e por ações de prevenção. Uma política desenvolvida pela participação social, compreendida pelo conjunto responsabilidade e controle social, exercida pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) e pelos Conselhos Estaduais e Municipais, compostos por representantes dos usuários, trabalhadores, prestadores de serviços e gestores e que têm o papel de monitorar e observar os trabalhos desenvolvidos, com o objetivo de melhorar a qualidade da assistência da saúde oferecida no país.

A história do processo de construção da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC-SUS) foi marcada por vários momentos importantes. Em 2002, a Organização Mundial de Saúde/OMS lançou o documento “*Estratégia de la OMS sobre Medicina Tradicional/2002-2005*”; em 2002, foi realizada a 1ª Conferência Nacional de Vigilância Sanitária, quando se começou a discutir a questão da inserção das Práticas Integrativas e Complementares no modelo de saúde brasileiro.

Paralelamente, em 2003, foi realizada a 1ª Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica, que enfatizou a necessidade de acesso aos medicamentos fitoterápicos e homeopáticos pela população, e constituído um grupo de trabalho no Ministério da Saúde, com o objetivo de elaborar a Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares – PMNPC ou apenas MNPC – no SUS (atual PNPIC). Esse grupo foi subdividido em quatro subgrupos, um para cada diretriz da Política: medicina tradicional chinesa/acupuntura, homeopatia, fitoterapia e medicina antroposófica.

¹ Coordenadora da Comissão Intersetorial de Práticas Integrativas e Complementares do Conselho Nacional de Saúde

Somente a posteriori surgiu a diretriz relacionada ao termalismo social e à crenoterapia. A coordenação do processo de formulação da PMNPC ficou sob a responsabilidade da Secretaria Executiva/MS e do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS).

Em 2004, foi realizada a 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, que apontou a necessidade de concretização da Política de Medicina Natural e Práticas Complementares. Nesse mesmo ano, foi promovido o levantamento nacional da inserção da Medicina Natural e das Práticas Complementares no SUS e realizada a inclusão das Práticas Complementares no nicho estratégico de pesquisa dentro da Agenda Nacional de Prioridades em Pesquisa. Deu-se, ainda, início ao pilar pesquisa, ensino, formação e à implementação da própria Política.

Um Decreto Presidencial, promulgado em 2005, criou o grupo de trabalho para elaboração da Política Nacional de Plantas Medicináveis e Fitoterápicos. Em paralelo, em fevereiro desse mesmo ano, a Política de Medicina Natural e Práticas Complementares foi pactuada na Comissão Intergestores, formada por representantes da União, estados e municípios, importante fórum de deliberação que pactuou todas as estratégias a serem implementadas no país. Em março, a Política foi levada para discussão no Fórum das Entidades dos Trabalhadores em Saúde (FENTAS), no Fórum dos Conselhos Federais da Área da Saúde (FCFAS) e, posteriormente, no Conselho Nacional de Saúde (CNS). Iniciou-se, nesse momento, o controle social e o acompanhamento das Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Em novembro de 2005, foi apresentado, pelo FENTAS, um parecer consultivo, elaborado por um grupo de trabalho composto por representantes dos Conselhos Federais de Farmácia (CFF), de Nutricionistas (CFN) e de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), conselho este que, à época, ordenou o grupo de trabalho, assessorado pelo Dr. Nelson Rosemann (consultor COFFITO/ABENFISIO). Em dezembro de 2005, a Política foi aprovada no CNS, com ressalvas, referentes à acupuntura. No mês de dezembro, foi instituído um novo grupo de trabalho, no próprio CNS, composto por representantes dos trabalhadores (COFFITO e CFN), representantes dos usuários, membros da Associação de Celíacos do Brasil (ACELBRA), prestadores e gestores (CONASEMS).

Somente em fevereiro de 2006, foi concluído e aprovado, por unanimidade, no CNS, o documento final da Política, com as ressalvas, em especial, devido à MTC/Acupuntura.

Finalmente, em maio de 2006, foi publicada a Portaria GM/MS nº 971, que baliza a Política Nacional; em julho de 2006, a Portaria GM/MS nº 1.600, que aprova a constituição do observatório de Experiências em Medicina Antroposófica no Sistema Único de Saúde (SUS); em julho de 2006, a Portaria SAS/MS nº 853, que dá visibilidade à Política no SUS.

Em agosto de 2007, o então grupo de trabalho solicita ao CNS sua transformação em uma comissão, dando origem, pela Resolução nº 371/2007 do CNS, à Comissão Intersectorial de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (CIPIC-SUS), responsável pelo acompanhamento da Política e realização de interface entre os diversos setores do país. A coordenação ficou a cargo do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) e a coordenação adjunta a cargo do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS).

Em novembro de 2007, foi promovida a 13ª Conferência Nacional de Saúde, momento em que todos os representantes dos segmentos de controle social discutiram diretrizes para a fomentação de novas políticas e adequação das já existentes e ratificaram a necessidade de uma fundamentação teórica, de um substrato sólido para a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares.

O controle social deve ser compreendido como o controle das ações, execução de práticas e técnicas, comportamento e utilização de meios e recursos, públicos ou privados, pelos profissionais, instituições e/ou empresas de uma determinada área de atuação ou profissão. Ele não tem uma função única e se caracteriza pela participação explícita do cidadão.

Regulado por lei, o controle social é regido, dentre outros, pelo artigo 1º, §2º, da Lei nº 8.142/90, que estabelece:

O Conselho de Saúde [...] atua [...] no controle da execução da Política de Saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos

econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

(BRASIL, 1990)

Nessa direção, a Comissão Intersetorial de Práticas Integrativas e Complementares, homologada pelo Ministro da Saúde, instituiu-se a partir dos seguintes pressupostos:

- Saúde é um direito de todos e um dever do Estado e a assistência à saúde deve ser integral, sendo fornecidos ao indivíduo todos os recursos terapêuticos necessários para a promoção, prevenção e recuperação de sua saúde, pressuposto que garante o caráter de universalidade, integralidade e acessibilidade da Política de Saúde.
- As práticas terapêuticas, tais como a acupuntura, a homeopatia, a medicina antroposófica, a fitoterapia, as práticas corporais e o termalismo, são Práticas Integrativas e Complementares aos mais diversos tipos de tratamentos que podem ser ofertados ao ser humano, devendo ser integradas ao sistema de saúde como práticas que se integram e complementam as práticas convencionais.

A CIPIC-SUS tem como missão assessorar o Conselho Nacional de Saúde no acompanhamento da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares.

Hoje, a referida Comissão possui como titulares representantes do(a): Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos/MS; Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB); Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); Conselho Federal de Odontologia (CFO); Sociedade Brasileira de Psicologia e Acupuntura (SOBRAPA); Associação Médica de Homeopatia Brasileira (AMHB); Conselho Federal de Farmácia (CFF); Ministério da Educação (MEC); Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia (ABENFISIO); Associação Nacional de Fitoterapia nos Serviços Públicos (ASSOCIOFITO); Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB).

São membros suplentes representantes do(a): Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS); Conselho Federal de Nutricionistas (CFN);

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa); Sociedade Brasileira de Termalismo (SBT); Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn); Conselho Federal de Biomedicina (CFBIO); Entidades Médicas (CFM/AMB/FENAM); Associação Brasileira de Medicina Antroposófica (ABMA); Associação Médica Brasileira de Fitomedicina (SOBRAFITO); Associação Brasileira de Farmacêuticos Homeopatas (ABFH); Sociedade Brasileira de Farmacêuticos Acupunturistas (SOBRAFA).

Referência

BRASIL. Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1990.

Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>.

Data: 14 de maio Horário: 9 às 12h30min

MESA 2

HOMEOPATIA & MEDICINA ANTROPOSÓFICA

Coordenador: Pedro Lima ¹

Debatedor: Jorge Biolchini ²

Brasil – Homeopatia – Avanços, Desafios na Assistência, no Ensino e na Pesquisa

Madel Therezinha Luz ³

A forma de pensar a ser exposta é bastante diferente da utilizada pelo profissional médico, pelo profissional de saúde, muito voltado para a questão da eficácia, da possibilidade de transformação da vida, do agir, orientado para o paradigma da tecné, da práxis. As ciências sociais voltam-se para o contexto da interpretação, da compreensão dos fenômenos enquanto ocorrem na sociedade, na cultura, e, portanto, possibilitam aos seus pesquisadores grande desprendimento dos modelos de racionalidade que estão presentes na cultura, situação oposta à do médico, à do profissional de saúde.

A racionalidade médica pode ser concebida como uma forma de analisar e comparar diferentes sistemas presentes na sociedade atualmente. O estudo da homeopatia, a sua racionalidade, a sua forma de inserção na sociedade e no Estado, a sua história institucional, revelaram ser ela um sistema médico complexo, completo, embora não

¹ Superintendente de Atenção Básica e Gestão do Cuidado Secretaria Estadual do Rio de Janeiro.

² Professor Titular de Homeopatia da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

³ Instituto de Medicina Social – Universidade do Estado do Rio de Janeiro

totalmente explicitado, uma outra racionalidade em medicina. Essa constatação levou à criação do grupo de pesquisa “Racionalidades Médicas e Práticas da Saúde”, cadastrado no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), que estabeleceu sistemas comparativos entre distintos sistemas médicos complexos, denominados, a partir do conceito ideal típico, baseado na sociologia de Max Weber, de racionalidade médica.

A racionalidade médica supõe, necessariamente, para ser considerada como tal, as seguintes dimensões: a morfologia humana (anatomia); a dinâmica vital humana (conhecida no mundo ocidental como fisiologia); a doutrina médica (como o sistema explica o adoecimento); o sistema diagnóstico; o sistema terapêutico (intervenção técnica) e a cosmologia. Todas essas racionalidades possuem uma doutrina médica específica, um sistema diagnóstico por meio do qual se identifica uma pessoa como doente ou não e um sistema terapêutico, que é um sistema de intervenção técnica, que pode ser denominado como um sistema da arte.

Os estudos realizados permitiram concluir que todas essas medicinas supõem uma cosmovisão que embasa as outras cinco dimensões da racionalidade médica. Esse fato, denominado de cosmologia, antropologicamente, pode ser chamado, em relação às medicinas orientais, cosmogonia ou simplesmente de cosmovisão.

Na cultura contemporânea, existem paradigmas distintos em saúde coexistindo, às vezes, conflitualmente; às vezes, paralelamente; às vezes, harmonicamente; e, às vezes, na maior parte do tempo, de forma híbrida e mesmo sincrética, isto é, com misturas de dimensões, de práticas, sem que se perceba em que momento se está utilizando uma racionalidade médica ou outra. Isso é um fato cultural, algo que acontece na prática social.

O paradigma moderno, fundamento da biomedicina, surge no século XVII, como normalidade *versus* patologia e não doença *versus* cura. Retrata uma versão preventivista entre normalidade e patologia, versão predominante no campo da saúde pública. É preciso prevenir as patologias, fato que pode ser realizado de diferentes maneiras, inclusive por práticas muitas vezes descoladas do contexto de outras racionalidades médicas. Assim são prevenidas doenças com um paradigma, em si, ainda orientado pela doença e pelo adoecer.

Atualmente, uma nova versão muito importante, difundida inclusive pelas organizações internacionais de saúde, é imposta: a promocionista, ligada ao conceito de saúde. No lugar de prevenir doenças, por que não promover a saúde? Nessa versão promocionista ainda se encontram traços da concepção de que é preciso proteger a população, promover a saúde, protegê-la do risco, o que torna a noção epidemiológica do risco ainda bastante presente.

Na versão promocionista, a promoção da saúde, em sua maioria fruto de indicação médica, realiza-se por determinadas práticas, que podem ser terapêuticas, corporais – exercícios ocidentais como alongamento, hidroginástica, dança de salão –, arteterapêuticas ou nutricionais, dentre outras.

O hibridismo e o sincretismo são concretizados pelo fato de essas práticas, muitas vezes, se mostrarem deslocadas do contexto de uma específica racionalidade médica, sendo tratadas como uma prática em si. A despeito desse fato, é fundamental que se distinga o que pertence a práticas e o que é uma racionalidade médica como a medicina.

Outra versão se apresenta hoje em dia: a versão estética das práticas de promoção à saúde, que identifica a saúde com beleza, vigor e juventude. Há muitas práticas ditas como de promoção à saúde ligadas puramente à questão da estética. Em determinados países, como o Brasil, essa situação tem um papel importantíssimo. Uma indústria estética e várias especialidades médicas estão sendo desenvolvidas para atender a essa versão.

Por fim, mais uma versão se impõe: a vitalista das práticas e da racionalidade, ou seja, a que concebe a busca da saúde como expansão da vitalidade, em todos os sentidos da vida, chamada de visão integral, integradora, integrativa. Por ela, acredita-se que não adianta atingir mecanicamente o organismo humano, pois ele não é uma máquina como defendia a metáfora cartesiana, é muito mais do que isso.

Atualmente, há coexistência de paradigmas e racionalidades médicas na nossa cultura. Não é possível dizer que a medicina chinesa está na China ou que a ayurvédica está na Índia ou que a homeopatia e a antroposofia estão nos países ocidentais. Existem inter-relações, mais conscientes, menos conscientes, mais buscadas, menos

buscadas. A hipótese é de que, como a racionalidade da biomedicina se deteve, prioritariamente, na questão da diagnose, uma vez que elegera a doença e o combate a ela como núcleo central do seu objeto, procurou, em outras racionalidades, fazer frente ao “buraco” da terapêutica. Isso é muito importante porque, em determinado momento, as práticas chamadas integrativas – práticas terapêuticas ou promocionais da saúde de outras racionalidades – podem ser consideradas como uma ocultação de uma falha estrutural de uma racionalidade, a da biomedicina. Considera-se falha estrutural o fato de a biomedicina, por se concentrar excessivamente na diagnose das patologias, terminar por relegar a prática da terapêutica, como busca de cura e recuperação da saúde, a segundo plano. No senso comum de uma faculdade de medicina, o bom médico é aquele capaz de diagnosticar, e não aquele capaz de tratar.

É difícil falar das racionalidades não ocidentais ou não vitalistas, pois há paradigmas distintos. Por sua vez, as racionalidades homeopática e antroposófica das medicinas chinesa e ayurvédica têm em comum a questão de estarem centradas na terapêutica, não na terapêutica da doença, mas na do sujeito doente. É importante entender isto: é o sujeito doente que interessa em todas as suas dimensões, inclusive a familiar e a social, dentre outras.

A medicina homeopática pode ser delineada como uma medicina do sujeito doente. Ao contrário da biomedicina, que é uma ciência da diagnose, a homeopatia busca ser uma ciência da terapêutica. O sonho de Hahnemann era construir cientificamente a sua terapêutica, portanto a ambição maior da medicina homeopática é sustentar-se cientificamente como terapêutica do sujeito. A homeopatia é, ao mesmo tempo, uma terapêutica da força vital e não do organismo, sendo a força vital o núcleo denso e básico do que há que curar no sujeito, e uma medicina da totalidade humana: o sujeito é uma unidade viva de múltiplas dimensões e a sua terapêutica deve ser congruente com essa concepção.

As medicinas do sujeito, a antroposofia, a medicina chinesa, a ayurvédica, são medicinas que trabalham o sujeito, tendo pontos em comum com a homeopatia. O lugar no mundo onde a homeopatia é mais desenvolvida no plano científico é na Índia.

Quanto aos avanços e desafios colocados à homeopatia como racionalidade médica e como prática no sistema de saúde, pode-se

destacar, em primeiro lugar, a busca de legitimação do saber homeopático, presente desde o século XIX, no Brasil desde 1840. Desde então, busca-se tal legitimação pelas atividades de pesquisa. No entanto, o paradigma vitalista impõe outro modelo de pesquisa, pede adaptações à racionalidade homeopática, fazendo com que o paradigma central da homeopatia, o restabelecimento da energia ou força vital dos sujeitos, como unidades individuais embora totais, seja desrespeitado, pois, ainda que possa haver medicamentos para epidemias, a forma de diagnosticar os medicamentos e sua dosagem é própria do procedimento homeopático.

Obstáculos institucionais à pesquisa homeopática no Brasil, diferente de outros países onde eles são muito menores, como em Cuba, sobrepõem-se às iniciativas ainda isoladas. É inegável a ocorrência de avanços, mas, ainda hoje, por exemplo, quando são organizados simpósios nacionais de pesquisa em homeopatia, há uma grande dificuldade de se identificarem possíveis financiadores. Não há forma legitimada, ainda, não apenas na homeopatia, mas também em outras racionalidades anteriormente mencionadas, como a antroposofia, a medicina chinesa, etc.

Observa-se, em cerca de um século e meio da história da homeopatia no Brasil, que o favorecimento do avanço do saber e da prática é o Estado Nacional (não o governo) em suas três dimensões: central, estadual e municipal. No Brasil, a homeopatia tem convênios com entidades de previdência social desde os anos 50/60. Ela poderia ter tido um sistema de intervenção prática, como enfermarias, desde o século XIX, com as grandes epidemias.

Hoje em dia, existem associações da sociedade civil de defesa da homeopatia no Serviço Único de Saúde e organizações de pacientes que defendem a homeopatia inclusive quando um gestor de uma unidade de saúde quer acabar com um serviço existente.

Existe um obstáculo à produção do saber vitalista na pesquisa científica. Os modelos nos quais são assentados os princípios da ciência médica são o biomecanismo e a biofisiopatologia, mecanismos que se opõem à idéia central de ordem vital, do desequilíbrio da ordem vital, do seu reequilíbrio e da sua volta à harmonia, e que determinam uma linguagem própria aos pesquisadores. As alianças vão se dar no plano da política pública e da sociedade civil. No plano dos sabe-

res, na academia é muito difícil inicialmente reconhecer a existência de outro paradigma e, ainda, de outra racionalidade médica como possibilidade de pensar a saúde humana. Uma medicina do sujeito humano sobre o qual possam ser feitas experiências depara-se com muitos obstáculos na academia, nas organizações médicas.

Por sua vez, o obstáculo metodológico tem natureza epidemiológica, política e ideológica – o que não se pode ver, não se pode contar, não existe. A ciência ocidental dos últimos três séculos baseou sua metodologia de pesquisa no que pode ser visto e ser contado. Romper com esse paradigma é muito difícil, principalmente, porque é um paradigma ao mesmo tempo metodológico e epistemológico. No plano epistemológico, é impossível trabalhar com outros paradigmas que pedem parâmetros adequados àquela racionalidade. Se há apenas um modo de ver e esse modo de ver é determinado como legítimo, como outras formas de ouvir e de sentir podem se legitimar? No campo da política, segundo Foucault (1982), a verdade deste mundo é deste mundo, portanto submetida aos princípios deste mundo.

Com relação ao ensino da homeopatia no Brasil, apesar de a medicina homeopática ser uma especialidade médica há 20 anos, não há possibilidade de se graduar em homeopatia. O ensino médico ou em qualquer área da saúde não aborda o saber homeopático, nem mesmo seus princípios básicos. Esse é um obstáculo real que precisa ser superado, ao lado de tantos outros.

Apesar de haver uma vitória parcial, muitos são os obstáculos a serem superados: obstáculos à prática profissional, à institucionalização do ensino da homeopatia e à existência de hospitais homeopáticos. Há muito que se avançar...

Referência

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1982.



Cuba – Pesquisa em Práticas Integrativas e Complementares

A dengue e os complexos homeopáticos

Jorge Luís Campistrous Lavaut¹

A história da homeopatia no combate a epidemias é marcada por um trajeto no qual ocorreram importantes momentos, podendo-se destacar: em 1801, a homeopatia foi usada pela primeira vez para tratar uma epidemia de escarlatina na Prússia. Em 1918 e em 1921, nos Estados Unidos, ela foi empregada para tratar uma pandemia de para influenza. No Brasil, a Associação Médica em Homeopatia do Estado de São Paulo obteve resultados significativos nas campanhas antidengue – 81,5% de resposta favorável ao tratamento homeopático na campanha realizada em 2001 – e assim também a Índia, país que possui uma grande experiência no controle e prevenção da dengue, tanto simples como hemorrágica.

A utilização da homeopatia no controle e prevenção de epidemias em Cuba iniciou-se no século retrasado. Foram alcançados resultados efetivos tanto na prevenção como no tratamento da população, como, por exemplo: em 1993, na epidemia de conjuntivite hemorrágica, na cidade de Havana; em 1997, de hepatite, no município de La Lisa, também em Havana; em 2001, de dengue, em Santiago de Cuba; em 2004, de hepatite, em Holguín.

A homeopatia pode ser um instrumento de inestimável valor no combate a epidemias, merecendo atenção em pesquisas, para que essa estratégia simples, eficaz e de baixo custo passe a ser concebida e utilizada como um importante recurso de saúde pública. A utilização da homeopatia para o controle da dengue deu-se em razão do elevado grau de incidência das duas formas da doença na população e após realização de estudos científicos sobre o tema.

¹ Chefe de Pesquisas do Centro Nacional de Medicina Natural e Tradicional – Ministério da Saúde Pública de Cuba

A estratégia de implantação abarcou as seguintes ações:

- Constituição de comitês de especialistas, tanto em epidemias como em homeopatia, para abordagem de diferentes temas, principalmente os voltados à sistemática de atendimento e acompanhamento ao paciente.
- Determinação do grupo epidêmico para tratamento das grandes epidemias – ver a epidemia não sob o ângulo individualizado do paciente, mas da coletividade.
- Levantamento do repertório dos sintomas.
- Estabelecimento da estratégia terapêutica, principalmente com a definição dos medicamentos a serem administrados.
- Seleção de produtores dos medicamentos e estabelecimento de ações para garantia dos insumos necessários.
- Elaboração da estratégia de intervenção e submissão à aprovação do Sistema Nacional de Saúde de Cuba.
- Elaboração de dois manuais, um destinado aos médicos não homeopatas e outro aos pacientes, contendo informações sobre a homeopatia e os medicamentos homeopáticos. Tais publicações apresentam formatação similar às dos medicamentos alopáticos.
- Produção dos medicamentos.
- Seleção e treinamento da equipe de profissionais responsáveis pela condução das ações de intervenção na epidemia, incluindo treinamento sobre homeopatia para os profissionais médicos não homeopatas e sobre a dengue para toda a equipe envolvida.
- Planejamento do trabalho a ser desenvolvido pela equipe médica e de farmacêuticos.
- Distribuição dos medicamentos aos hospitais selecionados.
- Criação de uma botica para atendimento de urgências.
- Preparação de uma equipe específica para trabalhar nas Unidades de Terapia Intensiva.

O objetivo geral da pesquisa foi avaliar a eficácia terapêutica da aplicação dos medicamentos homeopáticos no tratamento da dengue. Os específicos foram determinar a eficácia do complexo homeopático (BEPG 30) no tratamento da dengue e identificar e descrever os eventos adversos que pudessem ocorrer com o tratamento.

A hipótese de trabalho era que o tratamento homeopático reduza a intensidade dos sintomas e diminui o período de duração da enfermidade, proporcionando uma melhoria rápida do paciente.



A concepção geral do estudo realizado foi do tipo ensaio: ensaio clínico fase III, com grupo controle, sendo que houve dois grupos de tratamento, divididos por meio de amostra aleatória simples, um fazendo uso do tratamento e outro de placebo. Foram estudados pacientes de ambos os sexos, residentes em Cuba, que apresentavam sintomas de dengue e que ingressaram na instituição participante do Projeto.

A Dengue Clássica (DC) apresenta, dentre outros sintomas, febre, dor muscular e nas articulações e vômito. Os sintomas da Dengue Hemorrágica (DH) são: febre ou antecedente de febre, manifestações digestivas, dor abdominal, manifestações hemorrágicas, extravasão de plasma por aumento da permeabilidade vascular, hemoconcentração e derrame pleural.

Foram definidos como critérios de inclusão: o diagnóstico de dengue; idade entre 15 a 60 anos; o paciente estar entre o primeiro e o terceiro dia de início da patologia. Foi exigida, ainda, autorização escrita, assinada pelo paciente, para participar do estudo científico. A amostra abrangeu 350 pacientes por grupo, ou seja, 700 pacientes.

Foram utilizados como critérios de não-inclusão: negação do paciente; gravidez, puerpério ou amamentação; transtornos psiquiátricos; enfermidades malignas; enfermidades hepáticas conhecidas; transtornos endócrino-metabólicos; apresentação, pelo paciente, de complicações da enfermidade; transtorno do sistema imunológico; uso concomitante de tratamentos hormonais.

Foram definidos como critérios de exclusão do estudo: reações adversas severas ou moderadas aos medicamentos usados; abandono voluntário; presença de outros sintomas não próprios das formas clínicas de dengue; presença de complicações relacionadas à enfermidade; falecimento.

Quanto à via de administração, dosagem, frequência e duração do tratamento, foi preconizado administrar, por via oral, 5 gotas diluídas de BEPG 30 em $\frac{1}{2}$ copo de água a cada hora, pelo menos 10 vezes ao dia, durante 3 dias, respeitando as horas de sono, e, após, continuar com 5 gotas diluídas em $\frac{1}{2}$ copo de água, quatro vezes ao dia, por 10 dias.

O protocolo de entrada era preenchido por um profissional da equipe. Nesse momento, o paciente indicava o grau de ocorrência de cada um dos sintomas, utilizando uma escala composta de 0 (sem ocorrência), 1 (leve, não me acomete muito), 2 (moderado, muito desagradável, mas suportável) e 3 (severo, quase não posso suportar).

Os medicamentos foram apresentados, em forma líquida, em frascos de 15 ml% (cada ml 20 gotas), com as seguintes composições: bryonia 30 CH; eupatorium 30 CH; phosphorus 30 CH; gelsemium 30 CH e a 30 mL, sendo utilizado como excipiente veículo hidroalcoólico a 20%.

A Bryonia Alba é indicada para os quadros em que o paciente apresenta: calafrios súbitos, acompanhados de sede intensa, sanada pela ingestão de grandes quantidades de água fria; febre, que cede com rapidez após administração do medicamento homeopático; dores no corpo, no peito e nas costas, com sensação de opressão, que melhoram com pressão forte e são acentuadas ao menor movimento. No leito, o paciente tende a permanecer quieto.

A Eupatorium Perfoliatum é indicada para os quadros em que o paciente apresenta: sede intensa; violentos calafrios e náuseas, acentuadas com a ingestão de líquido; cefaléia intensa, acompanhada de dor nos olhos; globos oculares doloridos; dores nos ossos; prostração e depressão; sudorese escassa ou nula.

A Gelsemium Sempervirens é indicada para os quadros em que o paciente apresenta: febre sem sede; face quente e congestionada; cabeça pesada; sensação de possuir um cinto apertado ao redor do rosto; pálpebras apertadas, quase caindo; prostração e sonolência; acentuada debilidade; tremores e sudorese abundante de longa duração.

Os medicamentos eram armazenados em lugar seco e fresco, protegidos da luz e distantes de equipamentos emissores de radiações eletromagnéticas (televisores, fornos de microondas, computadores, etc.).

Durante a epidemia da dengue, foram diagnosticados três grupos de casos clínicos. Para cada um deles, foi estabelecida uma me-

dicação guia, capaz de cobrir totalmente os sintomas. A equipe de atendimento era composta por quarenta médicos homeopatas e havia um hospital específico para atendimento, com 900 leitos. Posteriormente esse número foi ampliado para três hospitais, com um total de 1.250 leitos. Diante do elevado número de pacientes e da impossibilidade de acompanhamento individualizado da sintomatologia/administração dos medicamentos, foi utilizado um complexo homeopático, com as três medicações da epidemia, acrescido de fósforo, para prevenir, principalmente, complicações hemorrágicas.

O protocolo que autorizou a utilização da medicação homeopática partiu de um protocolo convencional, como os utilizados pelas medicações alopáticas, aprovado pelo governo em sua íntegra. Pesquisa científica, realizada paralelamente, apresentou metodologia atrelada e fundamentada, teoricamente, aos princípios homeopáticos.

O objeto de estudo, um ensaio clínico do grupo três, como preconizam os institutos internacionais regularizadores, focalizou, principalmente, os efeitos da utilização da medicação homeopática no tratamento da dengue. Foi empregado não um medicamento específico, mas um complexo homeopático a um grupo controle de pacientes e medicamento placebo a outro grupo.

Em Cuba, a epidemia atingiu principalmente as mulheres – 55% dos pacientes eram do sexo feminino. A distribuição entre faixas etárias foi similar, com exceção da cidade de Camaguey, na qual prevaleceram crianças. A grande maioria dos pacientes era da raça branca. Uma pesquisa ativa foi realizada e pacientes com sintoma de cefaléia ou algum outro sintoma, mesmo sem febre, ou já com febre e outro sintoma suspeito, foram submetidos ao tratamento ao apresentarem o primeiro sintoma.

Após a primeira semana de atendimento, os pacientes que faziam uso de medicamentos de efeito placebo exigiram ser atendidos com medicação homeopática, desfazendo-se o grupo placebo. Nesse momento, 900 pacientes passaram a ser atendidos com a homeopatia. Foram tratadas algumas complicações, além de um número significativo de pacientes com dengue hemorrágica.

Os sintomas desapareceram logo após o início do tratamento intensivo com o uso dos medicamentos homeopáticos. Os pacientes

que foram acompanhados por meio da observação e manutenção dos sinais vitais, práticas tradicionalmente utilizadas pela medicina ocidental, ficaram internados, em média, por dez dias.

Os resultados alcançados permitem concluir que os pacientes tratados com homeopatia, após 12 horas, já não mais apresentavam sintomas que justificassem a terapia intensiva.

Estudo do nível plaquetário dos pacientes mostrou a diminuição do número de plaquetas enquanto durou a epidemia. Os que se trataram com homeopatia, apesar da diminuição do número plaquetário, não apresentaram sangramento. Quando o paciente apresentou hemorragias ou forte fraqueza das pernas, tratamento homeopático intensivo foi realizado com resultados positivos.

O complexo homeopático na formulação apresentada (BEPG-30) demonstrou ter efeito clínico efetivo e eficácia para o tratamento sintomático dos pacientes com diagnóstico clínico de dengue e, nas concentrações utilizadas no estudo, ministradas durante 10 dias, apresentou adequada segurança terapêutica.

Além disso, há o impacto econômico. As medicinas alternativas são mais econômicas que a convencional. Os pacientes internados nos hospitais custavam diariamente com a medicina convencional 150 pesos e, com a homeopatia, 100 pesos. A redução de 50 pesos diários em uma epidemia dessa magnitude é bastante relevante. Em Cuba, com o uso do tratamento homeopático durante a epidemia, que durou 45 dias, foram economizados cerca de 3 milhões de pesos.



Brasil – Medicina Antroposófica – Avanços, Desafios na Assistência, no Ensino e na Pesquisa

Ricardo Ghelman ¹

O caminho filosófico da antroposofia, amplamente conhecido na ciência como reducionismo, percorre, desde 1840 até os dias de hoje, diferentes saberes: o da anatomia patológica, que concebia a doença no órgão; o da patologia celular, a doença na célula; o da patologia genética, a doença no núcleo da célula; o da patologia molecular, a doença nas moléculas, a visão molecular da medicina hegemônica.

Nesse caminho reducionista, a medicina se fragmentou: no seu chão, os conhecimentos farmacêuticos – Escola de Galeno – e, no seu teto, os conhecimentos da psicologia, derivados da medicina – Escola de Esculápio. Hoje, possuímos uma medicina sem medicamentos e sem psique, ou seja, quem encaminhamos para o farmacêutico, encaminhamos para o psicólogo, para o psiquiatra, etc. Esse quadro propõe um novo olhar no caminho da especialização: a necessidade de formação de uma equipe transdisciplinar, uma vez que não existem mais médicos com a visão do todo.

O reducionismo produziu algumas distorções. A primeira delas, a idéia do arsenal terapêutico armado proposto pela indústria dos “sais moleculares”, ou seja, uma visão bélica da medicina, que concebe como guerra lutas contra bactérias, inflamação ou apatia social, fazendo com que 95% das medicações sejam antibióticos, antiinflamatórios e antidepressivos. A prática terapêutica cotidiana baseia-se nessa guerra.

Outra grande distorção é o conceito de que o ânimo é questão da serotonina cerebral, quando se sabe que a serotonina produzida no cérebro corresponde a apenas 5% do total produzido pelo corpo humano, sendo 90% produção entero-hepática.

¹ Coordenador do Setor Interdepartamental de Medicina Antroposófica – Universidade Federal de São Paulo

Em um sentido mais amplo, pode-se dizer que a depressão é uma questão mais abdominal do que cefálica. Essas distorções revelam a necessidade de desfocar-se da visão psicossomática cerebral.

A antroposofia tem sua base como uma cosmovisão aplicada especialmente na área de pedagogia e agricultura, expandindo-se para a medicina com Rudolf Steiner, PhD (1861 – 1925), que a criou por volta de 1890 e, em 1920, ao encontrar-se com a médica holandesa Ita Wegman, MD (1876 – 1943), fundou-a oficialmente. Ela chegou ao Brasil na década de 50, com Gudrun Burkhard, médica da Universidade de São Paulo (USP).

A medicina antroposófica é praticada por médicos com cursos de pós-graduação lato sensu, existentes na Alemanha, Suíça, Holanda, Itália e Brasil, e é coordenada internacionalmente pela Federação Internacional das Associações Médicas Antroposóficas. Publicações de estudos realizados na área são disponibilizadas nos sítios eletrônicos <<http://www.ivaa.info>> – Europa e <<http://www.anthromedlibrary.com>> – EUA.

A medicina antroposófica é praticada em 80 países, há 88 anos, estando distribuída em diferentes locais do mundo. No Brasil, ela está presente em oito estados, que contam com 1.500 médicos antroposóficos, 350 deles oficialmente vinculados à Associação Brasileira de Medicina Antroposófica.

Considerada uma medicina complementar e integrativa de orientação humanista, assim caracterizada pela racionalidade médica (LUZ, 1993), a medicina antroposófica foi reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina, em 1993 (Parecer nº 21/93), como “prática médica”. Não é considerada ainda uma especialidade, mas é vista como uma prática médica que desenvolve metodologia científica própria. Realiza pesquisas de medicamentos, a partir da abordagem fenomenológica, nas quais são estudadas a morfologia e a fitoquímica integrada das plantas, e desenvolve uma abordagem unificada da fisiologia, fisiopatologia e terapêutica, baseada na idéia de sistemas e organizações, além de estudos na área de bioquímica.

O profissional de saúde antroposófico se empenha, junto com o paciente e a família, em perceber o significado da doença na visão do desenvolvimento noo-psico-somático sobre o pano de fundo

do estudo racional de sua história de vida, realizado a cada sete anos, buscando-se um diagnóstico pela biografia. Entenda-se noo como espiritual.

O conceito do ser humano abrange essas três instâncias: a somática, considerada resultado da organização de quatro campos de forças que ordenam a morfologia e a fisiologia, não se levando em conta, portanto, apenas a energia vital, e sim os quatro níveis de organização, aqueles que organizaram evolutivamente o mundo mineral, vegetal e animal até o ser humano; a psique, fruto da organização das vontades, sentimentos e pensamentos em interação psicossomática e da individualidade (pyrus), que cria os dois eixos – o da psique, com a essência humana que gera autoconsciência, e o do corpo, o da identidade imunológica, que possibilita a separação do que é self e não-self; a imunológica, ligada diretamente à individualidade, e não apenas à psique. Essas três regiões da constituição humana se desenvolvem ao longo de 63 anos. Até os 21 anos, é desenvolvida a parte somática; dos 21 aos 42, a parte psíquica; a partir dos 42, época em que o soma começa a entrar em declínio, tem-se o desenvolvimento da individualidade. Após os 63 anos, acontece o período da colheita, fase mais livre do desenvolvimento.

Genericamente, o homem se organiza, seja em estado de vigília ou sono, de acordo com os ciclos de desenvolvimento, em quatro instâncias: a física e a vital, geralmente associadas, e, sobre elas, a anímica e a do Eu. Essas instâncias são avaliadas da seguinte forma:

- A física é avaliada, corporalmente, pelo controle do peso (quantitativo e qualitativo) e pela análise da tendência de mineralização, rigidez e edema. O aspecto psíquico é investigado pelo grau de melancolia (peso d'alma) ou excesso de bílis negra, rigidez, dureza mental e cristalização de idéias fixas.
- A vitalidade é avaliada, corporalmente, pelas formas convexas (formas infantis), pela leveza, pela capacidade de regeneração e crescimento, pelo turgor úmido e maciez da pele, pela falta de cansaço e fácil recuperação. Psicicamente, a vitalidade é avaliada pela boa memória, pela profundidade do sono, pelo temperamento fleumático e pela capacidade de adaptar-se a situações.
- A organização anímica é avaliada, corporalmente, pelo tônus muscular, motricidade, sensibilidade, agilidade, distribuição da

- gordura e sua absorção, sensibilidade gástrica, pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória e distribuição de gases. Psiquicamente, pela irritabilidade, ansiedade, atenção, vigília, animação, dispersão e temperamento sanguíneo.
- A organização do Eu é avaliada, corporalmente, pelo equilíbrio, postura, temperatura adequada, olhar presente e imunocompetência. Psiquicamente, pela capacidade de concentração, ‘presença de espírito’, determinação e atuação, temperamento colérico e capacidade de coerência.

Aos 21 anos, um indivíduo saudável deve adquirir as seguintes características de organização do Eu perceptíveis no corpo: equilíbrio, postura, “olhar presente”, homeotermia e imunocompetência, e perceptíveis na psique: busca de significados, concentração, determinação, atuação, “presença de espírito” e coerência.

Agregam-se a esses conceitos o da salutogênese. A antroposofia valoriza muito o estudo da salutogênese, modelo teórico que aborda os pacientes, as pessoas que não adoecem, ciência cujos estudos iniciais foram desenvolvidos com sobreviventes de campos de concentração. Aaron Antonovsky, fundador da teoria da salutogênese, descreve que a saúde está relacionada ao conceito de “senso de coerência”, instituído por três características: compreensibilidade (capacidade de compreensão do mundo), manuseabilidade (capacidade de manusear as situações) e significado (capacidade de dar significado ao mundo). Estudos revelam que, se o indivíduo adquire essas características ao longo da vida, apresenta baixa tendência ao adoecimento. Revelam também prognósticos positivos inclusive em pessoas com doenças como câncer e cardiovasculares. O termo salutogênese é usado de diversas formas, como resiliência e auto-regulação, termos que expressam a atuação da individualidade no paciente.

Outro conceito fundamental adotado pela antroposofia é o da organização tríplice referente aos três sistemas que se organizam muito precocemente no desenvolvimento humano, no momento em que são estabelecidos os três folhetos embrionários. O ser humano, do ponto de vista embrionário, pode ser considerado um ser três em um: o ectoderma, relacionado à consciência, com pouca capacidade regenerativa; o endoderma, relacionado à epiderme, com enorme capacidade regenerativa e de vitalidade, mas com pouca consciên-

cia; o mesoderma, que estabelece o equilíbrio. O sistema ligado ao ectoderma é chamado de Sistema Neurossensorial (SNS); o ligado ao endoderma, de Sistema Metabólico Sexual Motor (SMM); o ligado ao mesoderma, de Sistema Rítmico (SR).

O Sistema Neurossensorial é caracterizado por um centro cranial, com mineralização periférica nos ossos chatos, simetria lateral, baixa capacidade regenerativa e tendência à imobilidade. Ele tem por função permitir sensação, percepção e consciência, ao mesmo tempo que influi no metabolismo de uma forma destrutiva, catabolizante, desgastante, mas também ordenadora.

O Sistema Metabólico Sexual Motor tem seu centro caudal, com mineralização central nos ossos longos, apresenta assimetria e dinâmica em espiral, uma enorme capacidade regenerativa, não permite sensação, percepção e consciência, tendendo ao movimento e ao caos.

Na psicossomática tradicional encefálica, considera-se que os três níveis da psique estão ligados ao cérebro reptiliano, mamífero, que é o sistema límbico, e ao neocórtex. Na visão antroposófica, essas três esferas da psique estão relacionadas aos três sistemas, ou seja, pensamentos na cabeça, sentimentos no tórax e querer ou atuação no metabolismo e nos membros.

Na formação do corpo humano, fica claro que o fator que gera a formação dos órgãos não é a vitalidade, que se caracterizaria pela mitose – capacidade de crescimento –, mas sim um jogo entre vida e morte, muito bem exemplificado pela formação da nossa mão – um broto esférico nasce como um coto que sofre morte celular programada na área ventral e dorsal, formando um plano, ocorrendo depois, em quatro pontos, a morte celular programada. Se muito intensa, surgem dedos longos; se pouco intensa, dedos curtos. Sempre em jogo, duas forças opostas em polaridade – as forças da vida e as da morte. As forças da vida, relacionadas ao sistema metabólico, e, as da morte, ao sistema neurossensorial.

Um dos desafios da prática médica em antroposofia é resolver a polaridade existente entre ectoderma e endoderma, entre apoptose e mitose e entre consciência e vitalidade. Um conceito fundamental é o ritmo como promotor desse equilíbrio. O Sistema Rítmico é me-

diado pela respiração e pela circulação, fato que produz um equilíbrio entre os sistemas polares. O ser humano possui um Sistema Rítmico conciliador, harmonizador, integrador e curador.

A estratégia do ritmo, na medicina antroposófica, é pensada inicialmente como projetos anuais, trianuais e setenais, ritmos da idéia transformando-se em ideais e trabalhando com metas a curto, médio e longo prazo. Em seguida, é visualizada como ritmos trimestrais, relacionados às quatro estações do ano, o ritmo da natureza, solstício e equinócio. Posteriormente, é vista como ritmos mensais, o ritmo do encontro consigo e com os outros – a vida social, salientando na mulher o ciclo menstrual, sabendo-se que ela está centrada na ovulação e descentrada na fase pré-menstrual. Por fim, como ritmos semanais, unidade de tempo estratégica para a saúde – em uma semana, o indivíduo pode desenvolver uma estratégia de equilíbrio saudável, uma vez que os dias da semana possuem um arquétipo interplanetário, que se perdeu na Língua Portuguesa, mas ainda está presente em outros idiomas como o espanhol, o italiano e o inglês, nos quais os dias da semana correspondem aos planetas, representando o Sunday como liberdade solar, o convívio social, os domingos. O sistema de ritmo semanal procura desenvolver o saber viver a semana e o aprender a alternar atividades para fora e para dentro.

Há ainda os ritmos circadianos. Durante o dia, a luz permite ao homem produzir cortisol, DHEA, dopamina e ter um padrão imunológico imunodeprimido. À noite, durante o sono, produzimos melatonina, hormônios de crescimento que rejuvenescem, serotonina e um padrão inflamatório que aumenta a temperatura corporal e resgata a saúde. Além desse, há o ritmo do sistema nervoso autônomo, ritmo alternado em simpático e parassimpático e que deve ser respeitado pelo ser humano. O homem acorda de forma parassimpática (se o despertar não for por despertador); no meio da manhã, alterna o ritmo para o modo simpático e assim, sucessivamente, até o final do dia. Existem ainda o ritmo alimentar, o do sono e o ritmo REM, que é um ritmo de noventa minutos. Hoje as pesquisas modernas apontam que o ritmo REM se perpetua durante todo o dia.

Na visão da antroposofia, a doença é concebida como um desequilíbrio nos sistemas de forças, com predomínio do Sistema Neurosensorial (Águia Sagrada) ou Sistema Metabólico (Vaca Sagrada) e

suas manifestações orgânico-psíquicas e, a cura, como o reequilíbrio desses sistemas de forças.

Ao longo dos primeiros vinte e um anos de vida, o indivíduo tem um predomínio do pólo metabólico, que vai se manifestar em uma forma de os linfócitos T (linfócitos que promovem o modo de inflamar) se comportarem na infância, modo agudo com febre, padrão chamado TH1, que resulta em toda a epidemiologia infantil de doenças infecto-contagiosas. Dos 21 aos 42 anos de idade, as pessoas não morrem de doenças em geral, morrem de acidentes. A partir dos 35 anos de idade, é iniciado um caminho de mudança do padrão imunológico, padrão TH2, imunossuprimido, caracterizado por inflamação crônica e que vai gerar todas as doenças crônico-degenerativas. Esse conceito mostra que, quanto mais neurossensorial for o indivíduo, mais precocemente ele desenvolverá doenças crônico-degenerativas, diabetes e hipertensão arterial.

Os mecanismos de cronificação dependem de uma relação patológica entre corpo, psique e individualidade. Por exemplo, a síndrome metabólica (National Cholesterol Education Program's Adult Treatment Panell (NCEP – ATP III), definida pela OMS como pandemia global emergente, transtorno complexo que pode aumentar a mortalidade geral em cerca de 1,5 vezes e a doença cardiovascular em 2,5 vezes, caracterizada pela elevação da pressão arterial e do colesterol, com redução do HDL, obesidade abdominal (circunferência abdominal), elevação de triglicerídeos, da glicemia por resistência periférica da insulina, do ácido úrico e pela presença de ovário policístico, deve ser compreendida pela análise do mecanismo dos carboidratos, lipídios e das proteínas, que não consegue ser exercido em toda a sua profundidade, não consegue atingir o caminho crânio-caudal de desenvolvimento. Quanto mais cranial o indivíduo se localiza na sua vida, mais difícil será o colesterol se transformar em seus metabólicos. As rotas do colesterol são: no metabolismo, forma a biliar; na parte sexual, forma todos os hormônios sexuais; na locomotora, forma a pró-vitamina D. O LDL é um colesterol que tende à cristalização, enquanto o HDL tende a proteger contra a arteriosclerose. Pode-se dizer, assim, que existe um colesterol neurossensorial e um metabólico.

Na assistência, a terapêutica antroposófica realiza-se por uma abordagem transdisciplinar tríplice, coerente com a cisão tríplice

da antroposofia, ou seja, na área da individualidade, é realizado o trabalho biográfico (médicos e psicólogos); na área psíquica, a psicoterapia antroposófica e a terapia artística; na área somática, a medicina e a farmácia antroposófica, a enfermagem, nutrição, odontologia, fisioterapia, fonoaudiologia e as terapias propriamente ditas: massagem rítmica, euritmia e quirofonética.

Entre as terapias não medicamentosas, a antroposofia trabalha com:

1. Terapias externas: escalda-pés, enfaixamentos, compressas e emplastos à base de chás, óleos e pomadas fitoterápicas.
2. Banhos terapêuticos: realizados com a diluição de óleos à base de plantas medicinais na água da imersão.
3. Massagem rítmica: inspirada na massagem sueca, que, por intermédio de toques específicos (deslizamentos superficiais, amassamento e malaxação, duplos círculos e lemniscatas), atua sobre as frações sólida, aquosa, gasosa e calórica do organismo, permitindo seu equilíbrio.
4. Terapia artística: envolve atividades individuais e em grupo no âmbito da forma (desenho, modelagem com argila e escultura), da cor (pintura em aquarela), do som e movimento (musicoterapia, cantoterapia e euritmia).
5. Terapia psicobiográfica: terapia breve, biográfica, em pacientes adultos com capacidade reflexiva fora de crises, preferencialmente em grupo, de caráter higiênico e preventivo (ritmo dos setênios).

A terapêutica medicamentosa é realizada exclusivamente por médicos e dentistas, que prescrevem de acordo com o diagnóstico individualizado. Em geral, associam as três farmacopéias. Estudo alemão mostrou que o médico antroposófico utiliza 70% a menos de medicamentos alopáticos, empregando em seu lugar a farmacopéia fitoterápica (extrato, tintura-mãe ou infusão com princípios ativos definidos) e dinamizada – injetável, quando há um princípio ativo que é inativado no trato digestivo, por exemplo, viscum album, ou em pacientes graves impossibilitados de medicação via oral, por exemplo, na UTI; arnica D20, em coma ou pré, per e pós-operatórios eletivos e de urgência, ou com pacientes com síndromes disabsortivas, ou se houver a necessidade de intensificar o efeito do medicamento.

A trajetória histórica da medicina antroposófica no Brasil é marcada por importantes momentos. Em 2007, a Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa (RDC) reconheceu os medicamentos antroposóficos como uma categoria específica dentro dos medicamentos dinamizados, ao lado dos medicamentos homeopáticos e anti-homotóxicos.

Há 14 anos existe um serviço de “práticas não alopáticas” em Belo Horizonte, no qual a medicina antroposófica, juntamente com a homeopatia e a acupuntura, é desenvolvida, tendo sido realizado, em 1996, o primeiro concurso específico para médico antroposófico no SUS. No Distrito Federal, no período de 1997 a 2001, houve uma experiência em Planaltina no atendimento ambulatorial no Centro de Medicina Alternativa e, em 2007, foi definida uma Co-ordenação de Medicina e Terapias Antroposóficas (Núcleo de Medicina Natural e Terapias Integrativas). Há 8 anos, em São João Del-Rei (MG), na rede pública municipal, uma equipe de Saúde vinculada ao PSF desenvolve experiência inovadora com medicina e terapias antroposóficas.

A Associação Comunitária Monte Azul (SP), criada há 25 anos, que ganhou um prêmio UNICEF como melhor trabalho social brasileiro, por ter acabado com a criminalidade na favela após 20 anos, conta com um centro de práticas não alopáticas. Desde 2001, essa Associação mantém parceria com a Secretaria Municipal de Saúde para implantação da Estratégia Saúde da Família no município. O Centro conta com uma equipe formada por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos, odontólogos, terapeutas artísticos, profissionais em terapias corporais, terapias externas (enfaixamentos, compressas e cataplasmas), terapias artísticas (artes plásticas, musicoterapia, movimento – eurtmia) e massagem rítmica, que realiza uma média de 3.500 atendimentos/mês.

Quanto à formação em medicina antroposófica, em 1974, foi instaurado o primeiro curso no Brasil, na Clínica Tobias (SP). Em 1982, foi instituída a Associação Brasileira de Medicina Antroposófica (ABMA) e, de 1993 em diante, foram promovidos cursos extensivos de 3 a 4 anos em oito estados brasileiros. Desde 2004, a antroposofia é disciplina eletiva em universidades (SIMA/UNIFESP, Brasília-ESCS/FEPECS/SES-DF, e, em Sorocaba-UNISO-SP, curso de extensão).

Um grande estudo, encomendado pelo Programa de Avaliação de Medicina Complementar da Suíça, publicou, em 2006, um levantamento de publicações na área (disponível nos endereços eletrônicos <<http://www.bag.admin.ch>> ou <<http://www.ifaemm.de>>). Ao todo, mapeou 2.090 estudos de casos e 195 estudos clínicos, 40 deles prospectivos, assim concentrados: câncer – 96 (15 randomizados), dor – 18 (3 randomizados), infecções agudas – 18, hepatite crônica b e c – 10, neuropsiquiatria – 7, cardiocirculatório – 6, gineco-obstetrícia – 6, pneumo – 6 e tireóide – 4. O índice de efeitos colaterais em todas as pesquisas foi de 0,005%.

Estudo realizado em 141 clínicas na Alemanha, com 898 pacientes, revelou que a medicina e as terapias antroposóficas produzem uma redução a longo prazo dos sintomas das doenças crônicas, elevação da qualidade de vida e redução dos custos de saúde. (HAMRE et al., 2004).

Outros estudos realizados nas últimas décadas também têm demonstrado a importância da medicina antroposófica. Tais estudos estão acessíveis em um dos centros de pesquisa abaixo relacionados: Medical Section at the Goetheanum; Universität Bern; Kollegiale Instanz für Komplementärmedizin (KIKOM); Dozentur für Anthroposophische Medizin; Institut für angewandte Erkenntnistheorie und medizinische Methodologie (IFAEMM e.V.); IFAEMM e. V.; Forschungsinstitut Havelhöhe; Forschungsinstitut Hiscia; Institut für klinische Forschung (IKF); Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke; Projekt e Louis Bolk Instituut (Department Healthcare & nutrition).

Contato:<[http:// www.cienciaearte.org.br](http://www.cienciaearte.org.br)>

Referências

HAMRE et al. Anthroposophic therapies in chronic disease: the Anthroposophic Medicine Outcomes Study (AMOS). *Eur. J. Med. Res.*, [S.l.], v. 9, n. 7, p. 351-360, 30 jul. 2004.

LUZ, Madel Terezinha da. Anotações da Comunicação: Racionalidades Médicas e Terapêuticas Alternativas. In: ENCONTRO NACIONAL DE ANTROPOLOGIA MÉDICA, 1., 1993, Salvador. *Anais...* [S.l.: s.n], 1993.

Brasil – Experiência da Secretaria de Saúde do Distrito Federal

Experiências em Práticas Integrativas da Secretaria de Saúde do Distrito Federal

Soraya Coury ¹

O Núcleo de Medicina Natural e Terapias Integrativas (NUMENATI/SES/DF), responsável pela condução e gestão das práticas integrativas da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, possui várias coordenações, cada uma correspondente a uma prática integrativa, dentre elas, acupuntura, automassagem, Liang Gong, meditação, tai chi chuan, homeopatia, medicina e terapias antroposóficas, shantala, arteterapia e musicoterapia. O NUMENATI também possui uma Coordenação de Planejamento e Pesquisa.

Desde 1987, práticas integrativas vêm sendo implantadas no Distrito Federal (DF), em um processo contínuo, à medida que são formadas equipes de profissionais capacitados a desenvolverem atividades relativas a uma determinada prática. Esse surgimento histórico proporciona a cada prática um nível de inserção na comunidade, assim como desafios e avanços distintos. Em 1987, aconteceu o primeiro movimento de estruturação das práticas integrativas no DF, com a implantação do Instituto de Tecnologia Alternativa do DF, hoje extinto. Em 1989, a Secretaria de Saúde implantou o Programa de Desenvolvimento de Terapias Não Convencionais no Sistema de Saúde do Distrito Federal, que se transformou, no mesmo ano, no Serviço de Medicina Natural e Terapêuticas de Integração. No ano de 2000, esse serviço deu origem ao Núcleo de Medicina Natural e Terapêuticas de Integração, com maior visibilidade e legitimidade institucional.

¹ Gerência do Núcleo de Medicina Natural e Terapias Integrativas

Alguns marcos históricos importantes fazem parte da trajetória do NUMENATI: em 2005, acontece a publicação do Manual de Normas e Procedimentos das Atividades do NUMENATI – Portaria 138 da SES/DF; em 2006, a definição da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) vem corroborar a implantação das práticas integrativas no DF; em 2008, há a implantação da residência médica em acupuntura, credenciada pelo Ministério da Educação (MEC).

O NUMENATI tem por princípios: a integralidade, enfocando o sujeito, a sua subjetividade e a sua singularidade nas suas multidimensões (física, emocional, mental e espiritual); a política de humanização da atenção, enfatizando também o cuidador, o profissional de saúde; o autocuidado, com o estímulo à autonomia, à assimilação e prática dos conceitos de saúde; o fortalecimento de vínculos (usuário com usuário, servidor com servidor, servidor com usuário). O núcleo considera a perspectiva da atenção centrada no exercício da integralidade enquanto atitude, compreendida como o acolhimento e a consideração do sujeito como um todo indivisível, complexo e organizado em sistemas integrados e interdependentes, que envolvem fatores físicos, psicológicos, sociais, ambientais e espirituais, que condicionam e influenciam a resultante do estado de saúde.

Suas diretrizes estão voltadas para a atenção à saúde, a pesquisa e o ensino, englobando ações de capacitação, educação permanente e oferecimento de disciplinas optativas em Práticas Integrativas aos alunos de medicina da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) e da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS).

Especificamente, tem-se a fitoterapia, atualmente voltada para a produção de nove medicamentos à base de ervas medicinais de eficácia cientificamente comprovada, como gel de babosa, pomada de confrei e de mentrasto, tinturas de alecrim, boldo, camomila, guaco e espinheira santa, distribuídos aos usuários em 25 centros de saúde e 2 hospitais. São necessários mais profissionais atuando nessa área, diante dos muitos desafios a serem enfrentados.

A acupuntura, implantada há 20 anos no DF, é praticada por 17 médicos, em onze unidades de atendimento, com média de 25.000 atendimentos/ano.

Já a homeopatia, que teve seu início em 1986, é utilizada em 17 unidades de atendimento, por 23 médicos, apresentando uma média de 21.000 atendimentos/ano. Um avanço importante foi a aprovação do Plano de Desenvolvimento da Homeopatia pelo Conselho de Saúde do DF. Um grupo de trabalho planeja a implantação do pronto-atendimento em homeopatia no Hospital Regional da Asa Norte e, em curto prazo, de uma farmácia pública de manipulação de medicamentos homeopáticos. Estão sendo conduzidos importantes estudos técnicos, dentre os quais se destaca pesquisa com pacientes portadores de HIV.

As terapias antroposóficas passaram a integrar o NUMENATI recentemente, em 2007, com a criação de uma equipe transdisciplinar no Centro de Medicina Alternativa do Hospital Regional de Planaltina, da Secretaria de Saúde do Distrito Federal – CEMA/HRP/SES/DF, que, atualmente, atende à comunidade dessa região administrativa do DF.

Das práticas corporais oferecidas à comunidade regularmente durante a semana, a automassagem é a mais antiga. Ela começou a partir de iniciativas individuais de profissionais que possuem formação em medicina chinesa, implantada em 1990, e, atualmente, é realizada em 53 centros de saúde (90% das unidades de saúde do DF), por 90 facilitadores (profissionais de nível médio ou superior da Secretaria de Saúde, capacitados em automassagem), com média de 1.200 grupos atendidos/ano. Essa prática é destaque nas Conferências de Saúde do DF, gerando inúmeras deliberações e recomendações e ampliando a demanda. Para ser facilitador, basta ser funcionário da SES/DF e fazer o curso de capacitação oferecido pelo NUMENATI. O lian gong, introduzido no NUMENATI em 1998, é oferecido em 12 unidades de atendimento e possui 11 facilitadores, com uma média de 2.100 grupos atendidos/ano. A shantala, que teve início em 2000, é oferecida em 17 unidades de atendimento e conta com 22 facilitadores, com uma média de 312 grupos atendidos/ano. É uma prática que apresenta resultados muito positivos no fortalecimento do vínculo entre o bebê e os seus cuidadores.

A meditação vem sendo desenvolvida, em razão da escassez de profissionais com formação nessa prática no DF, exclusivamente com os profissionais de saúde, como projeto piloto, no Hospital de

Apoio de Brasília (HAP), pelo grupo de trabalho Humanização na Ação Cuidando do Cuidador. É oferecida à população em eventos específicos promovidos em parceria com a comunidade e ONGS, como a Ararazul e a WWF Brasil, voltadas ao incentivo à cultura da paz e ao cuidado com a ecologia pessoal e ambiental. Atualmente, uma pesquisa de avaliação do projeto piloto vem sendo desenvolvida, a fim de analisar a participação dos profissionais de saúde da SES nas oficinas de meditação.

A arteterapia foi implantada em 2004 e, em 2007, começaram a ser realizados grupos arteterapêuticos mensais, oferecidos aos profissionais do berçário da Unidade de Pediatria do Hospital de Base do DF e da Unidade de Onco-hematologia Infantil do Hospital de Apoio de Brasília, como parte das ações do Programa Humanização na Ação Cuidando do Cuidador.

O tai chi chuan, implantado em 2006, é hoje praticado em 7 unidades de atendimento. A prática é coordenada por um grupo de 11 facilitadores, que atendem uma média anual de 900 grupos.

A musicoterapia, em processo de implantação, é oferecida em 4 unidades de atendimento, possui 4 facilitadores e atende, até o momento, uma média de 160 grupos.

Apesar dos avanços obtidos com a implementação das diferentes práticas integrativas, muitos desafios ainda permanecem, dentre os quais podem ser destacados: a falta de reconhecimento por parte dos gestores da SES/DF; a falta de espaço físico adequado para a realização das práticas; empecilhos quanto à liberação dos facilitadores das suas atividades para condução das práticas integrativas – hoje, o profissional de saúde acumula as funções de seu cargo com as de facilitador; escassez de recursos humanos; não-inclusão de algumas práticas do NUMENATI na PNPIIC; dificuldade de inserção no Sistema Nacional de Procedimentos; falta de financiamento para ensino e pesquisa, material didático e divulgação.

Diante desses desafios, é imposto ao NUMENATI, como meta principal, buscar uma maior integração com o Ministério da Saúde, para: implementação das práticas integrativas; realização de um trabalho de construção conjunta, focado na divulgação das práticas integrativas para a comunidade; criação de instrumentos

de avaliação; inclusão das outras práticas no sistema de procedimentos, para que cada uma delas tenha um código específico.

Por fim, é fundamental evidenciar que o NUMENATI tem a convicção de que as práticas integrativas de saúde representam amorosas ferramentas “de tocar no coração desse modelo e mudar...”

Contato: numenati.ses.gdf@gmail.com

Brasil – Experiência da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas (SP)

Práticas Integrativas e Complementares em Campinas

Lígia Aparecida Neiname de Almeida¹

O município possui uma população de 1.050.000 habitantes, distribuídos em uma área de 801Km², e está dividido em cinco regiões administrativas (norte, noroeste, sudoeste, sul e leste). Possui cinco distritos sanitários, 49 centros de saúde, 141 equipes do Programa Saúde da Família (PSF), 3 policlínicas, 9 Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS), 1 hospital municipal, 2 hospitais universitários e 5 hospitais conveniados, dentre outros serviços assistenciais.

Em 2001, um diagnóstico inicial identificou a baixa qualidade de prevenção, diagnóstico e tratamento dos transtornos músculo-esqueléticos, o uso inadequado e indevido dos fármacos no tratamento dessas patologias e o envelhecimento da população.

As Práticas Integrativas e Complementares em Campinas (SP) começaram a partir da compreensão de que a atenção básica em saúde precisava de um novo investimento, principalmente voltado à prevenção e promoção, pautado por uma visão mais integral do ser humano, não focalizada na dicotomia saúde/doença, mas sim na ampliação da qualidade de vida. Para tal, em 2001, foi formado o Grupo de Estudos e Trabalho em Terapias Integrativas (GETRIS), com a responsabilidade de conduzir e multiplicar práticas integrativas na cidade. Esse Grupo apresentou, como ações iniciais, mapear, na rede de saúde da cidade, médicos acupunturistas e homeopáticos para implantação desses serviços nos centros de saúde e estruturar a Botica da Família e o Projeto Corpo em Movimento.

¹ Diretora de Saúde

O GETRIS foi inicialmente responsável pela elaboração e gestão do Projeto e, na gestão atual, foi transformado em uma coordenadoria de Práticas Integrativas e Complementares, chamada de Saúde Integrativa, que polarizou e interligou os diversos projetos, alterando-os para programas, marcados pela: condução de ações de aprimoramento, aperfeiçoamento e descentralização; concepção do ser humano e de suas patologias como resultado da interação dele com os outros seres humanos e com os elementos da natureza, do estilo de vida, da alimentação e da prática de exercícios; visão integral de que a cura só é alcançada pelo equilíbrio entre a matéria e a energia, ou yin e yang. Hoje, a coordenadoria conduz os programas de homeopatia, fitoterapia, medicina tradicional chinesa, acupuntura, acupuntura de Yamamoto, osteopatia e corpo em movimento.

As ações ligadas ao Programa Corpo em Movimento foram criadas com o objetivo de oferecer ferramentas a serem utilizadas pela rede de atenção à saúde na transformação do usuário em personagem que produz sua própria saúde no seu caminhar na vida. Compuseram-se, inicialmente, em 1998, pelo tripé atividades de ginástica corporal, lian gong e atualização terapêutica.

Em 2002, foi implantado o Projeto de Práticas Alternativas e iniciou-se a capacitação de profissionais na Secretaria Municipal de Campinas. O Projeto nasceu com uma ação central, que, posteriormente, em 2004, se descentralizou para os distritos de saúde, sob a supervisão de instrutores anteriormente capacitados e de profissionais da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), que acompanharam toda a implantação do trabalho e realizaram estudos e pesquisas, principalmente no Distrito Leste, distrito com grande adesão de usuários com doenças crônicas. Em 2005, foram promovidas ações de qualificação dos instrutores nos diferentes distritos, em sete encontros teórico-práticos, que abordaram temas como anatomia, fisiopatologia dos transtornos músculo-esqueléticos e energéticos mais frequentes, grupalidade. Também nesse ano foram desenvolvidas pesquisas no Distrito Sul, por alunos do 2º ano de medicina da UNICAMP, sobre os benefícios proporcionados pelo lian gong.

O Programa Corpo em Movimento, no decorrer de sua trajetória, se transformou em diferentes ações: atualização terapêutica, lian

gong, ginástica postural, ginástica harmônica, ioga, exercícios de chikung para a terceira idade, meditação Ch'an Tao (sem conotação religiosa), tai chi chuan e dança circular, esta última voltada para os funcionários.

Pela ação de atualização terapêutica, foram capacitados 155 médicos (clínicos e generalistas) e enfermeiros, trabalhando temas como: identificando os riscos; a relação entre o trabalho da pessoa e o diagnóstico; a terapêutica adequada do ponto de vista da reumatologia.

O lian gong, parte do arsenal terapêutico da medicina tradicional chinesa, utilizado no tratamento e prevenção de patologias osteomusculares crônicas, implantado em 2002, foi descentralizado, em 2004, para os distritos, paralelamente à capacitação dos profissionais dos Centros de Saúde e Ambulatórios de Especialidades. Atualmente, existem como instrutores capacitados: no Distrito Norte, 31 profissionais; no Distrito Leste, 57; no Distrito Sul, 78; no Distrito Noroeste, 20; no Distrito Sudoeste, 30, perfazendo um total de 216 profissionais capacitados. Rotineiramente, 167 grupos participam da prática de Liang Gong, desenvolvida em parceria com as paróquias, em praças públicas ou espaços sociais de bairros: 30 no Distrito Norte, 24 no Distrito Leste, 60 no Distrito Sul, 23 no Distrito Noroeste e 30 no Distrito Sudoeste.

Os impactos da ação manifestam-se pela: redução do consumo de antiinflamatórios; melhora dos indicadores de saúde mental, principalmente relacionados à depressão; melhora da auto-estima; redução dos índices de diabetes e hipertensão arterial. Hoje, 90% do município é coberto por práticas corporais.

A prática de ioga, iniciada em cinco Unidades Básicas de Saúde, vem sendo desenvolvida em parceria com o Instituto de Yogaterapia/PMC desde 2006. Já as práticas de chikung para a terceira idade e meditação Ch'an Tao são promovidas em parceria com a Associação Médica Brasileira de Acupuntura e o Instituto de Pesquisa e Ensino Médico em Acupuntura de Campinas. O desenvolvimento desse Programa, baseado na medicina tradicional chinesa, busca promover a qualidade de vida da terceira idade bem como a prevenção e o controle das patologias mais comuns às pessoas nessa faixa etária. Até o momento, 130 instrutores foram capacita-



dos nessa prática e participam de supervisões a cada dois meses para aquisição de novos conhecimentos. Outra ação implementada, a ginástica harmônica, a primeira prática que utiliza a música e a dança como meio para desbloqueio dos centros de energia, conta com 20 instrutores/multiplicadores.

O tai chi chuan, prática baseada em exercícios de chikung (chi= energia e Kung= modular), uma das mais antigas práticas existentes no mundo, cuja origem remonta a milhares de anos, tem se mostrado um poderoso meio de prevenção de doenças e manutenção da saúde. Trabalhos científicos têm revelado a adequação dessa técnica para o tratamento de diversas patologias: hipertensão, diabetes, obesidade, asma, depressões e alterações psiquiátricas. Em março de 2007, foi iniciado curso de formação, com término previsto para setembro de 2008, para 50 profissionais.

Outro importante programa conduzido em Campinas é o da acupuntura. O “Projeto de Implantação da Medicina Tradicional Chinesa na Rede Municipal de Saúde de Campinas” foi estruturado em 2003, pelo Grupo de Estudos e Trabalho em Terapias Integrativas, iniciando suas atividades pela efetivação dos serviços dos já profissionais da rede de saúde que possuíam formação em acupuntura e que passaram a desempenhar atividades relacionadas a essa prática em horários parciais dentro das unidades de atendimento. Em 2004, foi firmada parceria entre a Prefeitura Municipal e o Instituto de Pesquisa e Ensino Médico em Acupuntura, com o objetivo de oferecer um maior número de atendimentos em acupuntura. Em 2006, essa parceria foi intensificada, para fazer frente à crescente procura por essa prática no ambulatório do Hospital Mário Gatti. Atualmente, são adotados como critérios de encaminhamento para o serviço de acupuntura o diagnóstico segundo a medicina ocidental e os exames feitos (laboratoriais e imagens), sendo a referência e contra-referência realizadas com o respectivo centro de saúde.

Paralelamente, a formação em acupuntura de Yamamoto, técnica criada pelo Professor Dr. Toshikatsu Yamamoto para o alívio da dor, foi oferecida, desde 2005, a 155 médicos da rede. Essa formação, com enfoque na técnica de YNSA, possibilitou a continuidade do Projeto de implantação dessa prática na rede pública municipal de Campinas, implantação realizada em parceria com instituições tais como: a Associação Médica Brasileira de Acupuntura, o Conselho

Federal de Medicina, a Associação Paulista de Medicina e a Sociedade de Medicina e Cirurgia de Campinas. Em 2006, foram criados ambulatórios para tratamento de dor e outras patologias baseado na técnica de Yamamoto: Complexo Ouro Verde (Distrito Sudoeste), Centro de Referência em Reabilitação (Distrito Leste) e Centro de Saúde Integração (Distrito Noroeste).

Resultados da aplicação da acupuntura de Yamamoto mostram uma redução de 12,5% nos primeiros oito meses e de 20% após um ano da emissão de receitas de antiinflamatórios na cidade de Campinas. A técnica apresenta, ainda, excelentes resultados para seqüelas neurológicas de AVC (hemiplegia, paraplegia, paralisia facial e parestesias). Atualmente, o curso de acupuntura de Yamamoto é oferecido aos médicos da rede pública que desejam se apropriar dessa técnica. Ao todo, foram capacitados 145 médicos e o tratamento é oferecido em 23 centros de saúde, além dos pontos de centralização ambulatorial.

Por sua vez, a fitoterapia, terapêutica caracterizada pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, é desenvolvida há mais tempo. Existem hortos nos hospitais e a botica da família, responsável por produzir medicamentos. As unidades de atendimento fazem a solicitação, cabendo à botica analisar os pedidos, produzir e dispensar os medicamentos. Os medicamentos produzidos são entregues aos pacientes nos centros de saúde.

Atualmente, a botica produz treze tipos de medicamentos fitoterápicos, trinta e uma formulações farmacêuticas (em estudo mais uma formulação) e quatro mil fórmulas por mês, além de géis e cremes de arnica, babosa, calêndula, hamamélis, papaína, loção lanete, cápsulas de ginkgo biloba e hipericum perforatum, chás de camomila, espinaheira santa, malva, maracujá e quebra-pedra, xaropes de guaco e tinturas de arnica e calêndula.

A aceitação dos medicamentos fitoterápicos na rede municipal tem se revelado muito boa. Todos os curativos da rede são feitos com os medicamentos manipulados pela botica da família. Além disso, conforme Portaria nº 07, da Prefeitura Municipal de Campinas, o serviço de enfermagem prescreve medicamentos para uso tópico e chás de camomila e malva. Hoje, a botica passa por ampliação da sua área física, de 118,3 para 153,3m², realiza-se a compra de



equipamentos para automatização da farmácia, implanta-se um laboratório de controle de qualidade e desenvolvem-se estudos para implantar toda a cadeia produtiva.

Um outro Programa, a Osteopatia, terapia manual pela qual, por manobras e trações, realinham-se as articulações dos pacientes, promovendo alívio das dores relacionadas a fatores emocionais, posturais, de mau funcionamento de órgãos e vísceras, foi implantada por um grupo de estudantes de pós-graduação em fisioterapia em 2005. Em 2006, expandiu-se para o Ambulatório Ouro Verde (Distrito Sudoeste) e, em 2007, para outros distritos. Atualmente, a prática é desenvolvida por pós-graduandos em fisioterapia, de maneira ininterrupta, como atividade de estágio de campo, supervisionada por professores do Núcleo de Estudos em Osteopatia e Terapias Manuais em associação com a Escola de Osteopatia de Madri.

O Programa de Homeopatia surgiu em 1989, quando foi inaugurado o ambulatório municipal de homeopatia (na época, referência para a cidade de Campinas e região; hoje em dia, com seis homeopatas, atende somente à cidade de Campinas – uma hora para casos novos e meia hora para os retornos). O Programa tem sido reconhecido por seu trabalho no acolhimento, tratamento e seguimento dos pacientes, encaminhados por colegas de diferentes especialidades médicas. A rede municipal de saúde conta com homeopatas atendendo, em horários parciais, as demandas internas dos centros de saúde. Os dados estatísticos sinalizam os resultados positivos alcançados por essa prática. Em 2007, foram realizados 6.762 consultas na Policlínica II. As patologias mais atendidas foram as doenças do aparelho respiratório, os transtornos mentais e comportamentais e problemas do sistema osteomuscular. Quanto ao perfil do usuário, em 2007, 1.765 tinham de 0 a 14 anos, 2.762 de 15 a 49 anos e 2.235 acima de 50 anos. Ainda em relação ao perfil, quanto ao sexo, é predominantemente feminino, tendo sido atendidos, em 2007, 4.929 mulheres e 1.833 homens.

Por fim, é importante salientar que todos os Programas acima apresentados traduzem o que tão bem expressou o poeta brasileiro Thiago de Melo: “Não tenho um caminho novo, o que tenho é um jeito novo de caminhar”.

Contato: dptosaude@campinas.sp.gov.br

Data: 15 de maio Horário: 9 às 12h30min

MESA 3

MEDICINA TRADICIONAL CHINESA / ACUPUNTURA E TERMALISMO

Coordenadora: Carmem De Simoni ¹

Debatedora: Ana Cristhina de Oliveira Brasil ²

China – Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura – Avanços e Desafios na Assistência, Ensino e Pesquisa

A Acupuntura no Contexto Atual e suas Tendências

Deng Liang Yue ³

Neste início do século XXI, o desenvolvimento da acupuntura mundial tem entrado em uma nova fase. A acupuntura como medicina interativa e complementar tem sido adotada em muitos países, principalmente por revelar-se um método eficaz, de fácil acesso e de baixo custo. É um dos caminhos propostos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para garantir a saúde para todos.

Faz frente, como alternativa eficaz, à questão dos elevados custos médicos em muitos países, tendo sido integrada aos sistemas de saúde, juntamente às modernas práticas da medicina ocidental. Estima-se que a acupuntura tem sido utilizada em mais de 130 países.

¹ Coordenadora da Política de Práticas Integrativas e Complementares do Ministério da Saúde do Brasil.

² Conselho Nacional de Saúde – Universidade de Fortaleza

³ Presidente da World Federation of Acupuncture-Moxabustion Societies

Como conseqüência, o número de acupunturistas tem crescido significativamente no mundo, fato que transformou cursos de formação, inicialmente promovidos por Organizações Não Governamentais (ONGs) ou iniciativas particulares, em atividades formais promovidas ou fiscalizadas por instituições estatais. A educação em acunputura está crescendo rapidamente em vários países. Graduações em acupuntura foram oficialmente implantadas em centros universitários de países como China, Japão, Coréia do Sul, Vietnã, Estados Unidos, Reino Unido, França, Alemanha, Austrália, Malásia e Rússia, dentre outros. Treinamentos de formação ampliaram-se, abrangendo diversos locais da Ásia, Europa e América.

Situação similar manifesta-se no desenvolvimento de pesquisas científicas que vêm sendo realizadas, em número significativo, por institutos e universidades que conduzem estudos de elevado nível e rigor científico. A Academia Chinesa de Ciências Médicas conduz, atualmente, 973 pesquisas, a grande maioria delas sobre os efeitos clínicos da acupuntura, como, por exemplo, sobre o tratamento da dor. Tais pesquisas são conduzidas na perspectiva da interdisciplinaridade, sob enfoque de teorias como a do caos, da física quântica e da nanotecnologia. Diversos estudos de acunputura também estão sendo desenvolvidos pelo instituto americano NIH.

Paralelamente, inúmeros projetos são desenvolvidos, em cooperação, por diferentes países no mundo.

Esse contexto promoveu a legalização da prática em diversos países, como no Estado da Virgínia, na Austrália e em Israel, em 2000, e na Tailândia, em 2001. O Reino Unido, em 2002, instalou o Grupo de Trabalho legislativo sobre acupuntura e, em 2004, lançou uma Carta sobre a legislação referente a essa prática. Atualmente, a acupuntura está em processo de legalização em vários estados dos Estados Unidos. Apesar de ainda não ter sido oficialmente legalizada pelo governo americano, a agência americana Food and Drug Administration (FDA) classificou as agulhas de acupuntura como um aparelho médico, validando-a indiretamente.

Atualmente, 115 sociedades de acupuntura, de 50 países do mundo, estão oficialmente cadastradas. A World Federation of Acupunc-

ture-Moxabustion Societies (WFAS), com mais de 1.000 profissionais participantes, promove uma assembléia anual. Somam-se a essas sociedades mais de 1.000 instituições não governamentais engajadas nas práticas de medicina chinesa e acupuntura, que se reúnem a cada três anos.

Existem algumas tendências para o desenvolvimento mundial da acupuntura:

1. Padronização dos procedimentos em acupuntura, incluindo normas legais e sistema educacional.
2. Legalização da prática de acupuntura em diversos países, o que permitirá o uso da acupuntura de uma maneira organizada, segura e efetiva. Mesmo alguns países não tendo ainda aprovado legislação em relação à acupuntura, as companhias de seguro e os planos de saúde incluíram, em seus serviços de assistência, tratamentos em acupuntura.
3. Cada vez mais países têm se preocupado com a educação formal, com a regulamentação das práticas de ensino que garantam o aprendizado e atualização contínua, visando à preparação dos profissionais e à segurança do procedimento. Como consequência, cada vez mais países preconizam o reconhecimento dos cursos de graduação e dos diplomas por eles emitidos bem como a estruturação de cursos de educação continuada e de exames periódicos para avaliar a competência dos profissionais credenciados na prática da acupuntura. Foram estabelecidos padrões pela OMS para a regulamentação dos cursos de acupuntura: para profissionais não médicos, com duração de 2.500 horas/aula, sendo 1.000 horas/aula para a prática clínica; para profissionais graduados em medicina, de 1.500 horas/aula, sendo que, para médicos que queiram apenas utilizar algumas técnicas de acupuntura, 200 horas/aulas de atividades práticas e, para aqueles que queiram tornar-se acupunturistas, 1.000 horas/aulas de atividades práticas.
4. Aprimoramento de pesquisas científicas – China, Japão e Coréia do Sul, em 2006, estandarizaram conjuntamente termos e procedimentos padronizados em acupuntura. No ano de 2007, a China já determinou 11 (onze) padrões nacionais. Atualmente, trabalham em uma classificação internacional que possibilitará uma maior padronização dos procedimentos

de pesquisa na área.

5. Ampliação da aplicação da acupuntura para o tratamento de diferentes patologias – atualmente, ela tem sido amplamente utilizada para tratamento da dor e patologias ligadas aos sistemas nervoso e motor. A ampliação dos serviços permitirá a implantação da técnica em áreas de procedimentos cirúrgicos, obstetrícia e ginecologia, pediatria, serviços de emergência, etc. Já está em experiência sua utilização no tratamento de doenças crônicas como câncer, AIDS ou diabetes.
6. Pesquisas realizadas por acadêmicos de Tianjin, China, classificaram quatro espectros de patologias, perfazendo um total de 461 tipos de doenças, em relação ao tratamento com acupuntura: a) doenças que podem ser totalmente curadas/tratadas pela acupuntura; b) doenças cuja maioria dos sintomas podem ser tratados com acupuntura, mas cujas causas não podem ser totalmente eliminadas; c) doenças nas quais a acupuntura não pode curar a causa principal, visto não possuir efeito sobre a doença, mas pode aliviar os sintomas, como doenças gástricas ou apendicite; d) doenças nas quais os efeitos da acupuntura ainda não foram formalmente evidenciados, pelo pouco tempo de aplicação, como câncer, tuberculose ou malária, ou que possuem outros tratamentos com melhor eficácia.

O panorama atual evidencia que o desenvolvimento mundial da acupuntura necessita da inclusão da prática nos sistemas nacionais de saúde e do suporte governamental e acadêmico para sua legalização, normatização e inserção nas políticas públicas. Tais ações garantirão a proteção do seu sistema educacional, o desenvolvimento de pesquisas e os direitos dos acupunturistas bem como a segurança e eficiência de sua prática.



Itália – Termalismo Social e Crenoterapia – Uma Perspectiva Mundial - Para onde vão as Águas Termais?

Umberto Solimene¹

As águas termais têm sua importância marcada na história da medicina e do homem. Análise dos textos hipocráticos revela a presença de conceitos modernos de cura, baseados na utilização de técnicas como meditação, caminhadas, atividades esportivas, áreas de diagnósticos e águas termais. A cultura romana valorizava o tratamento por águas termais. À época, eram destinados enormes espaços físicos para a construção de termas, voltadas para o lazer, a promoção da saúde, o bem-estar, a reabilitação e a cura de patologias da população. Essa é uma visão que pode ser considerada moderna e ainda viável nos dias de hoje. Pinturas do século XV mostram spas típicos dos tempos modernos, cenas de pessoas nas águas, com música e boa comida. Hoje, em diversas culturas mundiais, inclusive nas orientais, pode ser observada a prática dos banhos termais: banhos turcos, muçulmanos e iranianos são alguns exemplos. Na medicina tradicional chinesa, há a utilização das águas quentes, termais, assim como é considerada importante a influência do clima no desenvolvimento saudável do indivíduo.

O significado da palavra *terme*, de origem latina, é distinto do significado de *spas*, termo anglosaxônico – *salus per aqua* –, que faz referência à cidade de SPA, na Bélgica. *Terme* diz respeito a um centro médico onde são utilizadas as águas termais, a hidroterapia, enquanto *spas* são centros de lazer, de estética. Existem cursos na nossa universidade para ensinar como gerenciar um spa do ponto de vista médico e não médico.

Na Itália, a medicina termal e a climatoterapia é a medicina tradicional, a medicina tradicional européia. Inicialmente, a aceitação por

¹ Diretor da Secretaria-Geral da Federação Mundial de Hidroterapia e Climatoterapia.
Centro Colaborador de Medicina Tradicional da Organização Mundial de Saúde
e Università Degli Studi di Milano

médicos italianos dessas práticas como técnicas médicas foi prejudicada devido à ausência de comprovação científica.

No entanto, hoje em dia, há o entendimento de que é possível haver uma “grande ciência”, o que possibilitou a aceitação de outras práticas tradicionais.

A Itália, apesar de ser um país continentalmente pequeno, apresenta muitos recursos termais – águas termais no sul do país, nas áreas vulcânicas; fontes que não são quentes, mas possuem muita mineralização na região central; águas sulfurosas na região norte. Desde os tempos do Império Romano, esses recursos são amplamente aproveitados.

O termalismo social italiano é marcado por três grandes etapas de evolução: a do Império Romano; a da Renascença, com o uso primitivo; a que teve início nos anos 80, período em que ocorreu o seu maior desenvolvimento, quando, oficialmente, o Ministro da Saúde o reconheceu como instrumento fundamental para tratamento e cura de doenças. Nesse momento, o termalismo social ganhou grande vulto de investimento financeiro e a população italiana passou a buscá-lo como alternativa de tratamento. Na década de 90, mudanças políticas provocaram redução dos investimentos e, conseqüentemente, uma grande crise. Atualmente, o termalismo voltou a ser considerado uma prática muito importante para preservar o bem-estar dos seres humanos e evitar diferentes tipos de doenças. O termalismo social desenvolve-se na Itália, assim como a história da medicina, por ciclos.

Cada país europeu possui uma legislação específica sobre termalismo, que estabelece regras especiais para credenciamento, construção, propriedade e realização das práticas termais. Legalmente, os centros termais são considerados como um hospital público, mesmo sendo instituições privadas – hoje 95% deles (anteriormente eram em sua maioria públicos). O controle e acompanhamento é realizado exclusivamente pelo Ministério da Saúde, sendo que legislação específica foi estabelecida na Itália em 24 de outubro de 2000.

Na Itália, existem 380 centros termais oficialmente reconhecidos pelo Ministério da Saúde, que geram uma receita em torno de 400

milhões de euros anuais, fato que sinaliza sua importância econômica. Um milhão e trezentas mil pessoas são tratadas, por ano, na Itália. Cada cidadão italiano tem o direito, custeado pelo Estado, de frequentar um centro termal, desde que tenha prescrição médica, por até doze dias por ano. Além disso, anualmente, 700 mil pessoas frequentam centros termais por conta própria. A frequência média dos estrangeiros é de seis dias.

O setor vem crescendo significativamente. Em 2005, havia um faturamento bruto em torno de 700 milhões de euros, passando para 750 milhões neste ano. Em algumas regiões da Itália, as pessoas vivem e garantem o seu sustento só com as águas termais.

Os centros de águas termais são classificados pelo Ministério da Saúde de acordo com as características das águas, composição química e estrato das fontes. Pela classificação, é determinado o número de médicos, de instrumentos e de piscinas que constituirão o centro termal. A Itália não é uma república federativa e cada região possui autonomia para gerenciar os seus centros termais. Existem muitos recursos, nem todos aproveitados totalmente em seu potencial.

O termalismo plorifera não apenas na Itália, mas em diversos países da Comunidade Européia. Há uma lei geral européia sobre a administração da cura termal. Na França, a maioria dos spas são diferentes e utilizam outro tipo de termalismo, com uma estrutura física nos moldes das estruturas antigas. Na Rússia, existem aproximadamente 12.000 centros termais. Na Tunísia, há uma grande variedade, especialmente na área norte, alguns deles utilizando águas marítimas – talassoterapia.

É importante enfatizar que o tratamento termal deve ser prescrito exclusivamente por médicos. São oferecidos à comunidade médica cursos de pós-graduação abordando todos os tipos de patologias que podem ser tratadas pela hidroterapia, como, por exemplo, doenças do trato respiratório e digestivo e artrites. Há indicações e contra-indicações para a hidroterapia. Na Itália, 10 universidades oferecem cursos de hidroterapia médica e existem várias outras escolas na Europa.

44,3% dos pacientes atendidos na Itália são do sexo masculino e 55,7% do sexo feminino. Uma instituição governamental, o INPS,

custeia, para uma categoria especial de pacientes, não apenas as despesas com o tratamento, mas também com a hospedagem e o transporte. Quanto aos que pagam de forma privada, 50% são do sexo feminino. O Sistema Nacional de Saúde arca com 72%, em média, dos custos do tratamento.

Os centros termais podem ser considerados como verdadeiras escolas de um novo estilo de vida. Muitas pesquisas foram realizadas sobre o termalismo. Há cinco anos, foi conduzido um estudo epidemiológico com os onze mil pacientes tratados, confirmando a eficácia dessa modalidade de tratamento. O levantamento foi realizado no momento da internação, ao término do tratamento e após um ano. Resultados muito importantes foram mapeados não apenas sob o prisma da saúde, mas também econômico – relação custo/benefício. Por exemplo, as pessoas que utilizaram o tratamento termal apresentaram menor uso de medicamentos e menor índice de absenteísmo.

Os centros de termalismo social devem seguir padrões químicos, de qualidade da água, biológicos e microbiológicos. Um controle muito rigoroso deve ser realizado tanto do ponto de vista microbiológico como higiênico. Outros aspectos a serem analisados são a qualidade da alimentação oferecida e a existência de outras práticas, como massagem, exercícios, meditação e trabalhos espirituais.

Nos séculos XVIII e XIX, na Europa, as pessoas freqüentavam as águas termais como atividade turística, não apenas como atividade de cura. Esse fator resultou em uma imagem equivocada dos centros termais, que deve ser mudada.

Sob o ponto de vista médico, aspecto essencial em um centro termal, a questão fundamental deve ser vista como processo de cura, especialmente nos processos de reabilitação. Nesse sentido, na Itália, foi conduzido um grande trabalho na área de hidroterapia e reabilitação. Constatou-se um grande espectro de doenças – reumáticas, relacionadas ao trato respiratório e ginecológicas – com tratamento bem-sucedido. Todas essas doenças e tratamentos foram mapeados em protocolos rígidos, que orientam como utilizar diferentes tipos de terapias.

A ação fisiológica da água, assim como sua temperatura, por exercer importante papel em patologias neurológicas e ortopédicas, fez



surgir a termoquinezioterapia (terapia na água com movimento). Além dessa terapia, hoje, na Itália, são utilizadas outras, como a da lama, antiga terapia, usada pela primeira vez pelos egípcios, nas águas do Nilo, baseada, atualmente, em princípios científicos. A terapia dos banhos também merece destaque, principalmente para o tratamento de doenças reumáticas. O banho acontece em diferentes temperaturas e composições químicas, individualmente ou coletivamente, promovendo também a socialização. São empregadas, ainda, associações dessas terapias, como banho e lama, medidas propiciadoras de excelentes resultados – o calor produzindo a solidificação do sistema imunológico, a nutrição das células pelo metabolismo hemodinâmico, a desintoxicação do organismo e a termorregulação, muito importante no tratamento de patologias como artrite e artrose.

A antroterapia é eficaz no tratamento de patologias respiratórias. Trabalha-se com a composição do ar e a prática de exercícios respiratórios, em ambientes artificiais ou naturais. Na Rússia, a antroterapia é utilizada em antigas cavernas, onde há uma grande concentração de microorganismos no ar. Ingestão de águas, inalações com microinfusões na água, aerossóis, duchas microionizadas, ventilação pulmonar e ducha nasal são usados nos tratamentos de rinites alérgicas e crônicas e outras doenças inflamatórias do trato respiratório. Há, na Itália, centros específicos de tratamento de patologias respiratórias em crianças.

A ingestão das águas é menos utilizada, mas revela-se bem eficaz também para tratamento de doenças do aparelho digestivo – estomacais e hepáticas. A água sulfurosa é utilizada com êxito em patologias dermatológicas, como acne psoríase. Há um grande escopo de tratamento, mas o mais importante, hoje em dia, é a reabilitação nas águas em diferentes temperaturas, quentes ou frias. As águas minerais permitem, por exemplo, aos paraplégicos praticarem exercícios de maneira mais fácil do que ao ar livre.

É preciso haver uma aliança entre os spas médicos e os não médicos, ou seja, combinar a terapia com o bem-estar.

Uma grande proporção da população italiana é idosa. Como o diagnóstico e tratamento das doenças é muito caro e o Sistema Nacional de Saúde não tem como arcar com todos os custos, o termalis-

mo social apresenta-se como uma boa alternativa para a promoção da saúde e prevenção das doenças.

O termalismo, uma antiga ciência, mas uma terapia muito moderna, tem importante papel na promoção da saúde ao atender à OMS, que preconiza a necessidade de curar o estilo de vida das pessoas. “O futuro não é a medicina convencional ou a medicina complementar, mas sim a medicina integrativa, com o uso de diferentes tipos de tratamento.” (Instituto de Saúde Italiano).

Contato:

<<http://www.naturmed.unimi.it>> -< <http://www.talasso.unimi.it>>



Brasil – Experiência da Secretaria Estadual de Saúde do Amapá (AP)

Elziwaldo Lobo Monteiro¹

O processo de implantação das Práticas Integrativas e Complementares no estado do Amapá foi muito difícil. No entanto, de acordo com o slogan de governo, é preciso estar com os pés no presente e os olhos no futuro e acreditamos que, por meio de uma nova medicina, ou melhor, de uma congregação das “várias terapias”, alcançaremos bons resultados.

O estado do Amapá localiza-se na Região Norte do país e possui uma população de aproximadamente 700.000 mil habitantes. 24,2% de sua área é protegida por lei (regiões de conservação ambiental e reservas indígenas). Somente 2% de sua área de 143.453,7km² foi desmatada e a floresta de mata virgem, que ocupa 70% do território, conserva sua biodiversidade praticamente intacta.

O Centro de Referência em Tratamento Natural do Amapá (CRTN) foi inaugurado em 27 de maio de 2004 pelo governador do estado, Antônio Waldez Góes da Silva, e está inserido na estrutura da Secretaria de Estado da Saúde do Amapá (SESA). Iniciou suas atividades com atendimentos de fitoterapia e massoterapia e, nesse período, os profissionais eram, quase em sua totalidade, voluntários.

No início muitas dificuldades foram encontradas. No entanto, o governo do estado precisava oferecer alternativas de atendimento à população e a chamada medicina natural foi escolhida como a melhor alternativa terapêutica. O caminho foi difícil e a tarefa era grandiosa: induzir uma nova política, implantando algumas práticas inovadoras. Houve inicialmente a missão de levar a toda a população a proposta de uma nova alternativa terapêutica e foi realizada uma verdadeira peregrinação às escolas municipais e estaduais e às faculdades.

¹ Diretor do Centro de Reabilitação de Tratamento Natural do Estado do Amapá

Após dois anos da criação do CRTN, foi aprovada, em 2006, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC/MS).

Essa nova visão de política pública de saúde é fundamental. O uso da palavra integrativa foi extremamente acertado, pois a mudança cultural é imprescindível. As práticas integrativas não podem ficar isoladas, mas têm que se integrar com as várias práticas médicas existentes. A medicina precisa ser integrativa, pois do contrário os resultados esperados não serão alcançados.

Sua missão possui um diferencial porque o tratamento oferecido é holístico. O trabalho desenvolvido visa proporcionar atendimentos integrativos e complementares a toda a população – enfatizando o tratamento terapêutico natural, o atendimento humanizado e a valorização da cultura amazônica – e, ao mesmo tempo, qualidade de vida.

Merece ênfase o fato de que vivemos e nos cuidamos pelo medicamento. É difícil fomentar uma mudança cultural focada no tratamento terapêutico natural e dizer, por exemplo, ao idoso que é preciso reduzir seu medicamento. O CRTN visa promover essa mudança, que é cultural (alimentação, respiração, etc.).

Em 2007, pelo clamor popular, o governo do estado contratou cerca de 90 profissionais de nível médio e superior e, em 2008, podemos afirmar que há o reconhecimento na Região Amazônica pelos resultados alcançados, sendo preciso ressaltar que pacientes de todos os estados da Amazônia estão sendo recebidos pelo Centro.

O atendimento humanizado é a “marca” do CRTN e pode-se afirmar, inclusive, que esse é o diferencial do atendimento por meio das práticas integrativas. Na alopatia, o paciente, muitas vezes, não é tratado da forma adequada quando procura uma instituição de saúde e a humanização é o fator primordial em qualquer situação.

Outra característica do CRTN é a valorização da cultura amazônica. Não é fácil viver na Amazônia, mas ela é o celeiro do mundo. É preciso e, ao mesmo tempo, difícil cuidar dos ribeirinhos, dos extrativistas, das parteiras e dos quilombolas, pois existem locais aos quais o acesso é possível apenas de barco.



Também é preciso proporcionar qualidade de vida ao usuário. De nada adianta o Ministério da Saúde e os estados gastarem valores elevados de recursos financeiros se esse investimento não proporcionar qualidade de vida.

Quanto ao fluxograma de atendimento do CRTN, o paciente vem encaminhado pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), hospitais e Programa Saúde da Família (PSF), com um diagnóstico da causa principal, ou procura voluntariamente o centro.

O protocolo adotado preconiza que todos devem assistir a uma palestra sobre o atendimento, na qual se busca fomentar a mudança cultural e promover uma conscientização de que o Centro não é local apenas para buscar o medicamento. O paciente realiza uma consulta de enfermagem, sendo feito um histórico de suas doenças, e é encaminhado à clínica médica. Após a consolidação do diagnóstico, é realizada a escolha da prática à qual será encaminhado, iniciando-se o tratamento. A inclusão nas terapias integrativas e complementares é feita pelos assistentes sociais. Ao final, após os atendimentos, o paciente será avaliado e se decidirá pela continuação ou alteração do protocolo ou, ainda, pela alta do tratamento.

São oferecidos tratamentos no CRTN para inúmeras doenças: tropicais, cardiovasculares, endócrinas, renais, neurológicas, ortopédicas, traumatológicas, reumatológicas, odontológicas, psiquiátricas, cardiorrespiratórias, respiratórias e metabólicas, dentre outras.

As práticas também são várias: acupuntura, homeopatia, fototerapia, massoterapia, geoterapia, hipnoterapia, Inclusão nas Terapias Complementares – ITC, massoterapia tui-ná, shiatsu, reflexologia, shantala, pilates, quiropraxia, reik, Reeducação Postural Global (RPG), etc.

A homeopatia tem apresentado bons resultados, principalmente nos pacientes obesos ou com problemas alérgicos. A massoterapia, com a congregação das oito técnicas, trabalha com a coisa mais sagrada que existe: o nosso corpo. A geoterapia, com o uso de cataplasma, apresenta bons resultados em todas as doenças que provocam a dor. A hipnoterapia, por meio da hipnose terapêutica, apresenta excelentes resultados em pacientes com

problemas neurológicos e psiquiátricos. A quiropraxia é muito importante, considerando que quase todos os pacientes sofrem de “problemas de coluna”.

Também são oferecidos atendimentos em clínica médica, nutrição (trofoterapia e dietoterapia), psicologia, serviço social e terapia ocupacional.

A fonoaudiologia, aliada a outras terapias, principalmente aquelas que visam à diminuição de stress e da ansiedade, apresenta resultados muito satisfatórios. A clínica médica é realizada pelos médicos homeopatas e a nutrição é fundamental, pois a maior doença do mundo é a da fome.

O CRTN também oferece terapias para o corpo e a mente, como a bioginástica, educação continuada, alimentar, da auto-estima, da depressão, da dor, da memória, da gestante, do amor, do hipertenso e diabético, do servidor, de grupo de crescimento, holística (tai chi chuan, lian gong, chi gong e outros), do idoso, da parteira, psicomotora e iogaterapia.

A terapia e as práticas integrativas da mente são as mais importantes, pois o emocional precisa ser tratado, senão o corpo não responde, podendo-se afirmar que as práticas integrativas do corpo são, nessa perspectiva, complementares.

Com a terapia de depressão, houve a diminuição no número dos pacientes alopatas que são cuidados pelos psiquiatras. A terapia da memória tem como principais beneficiários os idosos, que são os mais afetados pelo “esquecimento”. A terapia para gestantes, com o uso de todas as técnicas possíveis, está sendo considerada um sucesso. É incrível a incidência de depressão pós-parto nas jovens. Exige-se delas, a partir do terceiro mês, os comprovantes do seu atendimento, o que faz com que participem do Programa do Pré-natal. A terapia do amor visa ao tratamento da impotência sexual, que é algo assustador para o paciente. A terapia holística congrega várias outras. A terapia do hipertenso e diabético é a que possui maior demanda, sendo sabido que esses pacientes não usam adequadamente os medicamentos. A participação semanal da terapia do servidor, desenvolvida na unidade, é obrigatória para todos, já que quem cuida também deve ser cuidado.



O CRTN adotou o idoso. A terapia do idoso é fundamental, porque, se ele não for devidamente acolhido e atendido, ficará ainda mais doente e esse segmento representa, hoje, grande percentual da população brasileira. A terapia das parteiras é bastante inovadora, valendo destacar que o maior número delas encontra-se no estado do Amapá.

Também são oferecidos serviços assistenciais, como: assistência farmacêutica, auriculoterapia, reflexologia auricular, enfermagem, exames laboratoriais (marcados pelo próprio Centro), fisioterapia, cinesioterapia, cinesio respiratória (porque existe o entendimento de que, se você respira bem, vive bem e, se respira mal, vive mal), fitoterapia e ervas medicinais (celeiro amazônico) e fonoaudiologia.

São desenvolvidos, ainda, programas sociais, visando à inclusão social bem como ao resgate da sabedoria popular das parteiras tradicionais do Amapá, raizeiras, benzedeiras e indígenas, além de programas como o CRTN na escola e o CRTN itinerante, que vai a todos os lugares, oferecendo orientação à comunidade no preparo da alimentação natural, com vistas à diminuição da desnutrição e à promoção da saúde do idoso.

Muitos são os avanços do CRTN no trabalho desenvolvido com as terapias integrativas e complementares, destacando-se: a aprovação de 99% dos clientes; o fato de ser referência no estado no atendimento ao idoso; o aumento no atendimento ambulatorial interno; a realização de atendimentos nas comunidades localizadas no interior da Floresta Amazônica, onde a alopatia não consegue chegar (ribeirinhos, indígenas e extrativistas).

Constituem-se também em avanços importantes: a capacitação dos profissionais do CRTN no âmbito das práticas integrativas; a integralização do estado do Amapá com a Região Amazônica nas práticas integrativas; a inclusão de acadêmicos dos cursos de Psicologia, Assistente Social e Enfermagem na pesquisa de casos clínicos.

As atividades desenvolvidas no CRTN proporcionam à população amapaense saúde e qualidade de vida, sem onerar o capital público, pois trata-se de investimento a baixo custo.

Atualmente, a equipe do CRTN possui 124 servidores, porém necessita ser ampliada, devido à grande demanda existente e ao amplo leque de práticas oferecidas.

Quanto aos resultados das atividades desenvolvidas, os números são animadores. Em 2004, foram realizados 871 atendimentos; em 2005, 10.069; em 2006, 58.782; em 2007, 73.374. A meta para 2008 é ambiciosa: realizar 100.000 atendimentos, sendo que, de janeiro a abril, já foram contabilizados 40.224.

No entanto, muitos são os desafios enfrentados, como a necessidade de: difusão em todos os municípios da Região Amazônica das Práticas Integrativas e Complementares; conscientização dos gestores estaduais e municipais; divulgação dos benefícios dos métodos terapêuticos naturais em faculdades, universidades, escolas e entre a população; realização de concurso público para atividades afins; implantação das terapias naturais nas UBS dos municípios do estado do Amapá.

A implantação do termalismo social e crenoterapia, do CRTN estadual nos municípios de Santana, Laranjal do Jari e Oiapoque e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) nos municípios do estado do Amapá são desafios a serem superados.

É preciso conscientizar os gestores estaduais e municipais para que eles absorvam este Projeto, cuja expansão depende de vontade política.

Algumas propostas precisam ser discutidas e devidamente encaminhadas, como a revisão das Portarias nº 971/06 e nº 154/08, visando à inclusão das novas práticas, da Portaria nº 184, que cria os NASF, e a codificação da tabela do SUS (Portaria nº 853).

Outra proposta é a criação do Conselho Federal e dos Conselhos Regionais dos Profissionais das Práticas Integrativas e Complementares.

Sem dúvida alguma, *“O Reino Vegetal, fonte dos alimentos que nós comemos e do oxigênio que respiramos, anunciará a medicina do futuro.” (Fletcher Hyder, 1982).*

Contato: crtntmonteiro@bol.com.br



Brasil – Experiência da Secretaria Municipal de Saúde de Recife (PE)

Odimariles Dantas ¹

Inicialmente, é preciso destacar o apoio dos atuais gestores ao trabalho que vem sendo desenvolvido pela Unidade de Cuidados Integrals à Saúde Professor Guilherme Abath (UCIS/PCR): Prefeito João Paulo da Silva; atual secretária de saúde, Tereza Campos; Diretora do Distrito Sanitário II (DS II), onde está inserida a Unidade de Cuidados Integrals à Saúde Professor “Guilherme Abath” (UCIS/PCR), Silvana Moreira.

Em 2002, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do Recife começou a construir um projeto de saúde pautado pela preocupação com as mudanças sociais e demográficas, o aumento das doenças crônicas degenerativas e a necessidade de se adotar outra forma de atendimento terapêutico, visando melhorar a qualidade de vida e acolher os “novos” pacientes, que necessitavam de remédios em grande quantidade e, muitas vezes, onerosos.

Muitas foram as motivações para a estruturação do “Programa de Práticas de Cuidados Integrals à Saúde” no município do Recife: as modificações em várias esferas da sociedade na década de 60; o enfrentamento dessa realidade pela população; o crescimento da adesão a outras práticas terapêuticas, sendo preciso registrar que estas eram inicialmente procuradas por pessoas de classe média, e não de baixa renda; a necessidade de experimentar outras práticas que pudessem contribuir para a cura ou o alívio do sofrimento humano.

Nesse período, ainda não havia ninguém realizando de fato a operacionalização do processo da criação da UCIS. Ao participar de um evento no Sudeste, tive a oportunidade de conhecer a experiência de um Centro de Referência de Vitória, o que me motivou a criar um projeto semelhante em Recife. Posteriormente, fiquei sabendo que já existia o projeto de criação da UCIS no Distrito Sanitário II (DSII).

¹ Gerente da Unidade de Cuidados Integrals à Saúde Professor Guilherme Abath (UCIS/PCR)

No local, fui informada de que realmente já existia a proposta, mas faltavam pessoas para levá-la adiante. Procurei, então, o Secretário Municipal de Saúde e manifestei meu interesse em implementar a proposta, sendo imediatamente contratada. Assim começa a história dessa unidade.

O projeto original foi concebido por Maria Bernadete Antunes, Djalma Agripino e Diita Fontoura.

Alguns passos foram necessários para a sua concretização. O primeiro foi a realização de reuniões quinzenais com a equipe selecionada e o acompanhamento da estruturação da casa destinada a acolher a UCIS. A UCIS funciona em uma casa alugada, que tem um espaço adequado para a realização das práticas corporais e é bastante acolhedor, o que fomenta o estabelecimento de relacionamentos com e entre os usuários.

O segundo passo foi a discussão sobre os objetivos da UCIS e a confecção dos termos de referência. Todos os profissionais selecionados elaboraram um Termo de Referência no qual expunham a prática a ser realizada, como e em que período ela seria desenvolvida e os recursos financeiros necessários para implementá-la.

O terceiro foi a leitura de textos sobre a integralidade, visando ajudar a equipe a compreender o sentido da transdisciplinaridade. Por fim, foi realizada a reelaboração do Projeto.

O trabalho desenvolvido na UCIS é uma atividade conjunta e os profissionais têm essa consciência. É preciso lembrar que o processo não foi fácil, já que tradicionalmente existe uma prática individualista dos profissionais de saúde na realização do trabalho. A implementação de um novo agir profissional foi uma tarefa que exigiu a realização de inúmeros encontros e discussões.

O Centro está localizado no DSII, que tem uma população de 223.875 habitantes, o que representa 14,48% da população do Recife. Está localizado em uma área de 1.430 hectares, com uma densidade demográfica de 144,04 habitantes/hectare e 3,92 habitantes/domicílio. A UCIS faz fronteira com Olinda, uma das áreas mais pobres da região, caracterizada pela presença de um grande número de doenças contagiosas, como tuberculose, hanseníase, filariose, etc.

O Centro foi construído para atender esse distrito, mas, como ainda não foram construídas outras unidades, atende, além de outros distritos, outros municípios que não fazem parte da área metropolitana de Recife.

O objetivo geral do trabalho desenvolvido é proporcionar práticas complementares de promoção à saúde na perspectiva da visão integral do ser humano e do cuidado com o corpo na saúde e na doença.

São objetivos específicos do Programa: atender aos usuários e cuidadores pertencentes à rede de atenção à saúde; disseminar as práticas de cuidados na rede de atenção básica; capacitar profissionais da rede de serviços, cuidadores e população; criar um núcleo experimental de práticas de cuidados integrais; desenvolver métodos e técnicas para avaliar sua adequação e resultados.

A capacitação de profissionais da rede, cuidadores e população é realizada em uma perspectiva de incorporação dessas práticas, que, no nosso entendimento, apresentam impacto na diminuição da demanda nas emergências, principalmente em relação àqueles pacientes que as procuram frequentemente com dores.

Quanto ao fluxo de atendimento, os usuários são encaminhados pela rede de saúde do município, ou seja, PSF, PACS, CAPS, policlínicas e unidades convencionais. O paciente chega com sua queixa principal e, após o encaminhamento, passa por uma triagem, sendo criado um projeto terapêutico provisório. Após esse procedimento, vai para o Grupo de Acolhimento, o que se constitui num momento muito importante. Essa atividade é realizada pelos profissionais responsáveis pelas práticas, que informam o paciente sobre a prática para a qual foi encaminhado e as outras disponíveis na unidade. Nesse acolhimento, ocorre a decisão de qual é realmente a melhor prática terapêutica para o paciente.

Posteriormente, houve a necessidade de se estabelecer o período de permanência nos grupos, considerando que muitas vezes o paciente não queria receber alta e trata-se de uma unidade de saúde. Tal período foi definido como quatro meses.

Também foi sentida a necessidade de criação do grupo de egressos, prática que encontra dificuldades de operacionalização no serviço

público e exigiu um tempo de amadurecimento para ser de fato estabelecida na unidade.

É importante ressaltar que as várias práticas desenvolvidas propõem a evolução global e contínua das capacidades humanas (física, mental, emocional e espiritual).

A homeopatia propõe um olhar para o indivíduo de maneira integral, busca oferecer respostas aos agravos à saúde tanto físicos como mentais, representa uma saída adequada aos anseios da clientela e conta com consultórios padronizados. A existência na unidade de um laboratório de manipulação de medicamentos homeopáticos é muito importante, pois o serviço deve oferecer a sua clientela os medicamentos de que ela necessita, até porque é conhecida a dificuldade de acesso a esse tipo de medicamento.

Desde os meados da década de 70, a Organização Mundial de Saúde (OMS) vem estimulando estudos para avaliação dos efeitos e promovendo a difusão da acupuntura no mundo ocidental, visando sua aplicação na rede de atenção básica.

Na nutrição e educação em saúde, é oferecido o atendimento individual, geralmente a pessoas com obesidade, doenças metabólicas, necessidade de reeducação alimentar, etc., sendo que a prática de referência e contra-referência está sendo cotidianamente fortalecida, já que frequentemente ela é relegada a um segundo plano no serviço público.

A prática de lian gong também é oferecida, assim como o tantra ioga, que trabalha com exercícios corporais que levam ao equilíbrio e energização dos sete centros principais do corpo, os chacras.

A unidade é campo para a realização de estágio curricular por alunos do curso de Fisioterapia da Universidade Católica de Campinas (UNICAP). Durante o estágio de saúde coletiva, o estagiário conhece todas as práticas corporais desenvolvidas na UCIS.

A bionergética trabalha o conteúdo emocional através da verbalização, da educação corporal e da respiração. São utilizados exercícios com o objetivo de liberar as tensões do corpo e facilitar a expressão dos sentimentos. A bioenergética é oferecida na UCIS mesmo não

estando na Portaria, considerando que o atendimento da saúde mental na unidade básica é muito difícil devido à ausência de profissionais e à grande demanda existente.

O tai chi chuan, considerado a arte da “meditação em movimento, com seus movimentos flexíveis e lentos, libera as tensões corporais através da coordenação entre a consciência e a respiração”, promovendo a harmonização das energias yin e yang e o equilíbrio integral do indivíduo.

Na oficina de dança e percussão, os participantes trabalham o ritmo, o som e os movimentos corporais associados à música étnica, o que promove a liberação de tensões acumuladas e o equilíbrio emocional.

A fitoterapia, utilizando plantas medicinais, ensina a identificar as espécies comuns na região e seus benefícios, para o preparo de soluções caseiras usadas no tratamento de diversos males. O método dá atenção especial aos critérios de segurança e eficácia no uso das substâncias presentes em cada planta, sendo que a opção realizada foi trabalhar com medicamentos conhecidos e de toxicologia também conhecida. Além disso, é preciso enfatizar que o trabalho realizado não visa produzir medicamentos para distribuir na rede de saúde, mas sim capacitar profissionais da saúde e preparar facilitadores para repassar esses conhecimentos em suas unidades e áreas de atuação.

Atualmente, a capacitação em fitoterapia é oferecida a profissionais da rede de saúde do município do Recife e de outros municípios, a médicos residentes do Programa de Saúde da Família (PSF) e aos usuários.

A alimentação saudável é promovida, considerando que garante uma boa qualidade de vida e a prevenção de doenças. Nesse sentido, são realizadas oficinas, nas quais se ensina a população a aproveitar todas as partes dos alimentos altamente ricos em nutrientes (talos, cascas, folhas e sementes), bem como se incentiva os participantes a adotarem novos hábitos alimentares.

A automassagem desenvolve a capacidade que cada pessoa tem de realizar em si mesma uma sessão completa de massagem, através de exercícios físicos, respiração e meditação.

A UCIS não é uma unidade isolada. Por isso, é fundamental tecer a rede e fortalecer os elos tanto com as demais unidades de saúde quanto com os usuários.

Nos primeiros meses, foi preciso “criar a demanda”, o que foi feito mediante realização de reunião com as equipes do PSF para explicar sobre as práticas oferecidas. Em 2005, a produção geral atingiu 6.510 atendimentos individuais e 5.628 em grupos, totalizando 12.138 atendimentos realizados pelos profissionais de homeopatia, acupuntura, nutrição, farmácia, auxiliar de enfermagem e triagens. Em 2006, foram 25.011 atendimentos (10.787 individuais e 14.224 em grupos) e, em 2007, 28.380 (16.921 individuais e 11.459 em grupos).

Quanto aos egressos, em 2006, foram 126 e, em 2007, 385.

A frequência das práticas corporais no período de 2005 a 2007 revela um processo de crescente aumento.

Quanto ao perfil do usuário do Centro, é predominantemente feminino em todos os períodos de atendimento, já que a mulher tradicionalmente cuida mais de sua saúde. Em relação à faixa etária, a maioria dos atendimentos se volta para pessoas entre 40-59 anos, porém é preciso ressaltar o grande número de atendimentos realizados em pacientes acima de 60 anos.

O trabalhador de saúde também é alvo do trabalho desenvolvido na unidade em uma perspectiva de cuidado do cuidador, no entanto observa-se uma dificuldade relacionada ao horário para participar das práticas.

É preciso chamar a atenção para a adesão dos idosos às atividades desenvolvidas pela UCIS. Eles demonstram uma gratidão imensa por encontrarem um espaço onde se sentem bem atendidos e acolhidos, participando ativamente e beneficiando-se muito das práticas desenvolvidas.

O perfil do usuário segundo as queixas principais apresentadas na triagem revela grande incidência de problemas emocionais, algias, obesidade/metabolismo e problemas cardiológicos, entre outros.

Foram estabelecidas parcerias institucionais com a Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), a Universidade de Pernambuco e a UNICAP.

A UCIS foi campo de prática profissional do I Curso de Especialização em Terapias com Essências Florais *lato sensu* promovido pelo Centro de Ciências da Saúde – Departamento de Enfermagem da UFPE.

A unidade também é campo de prática profissional para médicos residentes do Programa de Saúde da Família, médicos residentes do Programa de Saúde da Família da UPE e do Curso de Fisioterapia da UNICAP.

A UCIS recebeu em 2007 o Prêmio Cocar pela excelência no trabalho desenvolvido. Segundo o representante da ONG Cocar, *“os indicados se destacam no trabalho que desenvolvem para ajudar outras pessoas e a Unidade Guilherme Abath se encaixa nesse perfil”*.

Brasil – Experiência da Secretaria Municipal de Saúde de Várzea Paulista (SP)

Maria do Carmo Cabral Carpintero ¹

Várzea Paulista é um município muito pequeno em extensão, 36Km², que há quarenta anos era bairro do município de Jundiaí (SP). Localiza-se próximo a grandes centros, como São Paulo e Campinas, e a cidades de médio porte, como Jundiaí, Cajamar e Franco da Rocha. Considerada cidade dormitório, tem população de 100.400 habitantes e um dos menores orçamentos do estado de São Paulo.

A rede de saúde da cidade é composta por: onze unidades básicas, uma Unidade de Saúde da Família (USF), quatro unidades de especialidades (um ambulatório de especialidades, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e o Centro de Integração Saúde-Educação), Cia. da Escola, um hospital público municipal (inaugurado em 19 de janeiro de 2008), saúde coletiva (vigilância ambiental, vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e controle de zoonoses) e serviços complementares (transporte).

Em janeiro de 2005, observava-se um contexto bem particular na cidade, marcado por: baixa participação popular; baixa auto-estima; grande dependência da cidade mais próxima, Jundiaí; funcionários pouco motivados, situação agravada pelo quadro insuficiente de profissionais e pela baixa remuneração; orçamento municipal insuficiente; modelo de atendimento absolutamente centrado no médico; desconhecimento generalizado sobre o SUS (nenhum impresso da cidade tinha o símbolo do SUS).

Nessa época, buscando aperfeiçoar o sistema vigente, foi elaborado um planejamento resumido de ações a serem implementadas, ainda naquele ano, delineado em três grandes eixos.

¹ Secretária Municipal de Saúde

O primeiro – gestão em saúde e participação popular – focado na implementação da participação popular no Conselho Municipal de Saúde, no desenvolvimento de um programa de educação permanente (no ano de 2005/2006 foram realizados mais de 100 encontros de educação permanente), na realização de fóruns dos trabalhadores e criação do fórum de gerentes, instituindo-se uma coordenação formal, anteriormente informalmente realizada por enfermeiros ou médicos.

O segundo – atenção à saúde – voltado para a reorganização do processo de trabalho, pela ênfase em Práticas Integrativas e Complementares, implantação do PSF/ Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e reforço a trabalhos com grupos.

O terceiro – saúde coletiva – com ênfase no território, delimitação das UBS's, ações intersetoriais e promoção de saúde.

A implantação das Práticas Integrativas e Complementares aconteceu nesse período, pela introdução das práticas de acupuntura, fitoterapia, lian gong, shantala e massoterapia. Hoje, o município dispõe, também, da terapia comunitária. Antes da implantação foi feito um levantamento dos profissionais da rede que possuíam formação nessas práticas, sendo encontrado um médico acupunturista, professor da USP, também mestre de lian gong.

Em 2006, foi encaminhado ao Ministério da Saúde um projeto visando à obtenção de recursos orçamentários, dirigidos às práticas que estavam sendo implantadas – “Práticas Corporais e Atividade Física na Atenção Básica como Estratégia de Promoção à Saúde” (Edital n° 2, de 11 de setembro de 2006). O Projeto é contemplado com o recurso financeiro equivalente a R\$40.000,00.

A acupuntura iniciou-se formalmente em junho de 2006, sendo elaborado um protocolo médico, posteriormente divulgado e discutido com especialistas – reumatologista, ortopedista, clínicos, pediatras e ginecologistas da rede. No protocolo, foram estabelecidas as patologias ou queixas a serem encaminhadas ao atendimento de acupuntura: insônia, enxaqueca, disepsia funcional, gastrite e obstipação, diarreias crônicas e/ou psicogenéticas, dismenorréia, tpm, metrorragia e irregularidades menstruais, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) rebelde a tratamento medicamentoso, rinites, sinusites, bronquites, broncoespasmo (infantil), zumbidos e tonturas,

lombalgia, lombociatalgia e ombro doloroso. Após esse trabalho, a prática foi implantada no ambulatório de especialidades, com dois profissionais realizando atendimentos de acupuntura três vezes por semana, um deles voltado para adultos e o outro para crianças.

O percurso de construção do atendimento em acupuntura passou por uma fase de grande resistência à ação, manifestada pelos médicos, devido ao desconhecimento ou descrédito no tratamento, o que gerou encaminhamentos abaixo das expectativas. No entanto, houve a solicitação espontânea dos pacientes, movidos pela própria curiosidade, para o atendimento de acupuntura, inclusive de casos fora do protocolo. Diante dessa demanda, evoluiu-se para um quadro de necessidade de ampliação da oferta do serviço – hoje oferecido 4 dias por semana – e de fortalecimento do protocolo com o corpo médico.

Foram atendidos, até o momento, 212 pacientes em 2.120 sessões, sendo 80% dos atendimentos voltados para tratamento de insônia, enxaqueca e lombalgia. Em 2006, foram encaminhados 33 pacientes e, em 2007, esse número foi ampliado para 134. Observa-se, como resultados qualitativos: a otimização dos encaminhamentos médicos, discussão de casos entre a equipe médica halopática e a acupunturista, aperfeiçoamento do protocolo, melhora da queixa inicial e grande adesão ao tratamento por parte de quem realmente necessita.

O *lian gong* também iniciou-se em maio de 2006, quando houve um primeiro curso de capacitação, com carga horária de 48 horas e duração de 5 meses. Cada Unidade Básica de Saúde encaminhou um profissional para participar da capacitação. Posteriormente, a prática foi implantada, inicialmente, em cinco unidades, atendendo, uma vez por semana, pacientes com queixa de dor ou doença crônica, encaminhados por qualquer profissional da rede de saúde.

No início, a prática foi cercada por sentimentos de grande curiosidade e empolgação por parte da população e funcionários. No entanto, depois da estruturação dos grupos, foi observado um movimento de esvaziamento, com redução de participantes, desinteresse e desmotivação dos instrutores treinados, bem como iniciativas de simplificação da técnica por esses instrutores por conta própria. Paralelamente, nas unidades em que o profissional instrutor conduziu a técnica de acordo com a metodologia estabelecida, foi notado o alcance de bons resultados. Tal quadro fez surgir ações de resgate,

pela introdução de atividades de supervisão que possibilitaram a reafirmação da importância do trabalho.

Uma nova capacitação foi realizada, com ampliação do número de servidores participantes – dessa vez, dois profissionais por unidade –, que, ao término do curso receberam um reconhecimento oficial, por meio da emissão de certificado. Simultaneamente, na administração municipal, está sendo projetado o Plano de Cargos e Carreiras, que reconhece a formação em *lian gong* dentre os critérios de valorização profissional. Nessa segunda capacitação foram incluídos também profissionais de outras Secretarias, como da Educação ou Ação Social. A oferta da prática nas unidades foi ampliada para 2 vezes na semana e estendeu-se para outros serviços do município. Hoje, realizam a atividade 10 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 1 Unidade Saúde da Família (USF).

Atualmente, constata-se um aumento no número de pessoas praticantes de *lian gong* e um grande número delas atribuindo à prática a melhora dos sintomas e o alcance de uma maior socialização. Observa-se, ainda, o reconhecimento por parte dos profissionais de saúde da eficácia da prática, incorporando-a nas ofertas de serviços das unidades de atendimento.

Avaliação quantitativa realizada em uma das Unidades Básicas de Saúde, no período de seis meses, revelou que: 60% dos praticantes não utilizaram mais analgésico ou antiinflamatório; 92% não procuraram o serviço com queixa de dor nesse período; 8% tiveram o quadro inalterado; 92% relataram melhora dos sintomas.

O número de pessoas que participam da prática cresceu: em 2006, eram 44 participantes; em 2007, 139; em 2008, já são 170.

A fitoterapia, por falta de profissional capacitado, é hoje a prática menos estruturada no município. Foi realizado um projeto piloto, em julho de 2005, no ambulatório de saúde mental, com a instituição de rodas de fitoterapia, rodas de conversa nas quais as pessoas da comunidade foram transformadas em apoiadoras e compartilhavam seus conhecimentos sobre plantas medicinais. Hoje, duas unidades desenvolvem atividades relacionadas à prática: a do Jardim Paulista (canteiro de ervas) e a UBS Santa Terezinha (canteiro de ervas e roda de conversa).

Contato: carminhasaude@gmail.com

Data: 15 de maio Horário: 9 às 17h

MESA 4

PLANTAS MEDICINAIS E FITOTERÁPICOS

Coordenador: Agenor Álvares ¹

Debatedor: Helvo Slomp Júnior ²

Brasil – As Plantas Medicinais e a Fitoterapia nos Sistemas Oficiais de Saúde

José Miguel Nascimento Júnior ³

Do ponto de vista histórico sobre as ações implementadas no Ministério da Saúde (MS) para o desenvolvimento da fitoterapia no Brasil, a criação, em 2003, do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos e a aprovação, em 2004, da Política Nacional de Assistência Farmacêutica possibilitaram a criação, no Ministério da Saúde, de um órgão responsável pela condução e acompanhamento dessa política, que levou à retomada e ao fortalecimento do trabalho com plantas fitoterápicas. Seguiram-se a esse momento diversas ações, como a definição da própria Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, em 2004, as quais fomentaram a criação de políticas públicas na área de plantas medicinais e fitoterápicos, que devem ser desenvolvidas pelos entes públicos. No entanto, alguns antecedentes também devem ser lembrados, como o Programa de Pesquisa de Plantas Medicinais, preconizado pela então Central de Medicamentos (CEME), em 1982, e a Política Nacional de Medicamentos, aprovada em 1998.

¹ Diretor da Agência Nacional de Vigilância Sanitária

² Universidade Federal do Paraná

³ Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos

O MS promoveu um fórum visando elaborar proposta para a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF) em 2001 e, em 2003, promoveu o Seminário Nacional de Plantas Medicinais, Fitoterápicos e Assistência Farmacêutica, com o objetivo de discutir, com todos os setores, princípios, objetivos e diretrizes para as políticas na área de plantas medicinais e fitoterápicos.

Processos de discussão com a sociedade culminaram na definição de princípios, objetivos e diretrizes para o estabelecimento da Política Pública de Plantas Medicinais e Fitoterápicos no Brasil, política que não foca a questão das substâncias ativas isoladas, já desenvolvidas pela indústria farmacêutica, mas busca agregar valor às práticas tradicionais.

Um resgate histórico mostrou que várias políticas vinham sendo construídas nos estados, pela ação individual de gestores ou de associações e entidades de usuários, conforme o desenvolvimento de práticas alternativas, gerando publicações específicas, tais como: no Amapá, a Farmácia da Terra; no Ceará, o Guia Fitoterápico; na Paraíba, o Memento Fitoterápico; em Alagoas, o Guia Fitoterápico; no Espírito Santo, a Relação Municipal de Medicamentos (REMU-ME); no Rio de Janeiro, a Introdução ao Cultivo de Hortaliças e Plantas Medicinais; no Paraná, Cultivando Água Boa; no Rio Grande do Sul, Plantas Vivas; em Goiás, Como Utilizar Plantas Medicinais; no Distrito Federal, Plantas e Saúde.

Todas essas ações resultaram na publicação, em maio de 2006, da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS – Portaria nº 971 –, que contempla acupuntura, homeopatia, termalismo/crenoterapia, plantas medicinais e fitoterapia. Esse documento estabelece uma diretriz nacional para a execução das políticas no âmbito do SUS.

Já em junho de 2006, foi publicado o Decreto nº 5.813, instituindo a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF), uma política que envolve a participação de vários Ministérios e, por isso, recebeu a outorga do Presidente da República. Trata-se de uma política bastante ampla que abrange toda a cadeia produtiva. A coordenação dessa Política fica a cargo do Ministério da Saúde, que conta com a participação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária e da Fundação Oswaldo Cruz, mas agrega representantes da Casa Civil



da Presidência da República, do Ministério da Integração Nacional, Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior, Ministério do Desenvolvimento Agrário, Ministério da Ciência e Tecnologia, Ministério do Meio Ambiente, Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e Ministério da Cultura. Hoje, a Política passa pela fase de elaboração do seu próprio programa, a ser aprovado em junho deste ano, o qual estabelece as responsabilidades de cada um desses entes. Importante mencionar que foram acrescentadas 717 contribuições ao texto original elaborado pela Comissão Interministerial.

A PNPMF tem como eixos prioritários: o acesso a plantas medicinais e fitoterápicos, o uso racional e seguro dos produtos, o desenvolvimento da cadeia produtiva, o fortalecimento da indústria nacional e o reconhecimento do uso tradicional.

O Ministério da Saúde, sabedor das suas responsabilidades quanto à execução dessa Política, já realizou algumas atividades nesse sentido, como as implementadas em relação à assistência farmacêutica na atenção básica ou a inovadora ação de credenciar dois fitoterápicos, *maytenus ilicifolia* (espinheira santa) e *mikania glomerata* (guaco), que podem ser financiados pelos recursos voltados à assistência farmacêutica básica. No momento, é possível um financiamento equivalente a sete reais e dez centavos per capita, por habitante/ano, recurso que possibilita às Secretarias Municipais ou Estaduais adquirir esses medicamentos, reconhecidos, assim, pelo Ministério da Saúde como eficazes e seguros.

Além do reconhecimento e possibilidade de financiamento desses dois produtos, do ponto de vista técnico, por uma nota técnica, são oferecidas orientações para aquisição e qualificação dos fornecedores em relação a esses fitoterápicos.

Decorrente da Portaria 3.237/2007, como resultado das pactuações nas Comissões Intergestores Bipartites (CIBs), os estados têm incorporado às suas listas estaduais de medicamentos os fitoterápicos. Por exemplo, Goiás insere na sua lista os dois itens citados acima em sete formas; Mato Grosso insere o guaco em xarope e solução oral; Paraíba, Paraná e Rio Grande do Norte, dentre outros, reconhecem também os fitoterápicos. De maneira inovadora, essa Portaria permite que os medicamentos homeo-

páticos sejam considerados recursos terapêuticos assim como os alopáticos.

No documento regulatório que cria os Núcleos de Apoio ao Saúde da Família (NASF), coordenado e definido em sua essência pelo Departamento de Atenção Básica – Portaria GM nº 154/2007 –, é determinada a inclusão do farmacêutico como um profissional que deverá estabelecer inter-relação e uma prática destacada para as plantas medicinais, medicamentos fitoterápicos e homeopáticos.

Recentemente, duas novas portarias foram editadas pela Secretaria de Ciência e Tecnologia, a Portaria nº 374/2008, que aprova o Programa Nacional de Fomento à Produção Pública e Inovação no Complexo Industrial da Saúde no âmbito do SUS, preconizando, no art. 3º, o apoio à implementação da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, e a Portaria nº 375/2008, que estabelece o Programa Nacional para Qualificação, Produção e Inovação em Equipamentos e Materiais de Uso em Saúde no Complexo Industrial da Saúde no âmbito do SUS.

Para provimento do acesso a plantas medicinais e fitoterápicos, está sendo preparada a publicação de um material sobre uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos para usuários do SUS e elaborado o Memento Terapêutico para profissionais do SUS.

Quanto à garantia do monitoramento da qualidade dos fitoterápicos pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, está sendo realizado um levantamento da legislação sanitária de plantas medicinais e fitoterápicos, para farmácias e laboratórios, sendo constituído um GT, com a participação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e MS, com a proposta de definição de um marco regulatório específico para harmonizar a PNPMF, os serviços já existentes e a legislação sanitária, abarcando as diferentes experiências brasileiras no campo da fitoterapia e plantas medicinais (Ex.: farmácias vivas). Além disso, para 2008, está prevista a publicação do Manual de Boas Práticas de Manipulação e Fabricação de Fitoterápicos.

Em relação à capacitação, observa-se a necessidade de que os cursos de graduação em farmácia ou áreas afins incorporem as duas políticas, PNPIC e PNPMF, em seus currículos, reorientando a formação dos profissionais. A qualificação técnica dos profissio-

nais deve seguir a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Portaria nº 1.996/2007). Para tanto, o DAB/DGES_SGTEs/DAF elaborou uma proposta inicial de implantação da educação permanente na área de assistência farmacêutica em fitoterapia. Em dezembro de 2007, o I Fórum Nacional de Educação Farmacêutica identificou a necessidade de inclusão do ensino de Práticas Integrativas e Complementares nos cursos de graduação e pós-graduação em farmácia. Em conformidade com essa constatação, o Ministério da Saúde financiará cursos de pós-graduação *lato sensu* em Gestão da Assistência Farmacêutica, que deverão possuir, como um dos conteúdos mínimos, a Gestão em Fitoterapia e Homeopatia.

Como um avanço importante, merece ênfase o fato de que estão sendo elaboradas a Relação Nacional de Plantas Medicinais e a Relação Nacional de Fitoterápicos, tendo como critério principal o potencial de utilização no SUS, considerando os biomas brasileiros, produtos e plantas que apresentem segurança e eficácia e o registro na Anvisa.

Projetos de pesquisas priorizando a biodiversidade brasileira têm sido contemplados desde 2003, tendo sido aprovados 74 projetos direcionados especificamente à área de plantas medicinais e fitoterápicos, perfazendo um investimento total de 10 milhões de reais, distribuídos entre as várias Regiões Brasileiras. Foram publicados editais nacionais temáticos e, em 2008, o Programa Pesquisa para o SUS (PPSUS), que opera de forma descentralizada, aprovou diversos projetos que contemplavam as Práticas Integrativas e Complementares.

Alguns desafios são colocados à fitoterapia e ao uso de plantas medicinais no Brasil: o estabelecimento de uma linha de financiamento permanente e crescente; uma regulamentação que atenda à diversidade das práticas existentes no país; a aproximação dos conhecimentos tradicionais e populares do conhecimento e práticas científicas; o reconhecimento à participação das diferentes formas de organização da sociedade civil, procurando evidenciar a reivindicação mais justa e adequada, não sucumbindo ao lobby corporativo.

Contato: fitodaf@saude.gov.br

Marcos Regulatórios para Plantas Medicinais e Fitoterápicos

Ana Cecília Bezerra de Carvalho¹

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) apóia integralmente as duas políticas, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) e a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF).

Para a Anvisa, medicamento fitoterápico é a planta medicinal que, a partir de ensaios clínicos, ou pré-clínicos, ou de dados de literatura, passa por uma indústria farmacêutica que realiza o seu desenvolvimento tecnológico e, em seguida, é analisada (pela Anvisa) – o que é essencial para a segurança, eficácia e qualidade desse medicamento –, para, por fim, chegar ao mercado e ser disponibilizado à população.

Os fitoterápicos são medicamentos caracterizados pelo conhecimento da eficácia e dos riscos de seu uso, como também pela constância de sua atividade. Eles são obtidos empregando-se exclusivamente derivados de drogas vegetais como ativos. Os excipientes e outros componentes não ativos da fórmula podem ser de outras origens que não a vegetal.

Planta medicinal é aquela usada tradicionalmente com finalidade terapêutica. Já a droga vegetal é a planta medicinal ou suas partes retiradas de seu habitat, após processos de coleta, estabilização e secagem, podendo ser íntegra, rasurada, triturada ou pulverizada. O derivado de droga vegetal, que é registrado como medicamento fitoterápico, é produto de extração da matéria-prima vegetal. Ele é caracterizado pela reprodutibilidade e constância de sua qualidade.

A Regulação da Diretoria Colegiada (RDC) 48 impediu o registro da droga vegetal como medicamento fitoterápico, ou seja, desde 2004, não há possibilidade da existência do chá medicinal.

¹ Gerência de Plantas Medicinais e Homeopáticos – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

As rasuras para obtenção de chás são registradas como alimentos e não podem ter alegações terapêuticas. Segundo a RDC 48, “não é objeto de registro ou cadastro planta medicinal ou suas partes, após processos de coleta, estabilização e secagem, podendo ser íntegra, rasurada, triturada ou pulverizada.”

Existem várias formas de comercialização e de regulamentação para plantas medicinais: planta in natura, droga vegetal, extrato, princípio ativo isolado.

A planta in natura é comercializada por raizeiros em mercados. A droga vegetal, ou seja, a planta rasurada, pode ser registrada, ou notificada, na Anvisa como alimento. Após a obtenção do extrato da planta medicinal, chamado fitocomplexo, diversas áreas da Anvisa e do Ministério da Agricultura cuidam da regulamentação, tanto na parte de alimento como na de medicamento fitoterápico para uso veterinário. Pode ser industrializado e também manipulado. Por fim, quando se isola o princípio ativo da planta medicinal, o produto pode ser registrado como medicamento novo ou, se já existir referência, como genérico ou similar.

A única regulamentação que existe para a planta medicinal no Brasil é a que trata de sua dispensação, determinando que “a dispensação de plantas medicinais é privativa das farmácias e ervarias, observados o acondicionamento adequado e a classificação botânica.” (Lei 5.991/73). Preconiza, ainda, a referida lei que as embalagens não podem ter alegações terapêuticas, porque, conforme já mencionado, devido à definição legal, apenas os medicamentos, ou seja, os fitoterapêuticos podem tê-las.

A regulação dos insumos atualmente é realizada por meio da RDC 249/05, que trata de boas práticas de fabricação de produtos intermediários e insumos farmacêuticos ativos, e da CP 98/05, que trata de boas práticas de fabricação específicas de produtos intermediários e insumos farmacêuticos ativos derivados de droga vegetal. A RDC 249/05 é geral, refere-se a qualquer insumo farmacêutico. Ela será rediscutida e deve ser republicada juntamente com outros regulamentos de adequação à Política Nacional.

Os produtos manipulados, abrangendo as farmácias verdes, farmácias vivas e oficinas fitoterápicas, não possuem regulamentação

específica e devem seguir atualmente a RDC 67, que também se aplica à manipulação de medicamentos fitoterápicos. Ela é o guia que estabelece boas práticas de manipulação de preparações magistrais e oficiais para uso humano em farmácias.

Quanto ao floral, não há regulamentação específica, não havendo atualmente nenhuma forma de registrá-lo junto à Anvisa.

Uma outra forma de registro na Anvisa para produtos de origem vegetal é como medicamento dinamizado. O registro ou notificação desses produtos segue a RDC 26/07, que dispõe sobre o registro de medicamentos dinamizados industrializados, classificados em homeopáticos, antroposóficos e anti-homotóxicos. Apesar de poderem ser de origem animal e mineral, a grande maioria é de origem vegetal.

Para os alimentos, existe na Anvisa legislação específica, tanto para a droga vegetal como para seu derivado, seja registrado ou notificado. Não temos no Brasil o alimento funcional como nos EUA. Existe uma certa confusão em relação aos medicamentos que possuem propriedade funcional ou alegação de saúde.

O Decreto-lei nº 986 institui normas básicas sobre alimentos; a Resolução 16/99 trata do registro de alimentos e/ou novos ingredientes no país (produtos que não têm histórico de uso na concentração que a empresa quer comercializar); a Resolução 18/99 define as diretrizes básicas para análise e comprovação de propriedades funcionais e/ou de saúde alegadas em rotulagem de alimentos; a Resolução 19/99 proíbe o registro de alimento com alegação de propriedades funcionais e/ou de saúde em sua rotulagem. Pode-se afirmar que o alho como alimento auxilia no não-aumento do colesterol enquanto o alho como medicamento auxiliaria na redução do colesterol. Essa é a diferença.

Existem, ainda, as regulamentações para o alimento. Hoje, o chá apenas pode ser comercializado na forma de rasura se notificado na Gerência Geral da Anvisa. A RDC 267/05 institui regulamento técnico de espécies vegetais para o preparo de chás (Ex.: menta e guaraná). A RDC 278/05 aprova as categorias de alimentos e embalagens dispensados e com obrigatoriedade de registro. A RDC 277/05 dispõe sobre regulamento técnico para café, cevada, chá, erva-mate e produtos solúveis. Segundo essa regulação, “chá: é o produto constituído de uma ou mais partes de espécie(s) vegetal(is) inteira(s), fragmentada(s) ou moída(s), com ou sem fermentação,



tostada(s) ou não, constante de Regulamento Técnico de Espécies Vegetais para o Preparo de Chás. O produto pode ser adicionado de aroma e/ou especiaria para conferir aroma e/ou sabor.”

O chá na Anvisa é notificado, ou seja, ele não precisa de registro. A RDC 219/06 atualizou a 267/05, para, inclusive, permitir a comercialização de algumas espécies que estavam com a venda proibida no país.

Não existe uma regulamentação específica para plantas medicinais como cosméticos. A RDC 211/05 estabelece a definição e a classificação de produtos de higiene pessoal, cosméticos e perfumes. Os cosméticos também não podem ter alegação terapêutica. A mais utilizada com relação aos cosméticos é a RDC 343, que traz as instruções para notificação de produtos de grau 1, que são os de mais baixo risco, categoria em que se enquadra a maioria dos produtos de origem vegetal.

Quando existe a substância isolada, ela pode ser registrada como medicamento novo. A RDC 136/03 apresenta uma restrição, pois são produtos de síntese ou semi-síntese, sendo necessário que aquela substância isolada passe ainda por algum processo químico que permita seu registro como medicamento novo. Havendo medicamento novo de referência, pode ser registrado, pela RDC 17/07, como similar ou, ainda, pela RDC 16/07, como medicamento genérico. Há vários produtos de origem vegetal registrados dessa forma.

Um produto que gera muita confusão é a própolis. No Brasil, ele não se enquadra como planta ou produto de origem vegetal, sendo considerado opoterápico, ou seja, medicamento específico obtido a partir de órgãos, glândulas, tecidos e secreções animais (RDC 132/03 mais nota técnica). Para esclarecer as dúvidas, foi redigida nota técnica sobre o registro de própolis.

Essa regulamentação complexa cria uma grande confusão tanto para o consumidor como para a própria agência reguladora. Alguns produtos geram dúvidas quanto ao seu enquadramento: como alimento, medicamento ou cosmético. Existe uma interface em diversos produtos como alho, guaraná, própolis, aloe vera e calêndula. Talvez seja necessária a existência de uma classe que englobe as características de cada um e é nisso que estamos trabalhando.

Existe regulamento específico para registro fitoterápico desde 1967. A Portaria 22/67 já trazia os requisitos de identidade, qualidade e eficácia, havendo, inclusive, orientação para o não-registro de associações. Houve toda uma evolução, que resultou na legislação atual, a RDC 48/2004.

A Lei 6.360 e o Decreto 79.094/77 regulamentam as atividades da Vigilância Sanitária. Muitas regulamentações de plantas medicinais e fitoterápicos são as mesmas utilizadas para qualquer medicamento pela Anvisa (RDC 140/03 e Port. 110/97 – bula; RDC 333/03 – rotulagem; RE 01/05 – estabilidade; RDC 138/03 – restrição de venda; RE 899/03 – validação; RDC 210/03 – inspeção; RDC 102/00 – propaganda). Para a Anvisa, o fitoterápico é entendido como medicamento e deve seguir todos os critérios de qualidade, segurança e eficácia, que são exigidos antes da sua disponibilização para a população.

Todo fitoterápico industrializado deve ser registrado previamente à comercialização e precisa apresentar os critérios de qualidade, segurança e eficácia exigidos pela Anvisa para todos os medicamentos alopáticos. A venda de produtos não registrados configura crime grave contra a saúde pública. (Código Penal, art. 273, § 1º, “b”, I).

Podem produzir medicamentos os laboratórios farmacêuticos, públicos ou privados, com autorização de funcionamento, licença sanitária e condição satisfatória de produção.

Há quatro formas de se comprovar a segurança e a eficácia do medicamento: referências em literatura científica (RE 88/04); registro simplificado (RE 89/04); ensaios pré-clínicos, para os quais existe o guia específico (RE 90/04), e clínicos, de acordo com as resoluções do CNS (196/96 e 251/97); levantamento etnofarmacológico.

Além dessa possibilidade de comprovação de segurança e eficácia, o fitoterápico tem uma peculiaridade, devido ao uso tradicional, ao conhecimento de várias indicações e à segurança do uso do produto em diversas populações: há outras formas de se comprovar sua segurança e eficácia, como a lista de referências bibliográficas (RE 88). Essa lista traz 18 livros categorizados e, se a planta que a empresa quer registrar está citada em determinado número de livros, já está comprovada sua segurança e eficácia, não sendo necessário realizar testes adicionais.



Também há a lista de registro simplificado, atualmente constituída de 34 plantas. Se essas plantas forem apresentadas à Anvisa na mesma forma em que estão descritas na RE 89/04, a empresa está liberada de apresentar requisitos adicionais de segurança e eficácia. São plantas que já estão na literatura há muitos anos e possuem registro tanto no Brasil como em diversos outros países. A expectativa é de que essa lista aumente.

O item 83 da RDC 48 trata do levantamento etnofarmacológico, muito bom para produtos que já estão no mercado. Nesse caso, a empresa apenas prova que seu produto já está no mercado há pelo menos 20 anos, não possui substâncias químicas reconhecidamente tóxicas e não causou danos a nenhum usuário. É uma forma de valorizar o conhecimento tradicional, apesar de não ser muito utilizado.

O Controle de Qualidade (CQ) é realizado em todas as etapas da cadeia produtiva: droga vegetal, derivado de droga e produto acabado.

Em relação à droga vegetal são necessários: laudo de identificação botânica; métodos de secagem, estabilização e conservação; pureza e integridade; referências farmacopéicas: Brasileira ou RDC 79/03, atualizada pela RDC 169/06. Esses requisitos são necessários para provar que o produto não causará danos a quem for utilizá-lo.

Para o CQ derivado da droga vegetal são exigidos: nomenclatura botânica oficial; parte da planta utilizada; solventes, excipientes e/ou veículos; testes de autenticidade; pureza e integridade; análise qualitativa e quantitativa dos marcadores.

Para o CQ do produto acabado são exigidos: descrição das metodologias utilizadas, com métodos validados; análise quantitativa e qualitativa do princípio ativo; comprovação de não-contaminação pela encefalopatia espadiforme (EET); estabilidade/especificações de embalagem; Comprovação de Boas Práticas de Fabricação (CBPF) da empresa.

Encontram-se registradas na Anvisa 162 espécies vegetais. Desse total, 25,6% são de origem brasileira ou sul-americana. Existem 432 fitoterápicos com registros simples, ou seja, com apenas uma espécie vegetal, e 80 em associações (compostos).

Estima-se que 20% do patrimônio genético mundial esteja concentrado em território brasileiro, onde o índice de endemismo é altíssimo. São 55 mil espécies vegetais (22% do total registrado no planeta), 524 mamíferos (cerca de 131 endêmicos), 517 anfíbios (294 endêmicos), 1.622 aves (191 endêmicas), 468 répteis (172 endêmicos), 3 mil espécies de peixes de água doce e cerca de 15 milhões de insetos.

Entre as espécies mais registradas estão: a *ginkgo biloba* (ginkgo), a planta mais registrada, a primeira em vários países do mundo, com 33 registros na Anvisa; a *aesculus hippocastanum* (castanha da Índia), com 29 registros; a *hypericum perforatum* (hipérico), a *glycine max* (soja) e a *valeriana officinalis* (valeriana), com 20 registros cada uma. Três plantas brasileiras estão entre as mais registradas: a *mikania glomerata* (guaco), a *maytenus ilicifolia* (espíneira santa) e a *paullinia cupana* (guaraná).

As perspectivas são bastante animadoras com a publicação das duas políticas (PNPIC e PNPMF). A expectativa é de que o número de espécies registradas deve aumentar bastante. Várias atividades estão sendo desenvolvidas nesse sentido.

Um dos eixos é o fortalecimento de pesquisas com plantas medicinais, não apenas as brasileiras, mas também as exóticas e adaptadas. Com esse objetivo, foi realizado um convênio com o Banco Mundial, com a participação de vários Ministérios, o PROBIO II. No desenvolvimento de projetos de pesquisa em Vigilância Sanitária, espera-se fomentar a elaboração de monografias de plantas medicinais.

Outra perspectiva é o aumento da lista de plantas com registro simplificado, a partir do levantamento existente e do conhecimento sobre sua segurança e eficácia.

Também estão sendo padronizadas as bulas de fitoterápicos. Dos produtos da lista de registro simplificado, composta de 34 plantas, estão prontas 15 bulas, já submetidas à diretoria colegiada. A padronização é importante, pois vai unificar as informações disponibilizadas à população e favorecer o uso racional desses produtos.

Outro aspecto importante é a atualização das legislações da Anvisa em face das demandas da PNPIC e da PNPMF, com a formação de

um Grupo de Trabalho (GT) Anvisa – Ministério da Saúde, com a participação da Fiocruz.

Atualmente, apenas é possível o registro de plantas medicinais como medicamento fitoterápico, o que dificulta sua produção, comércio e utilização no país. A situação prevista é a atualização da RDC 48 e a elaboração de uma resolução para o registro de fitoterápicos considerando serem eles produtos de uso tradicional, criando novas classes, com requisitos mais brandos, a exemplo do que já existe em outros países. Também pretende-se fazer uma resolução para notificação de rasura vegetal. Os dois textos já estão prontos. Existe uma lista positiva com 52 espécies vegetais, a maioria brasileira, e a empresa apenas vai notificar a comercialização desses produtos.

Na parte da inspeção, aplica-se, atualmente, apenas a RDC 210/03, que exige as boas práticas de fabricação para a produção de fitoterápico, mas, com a criação dessas duas novas classes de produtos, pretende-se fazer uma resolução com requisitos mais brandos, considerando que as plantas medicinais e a rasura vegetal não serão enquadradas como medicamentos.

Por fim, quanto à manipulação, existe a RDC 67/07, que não será modificada, e o objetivo é criar uma resolução para as oficinas fitoterápicas, ou farmácias verdes.

A Anvisa possui um site com área específica de medicamentos fitoterápicos, constando legislações, editais, artigos, apresentações em congressos e comentários sobre o registro de fitoterápicos.

Contatos: gme fh@anvisa.gov.br

Brasil – Plantas Medicinais e Fitoterápicos – Um Olhar sobre a Atenção à Saúde

Alex Botsaris ¹

As plantas medicinais, equivocadamente consideradas medicamentos de segunda categoria, são a estratégia terapêutica mais antiga utilizada pela espécie humana no tratamento de saúde. A eficácia do seu emprego garantiu a longevidade da sua existência bem como a competitividade em face do desenvolvimento tecnológico.

Evidências arqueológicas apontam que as plantas medicinais, como as sementes de feno grego, já eram utilizadas pelos homens das cavernas como forma de tratamento. Animais, como os macacos, instintivamente utilizam-se de plantas para se defenderem ou se protegerem de parasitas. A utilização das plantas medicinais transcendendo à espécie humana.

Levantamentos atuais apontam que a pesquisa e utilização de fitoterápicos continua com tendência muito forte, crescente nos países do primeiro mundo, fato que sinaliza um espaço ainda maior a ser ocupado pelas plantas medicinais na área médica nos próximos anos.

Mundialmente, as plantas medicinais são utilizadas por dois grupos distintos de pessoas. Um grupo composto por pessoas com alto grau de instrução e de crítica, pertencentes às classes A e B, concentradas, em sua maioria, nos países desenvolvidos, que as utilizam por considerá-las o medicamento mais adequado para prevenir doenças; e outro grupo, encontrado em países do terceiro mundo, composto por habitantes de países pobres, geralmente das classes C e D, sem acesso a medicamentos ou a alguma política de assistência farmacêutica, que utilizam as plantas medicinais como principal medicamento por serem elas o principal recurso disponível para essa população.

¹ Instituto Brasileiro de Plantas Medicinais

Ainda existem preconceitos e muitos médicos consideram a planta medicinal como um medicamento de segunda categoria, que não tem uma grande potência. No entanto, a planta medicinal tem uma característica muito importante que a distingue das demais, denominada de fitocomplexo, ou seja, a presença de um grupo de substâncias ativas semelhantes que apresentam diferentes ações nos receptores capazes de modular funções do organismo. Pesquisas apontaram que na maioria das plantas medicinais não existe apenas um princípio ativo e sim um grupo de princípios ativos atuando, revelando que o fitocomplexo apresenta uma maneira de agir no organismo, uma farmacologia, completamente diferente do princípio ativo isolado. O fitocomplexo possui uma característica moduladora; ele interage no organismo em diferentes momentos nos mecanismos fisiológicos, adaptando-se a eles. Essa característica é muito interessante e auxilia a ação preventiva sem ocasionar efeitos colaterais indesejáveis. Existem poucas publicações abordando os fitocomplexos e um importante relato sobre esse tema é descrito em (SIDIROVA, O. S. et al., 2004). Parte dos resultados desse estudo será exposta a seguir.

A utilização das plantas medicinais nos programas de atenção básica à saúde pode ser considerada como uma excelente alternativa, uma vez que elas: valorizam a cultura popular; promovem cadeias produtivas locais geradoras de emprego e renda; possuem baixo custo (significativamente menor que o dos medicamentos de forma geral); são de fácil aplicação e baixo risco, com grande margem de segurança; promovem a racionalização do uso dos recursos na saúde (hoje utilizados, em sua maioria, para compra de analgésicos e benzodiazepínicos, e não de medicamentos mais complexos como antimióticos); estimulam o aproveitamento dos recursos genéticos; apresentam boa aceitabilidade pela população.

Atualmente, a indústria farmacêutica gera uma fantástica “massa financeira” e conseguiu promover uma verdadeira escravatura da sociedade, convencendo os médicos de que os remédios que produzem são a única alternativa. Nesse sentido, faz um grande lobby de interesses, visando mostrar que as plantas medicinais não são uma boa alternativa, mas é muito mais lógico utilizar alternativas de baixo custo para tratar problemas simples e deixar a soma mais vultosa de recursos financeiros para a compra de medicamentos mais comple-

xos voltados para atendimentos secundários e terciários. É claro que a indústria farmacêutica também produz muitas “coisas boas”, mas está centrada na defesa de seus interesses e visa, acima de tudo, gerar lucros.

Somado a esses fatores, está o fato de a base da farmacologia atual ser composta por materiais fitoterápicos, transformados, por um processo de evolução, nas estruturas moleculares. Hoje em dia, cerca de 50% dos medicamentos derivam direta ou indiretamente de ativos de plantas medicinais, da natureza. Por exemplo, as vassatinas derivam de um fungo que cresce no arroz; a aspirina, da salix alba; os digitálicos, da *digitalis purpurea*; os anticolinérgicos, da *physostigma venenosum*; as drogas simpaticomiméticas, da *ephedra sinica*; os receptores da ach, da *agaricus muscarius*; as xantinas, da *coffea arabibica*; as vastatinas, da *monascus purpureus*, etc.

O nível de evidência pode ser apontado por meio de um levantamento comparativo entre a fitoterapia e a nefrologia, em revistas indexadas na área médica e de biologia, que revela não só um maior número de citações sobre fitoterapia como também um crescimento significativamente mais rápido, sinalizando uma tendência científica e uma comprovação de que a fitoterapia não é um campo do passado, mas sim do futuro. Em fitoterapia, no biênio 1996 a 1998, foram encontradas 751 citações e, de 1998 a 2000, 1.873 citações, enquanto que, em nefrologia, nos mesmos períodos, foram encontradas, respectivamente, 657 e 786 citações.

Levantamento realizado pela equipe do Programa de Plantas Medicinais (PROPLAM) da SES/RJ, em 1999, para identificar as potencialidades e equivalência dos medicamentos sintéticos e fitoterápicos – dados citados no relatório da Comissão Econômica para América Latina e Caribe (CEPAL) – revelou plantas medicinais com nível de evidência suficiente para permitir a substituição dos medicamentos. (PINHEIRO et al., 2005)

Como exemplos da aplicação da fitoterapia em atendimento primário à saúde, é importante ressaltar que uma quantidade absurda de benzodiazepínicos e sedativos são prescritos nos serviços de saúde, sendo que plantas medicinais que já possuem níveis de evidência poderiam estar sendo prescritas, inclusive porque, devido ao fitocomplexo, causam menor dependência. Vários analgésicos, an-

titérmicos, antiinflamatórios e broncodilatadores também poderiam estar sendo substituídos e várias doenças poderiam ser tratadas com o uso das plantas medicinais.

Em relação aos corticosteróides, existe uma planta com toda a farmacologia descrita, a *glycyrrhiza glaba*, que provavelmente substituiria com menos agressividade boa parte dos medicamentos que são prescritos para problemas alérgicos.

Algumas plantas já possuem nível de evidência clínico, farmacológico e etnofarmacológico que permite o uso do medicamento em um nível primário, dentre elas, a *melissa officinalis*, a *valeriana officinalis*, a *salix alba*, a *curcuma longa* e a *cordia verbanacea*.

Também é importante enfatizar que será preciso rediscutir níveis de evidências, inclusive porque os modelos científicos preconizados pela medicina convencional não se aplicam à maior parte das práticas integrativas, o que dificulta a produção de dados científicos. As práticas integrativas individualizam o tratamento e não existem metodologias para estudar as individualidades no tratamento dentro dos protocolos tradicionalmente aceitos pela medicina, os quais consideram as pessoas como iguais e as dividem em grupos para a realização de estudos comparativos.

Vale salientar, no entanto, que a eficiência da fitoterapia depende do treinamento adequado dos profissionais e que a tradição mostra que deve haver associação das plantas visando à potencialização dos resultados. Existem resistências a esse uso associado, porém os chineses têm uma tradição de estudos para verificar o nível de toxicidade devido a essa associação e nada foi comprovado. Vale lembrar que a medicina tradicional chinesa tem como pressuposto a associação de plantas medicinais.

Assim sendo, é possível concluir que os fitoterápicos podem substituir uma parte significativa dos medicamentos mais prescritos no atendimento primário à saúde – aproximadamente 50% deles – com uma relação custo-benefício bem maior, fato que possibilitará o investimento dos recursos disponíveis em medicamentos mais complexos. A minimização dos efeitos colaterais é outro ponto a ser evidenciado – por exemplo, existem evidências clínicas de que a planta medicinal utilizada como antiinflamatório também protege o sistema gástrico.

Toda a medicina popular se desenvolveu a partir das queixas simples de saúde. Por seu perfil de ação, as plantas medicinais têm grande aplicabilidade aos problemas simples de saúde, hoje responsáveis por cerca de 95% dos atendimentos do setor primário de saúde no SUS.

Vale pontuar, ainda, que uma das questões que dificultou ou retardou o aproveitamento da biodiversidade brasileira é a postura institucional, assumida pelo governo, de lentidão na validação dos produtos. Outros países estão bem mais avançados em fitoterapia que o Brasil. Investir em fitoterápicos ajuda, inclusive, no melhor aproveitamento da biodiversidade brasileira.

Contato: ibpm@ibpm.org.br/<http://www.ibpm.org.br>

Referências

SINDIROVA, O. S. et al. Study of antioxidative properties of a new phytocomplex obtained from Bark of Larch Larix sibirica Loeb. In: INTERNATIONAL CONFERENCE ON NATURAL PRODUCTS AND PHYSIOLOGICALLY ACTIVE SUBSTANCES, 2., 2004, Novosibirsk. [Anais]... [S.l.: s.n.], 2004.

PINHEIRO, E. S. et al. *Identificação de oportunidades de investimentos no setor de fármacos: lista tentativa de fitofármacos e introdução à eleição de uma política para fitofármacos e fitoterápicos*. Rio de Janeiro: Cepal, 2005.

Brasil – Experiência da Secretaria Municipal de Saúde de Pindamonhangaba (SP)

Ana Emília Gaspar¹

O município de Pindamonhangaba, localizado no interior do estado de São Paulo, possui 140 mil habitantes, 76% da população usuária do SUS e uma rede básica de saúde composta por 21 unidades Saúde da Família e três unidades no modelo tradicional, que serão transformadas no modelo Saúde da Família. A estratégia Saúde da Família foi eleita no município para ser a estratégia de atendimento e de garantia de acesso da população ao SUS.

O Centro de Práticas Integrativas (CPIC) está inserido nessa rede básica como equipamento de saúde, como uma ferramenta para aperfeiçoamento do atendimento da atenção básica.

A primeira diretriz da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) estabelece a estruturação e fortalecimento da atenção em Práticas Integrativas e Complementares (PICs) no SUS. Em relação a essa diretriz, o município discutiu com os profissionais da rede de atenção básica, em um workshop denominado Políticas Públicas em Plantas Medicinais e Fitoterapia no Município de Pindamonhangaba, as normas técnicas e operacionais e a Política em si. A partir dos pontos discutidos, foi criada a Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares.

A partir de então, foram realizadas ações de implantação e implementação das práticas bem como de fortalecimento das iniciativas já existentes. Foi estruturado, por exemplo, um Centro de Práticas Integrativas e Complementares em agosto de 2006, permitindo a centralização das ações existentes no município. Esse Centro está voltado não exclusivamente para o atendimento da população, também realizado em outros pontos da cidade, mas para o planejamento, avaliação das práticas integrativas e

¹ Secretária Municipal de Saúde – Centro de Práticas Integrativas e Complementares

capacitação dos profissionais envolvidos. São desenvolvidas no Centro: a homeopatia, a arteterapia, a medicina tradicional chinesa, a fitoterapia e a segurança alimentar, ações inicialmente projetadas como piloto, para posterior implantação na rede básica. Precedeu a fase de implantação uma visita a todas as unidades de Saúde da Família para sensibilizar as equipes de trabalho com relação ao novo Projeto.

Com relação à segunda diretriz – desenvolvimento de estratégias de qualificação em PICs para profissionais no SUS –, foram realizadas ações de capacitação, das quais participaram, em 2006/2007, 16% dos médicos da rede, 39% dos enfermeiros, 23% dos dentistas e 59% dos agentes comunitários de saúde. Como uma das ações de capacitação, foi promovido o 1º Fórum do Centro de Práticas Integrativas e Complementares – Plantas Medicinais e Fitoterapia na Rede Municipal de Pindamonhangaba, do qual participaram 334 pessoas, 38% das quais eram de outras áreas que não a da saúde, fato que possibilitou a criação de uma ação pautada na intersectorialidade. Atualmente, como ação permanente de capacitação, é desenvolvida, semanalmente, com a participação da comunidade, para, também, sensibilização, a Roda de Estudos de Plantas (REP). Outra ação é a cozinha saudável, sendo abordados temas nutricionais para melhoria da qualidade de vida. De 2006 a 2008, 226 pessoas foram capacitadas.

A terceira diretriz – divulgação e informação de profissionais, gestores e usuários – é desenvolvida mediante diferentes ações, tais como: instituição do Dia Municipal das Plantas Medicinais (22 de agosto), quando são realizadas ações de mobilização sobre o tema nos bairros e nas praças da cidade; participação em eventos realizados no município, como o Pindamonhangaba Cidadã, nos quais os agentes comunitários passam uma tarde com a comunidade repassando informações e realizando promoção em saúde; promoção da prática do lian gong e da arteterapia.

A quarta diretriz – ações intersetoriais/parcerias – é contemplada pelo Projeto Políticas Públicas em Plantas Medicinais e Fitoterapia na Rede Municipal de Saúde de Pindamonhangaba/ Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) e pela criação do Grupo de Estudo e Trabalho Interinstitucional (GETI), constituído por participantes de diversas instituições governamen-



tais – Coordenadoria de Assistência Técnica Integral (CATI), Pólo Regional do Vale do Paraíba/APTA, Universidade de Taubaté (UNTAU), Departamento de Agricultura e Fundo Social de Solidariedade – e representantes da sociedade civil – Pastoral da Criança, Conselho Municipal de Saúde, Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Associação Nova Essência.

A quinta diretriz – fortalecimento da participação social – é pautada pela realização de diferentes ações de treinamento voltadas para a comunidade.

Por fim, a sexta diretriz – acesso ao medicamento homeopático e fitoterápico – desenvolve-se através de parcerias com farmácias da comunidade, de um convênio firmado com o município de Cruzeiro, que fornece os medicamentos xarope de guaco, creme de calêndula e de babosa para toda a rede básica, e da aquisição de medicamentos pelo município.

Alguns desafios se impõem à consolidação do trabalho voltado para as plantas medicinais e fitoterápicos. Desde 2001, a partir do levantamento do uso da população das plantas medicinais, por meio de 1.287 entrevistas, foi diagnosticada a necessidade de ampliação da relação de plantas medicinais e fitoterápicos fornecidos à comunidade. Nesse diagnóstico de uso popular, as plantas mais citadas foram o capim limão, o hortelã e o boldo.

Impõem-se, ainda, como desafios: a implantação da farmácia municipal de manipulação; a instituição do programa de formação e educação permanente de profissionais; a publicação de materiais de divulgação direcionados aos trabalhadores, gestores, conselheiros de saúde e comunidade em geral; a realização da segunda etapa do Projeto de Políticas Públicas em Plantas Medicinais e Fitoterapia/FAPESP; a implementação do horto oficial do pólo regional do Vale do Paraíba; a ampliação de hortos didáticos nas unidades de Saúde da Família.

Especificamente em relação à homeopatia, constituem-se em desafios: a ampliação da equipe de profissionais; a publicação de materiais de divulgação direcionados aos trabalhadores, gestores, conselheiros de saúde e comunidade em geral; a implantação de pronto-atendimento e da retaguarda hospitalar.

Os desafios referentes à medicina tradicional chinesa são: a definição de estratégias de implantação da acupuntura; a nomeação de profissional habilitado, conforme concurso público já realizado; a capacitação de profissionais para as práticas corporais (lian gong 18 terapias e demais práticas); a introdução de práticas meditativas.

Já em relação à alimentação saudável e à arteterapia, fazem-se necessárias a inclusão na Política Municipal de Práticas Integrativas e a ampliação da equipe.

Por fim, quanto ao CPIC, são desafios: a construção de espaço adequado, conforme planta física; a ampliação da equipe de profissionais; a implantação de novas terapias complementares.

Contato: < <http://www.pindamonhangaba.sp.gov.br>>

E-mail: cpic.saude@pindamonhangaba.sp.gov.br /
saude@pindamonhangaba.sp.gov.br



Experiência da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória (ES)

Henriqueta Sacramento ¹

As práticas integrativas, anteriormente denominadas de medicina alternativa, vêm sendo desenvolvidas no município de Vitória (ES) há algum tempo. O município possui seis regiões administrativas e a rede de saúde é composta por 28 unidades de saúde, de atenção psicossocial, centro de especialidades odontológicas, de referência de atendimento ao idoso, de prevenção e tratamento de toxicômanos, pronto-atendimento de saúde, assim como vigilância sanitária, laboratório e centro de controle de zoonoses, dentre outros. A cobertura da estratégia Saúde da Família é de 78% e a meta é chegar ao final de 2008 com 100%. Além disso, a cidade conta com duas academias populares, onde as pessoas podem ter orientação com instrutores de educação física e praticar musculação e ginástica, e com onze módulos de educação para a prática de atividade física ao ar livre, localizados nas praias e parques, locais onde as pessoas são estimuladas a fazer caminhadas, tai chi chuan, ioga ou hidroginástica, esta desenvolvida no mar.

Essa organização foi planejada de acordo com a estrutura da cidade e com o objetivo de atingir a melhor via para a promoção da saúde, procurando respeitar, dentre outros, a Declaração de Alma-Ata, quanto aos cuidados primários em saúde, isto é, enfatizando o incentivo às práticas consideradas úteis, com ênfase no uso de plantas medicinais tradicionalmente utilizadas. (Relatório 2002: Estratégia Global sobre Medicina).

Em 1988, o município, a partir da Resolução CIPLAN, implantou as práticas não convencionais no SUS e instituiu as equipes técnicas responsáveis por sua condução, sob a coordenação de médicos com especialização em homeopatia, fitoterapia e acupuntura.

As estratégias adotadas pelo município para a institucionalização das práticas integrativas envolveu, inicialmente, a realização de

¹ Coordenadora do Práticas Integrativas e Complementares

dois diagnósticos: um com a população, para averiguar o uso tradicional de plantas medicinais, que apontou a utilização por 80% da população de plantas medicinais para tratamento de doenças mais simples, e outro com os médicos, para verificar o grau de interesse em prescrever fitoterápicos, sendo que 56% manifestaram interesse em prescrevê-los, apesar de não possuírem habilidade para tal.

A partir da articulação intersetorial e de discussões com a comunidade, implantou-se, em 1990, a horta medicinal no horto florestal da cidade, onde passaram a ser produzidas mudas de plantas medicinais para posterior utilização em trabalhos educativos e de campo em todo o município.

Em 1991, a equipe de saúde foi incrementada pelo ingresso de médicos, fitoterapeutas, homeopatas, acupunturistas, farmacêuticos e agrônomos, profissionais aprovados em concursos públicos. À implantação da equipe seguiu-se um período de discussões com a comunidade e de realização de eventos e fóruns, até que, em 1995, foi estruturado e acrescido ao planejamento estratégico do município o Programa de Fitoterapia, sendo garantidos recursos orçamentários para sua implementação. Em 1996, o Programa foi implantado no município por projeto de lei, aprovado pela Câmara de Vereadores – Lei 4.352.

Em 1997, implantou-se a farmácia de manipulação de fitoterápicos. Em 1998, houve a padronização dos fitoterápicos na primeira Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) e a implantação, no Parque Municipal de Tabuazeiro, do viveiro de plantas medicinais, ao qual a população tem acesso direto. Em 2008, foi realizado concurso público para médico homeopata, acupunturista, instrutor de educação física e de ioga, arteterapeuta, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta e musicoterapeuta.

O Programa de Fitoterapia foi desenvolvido inicialmente tendo como estratégia o fortalecimento da atenção primária. Para tal, foi realizada a capacitação de agentes comunitários de saúde, moradores da própria comunidade, muitos dos quais já utilizavam plantas medicinais sem orientação específica. Houve, portanto, a valorização do conhecimento popular, mas também a reorientação das práticas, conforme preconizado pela própria OMS. Também foram capacitados outros profissionais de saúde, como enfermeiros, odontólogos, farmacêuticos e médicos.



Realizou-se o levantamento das plantas medicinais utilizadas pela comunidade e foram estabelecidas parcerias em projetos com as Secretarias do Meio Ambiente, de Educação, Assistência Social, Cidadania e Esporte e Lazer, com a disponibilização de assessoria para formação de equipes locais de fitoterapia, valorizando o saber popular, incentivando a cultura local e trabalhando a intersectorialidade, a integralidade e o controle social. Outra estratégia utilizada foi a promoção da saúde e da cidadania mediante o estímulo à comunidade para utilização das plantas medicinais e inserção de jardins terapêuticos nos ambientes de trabalho.

Resultados concretos puderam ser observados com a estruturação do Programa, como: a satisfação da comunidade, manifestada pela participação ativa nas oficinas de chás e xaropes juntamente com as equipes do Programa Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PSF/PACS); a implantação de hortas medicinais em 4 Unidades de Saúde da Família (USF) e de jardins terapêuticos também em USF, envolvendo a participação ampla da comunidade no cultivo das plantas, no lidar com a terra, no conversar sobre a atividade; a realização de oficinas de integração no jardim terapêutico bem como de seminários e workshops para capacitação das equipes locais, outros profissionais de saúde e comunidade.

De 1997 a 2005, o município contou com uma farmácia de manipulação, que produzia 12 itens, com média de 20.000 receitas atendidas/ano. Nesse período, com o desenvolvimento do Programa, o número de prescritores cresceu de 24 para 110, principalmente após a implantação da Estratégia Saúde da Família. A farmácia foi encerrada em 2005, por iniciativa do Programa. Em 2007, o município procedeu à terceira revisão da REMUME, acessível no site da Prefeitura de Vitória, quando foram padronizados medicamentos homeopáticos e fitoterápicos – extratos de doze plantas, por exemplo – bem como revisados e definidos fitoterápicos de acordo com critérios de estudos científicos e RDC/Anvisa.

Como estratégia de promoção da saúde e qualidade de vida nas USF, o município oferece, desde 1990, o Serviço de Orientação ao Exercício (SOE), disponibilizando 11 módulos, localizados em praças, parques e praias. Todos eles contam com professores de Educação Física, nos horários matutino e noturno, os quais, além de

ministrarem aulas de hidroginástica, ioga e alongamento, realizam o acompanhamento e dão orientações para caminhadas. Merece ênfase o fato de Vitória ser a cidade brasileira que possui o maior percentual de população que pratica atividades físicas.

Os Centros de Referência assim como os Centros de Apoio Psicossocial (CAPS) oferecem as práticas de arteterapia, musicoterapia e terapia ocupacional. Também foram implementadas, conforme mencionado anteriormente, duas academias populares para a prática de atividades físicas ao ar livre.

Destacam-se como resultados alcançados a integração dos saberes e fazeres, a visão integral da saúde e a promoção da integração homem/natureza.

Alguns projetos locais também são desenvolvidos: USF Grande Vitória; Saúde e Meio Ambiente; implantação de hortas comunitárias; redução dos focos de mosquito da dengue e do lixo.

As estratégias dos projetos locais de fitoterapia voltam-se prioritariamente para a realização das seguintes ações: proceder a levantamentos das plantas utilizadas nas práticas caseiras da medicina tradicional; apoiar e incentivar o uso de práticas caseiras úteis e seguras para a população; suprimir o uso das práticas consideradas inúteis ou prejudiciais; selecionar as plantas medicinais já estudadas cientificamente; incentivar o uso correto e o cultivo das plantas medicinais selecionadas nas regiões de saúde; garantir medicamentos fitoterápicos padronizados mediante receita do prescritor; discutir com a população as questões de saúde, inserindo as PICs para melhoria da qualidade de vida; realizar fóruns locais para divulgação das práticas integrativas.

Como resultados da Revisão REMUME 2007, houve a formação da Comissão de Padronização dos Medicamentos Homeopáticos e Fitoterápicos bem como a revisão e definição dos fitoterápicos de acordo com critérios de estudos científicos e RDC/Anvisa. Hoje, o município conta com apenas quatro medicamentos fitoterápicos em sua relação municipal, visto que para tal eles devem ser registrados na Anvisa (*ginkgo biloba*, *hypericum perforatu*, *aesculus hippocastanum* e espinheira santa). Em março de 2008, ocorreu o início da dispensação.

Com relação à homeopatia e à acupuntura, inicialmente inseridas na atenção especializada, em unidades básicas e nos centros de especialidade, estipulou-se a criação de um centro de especialidade em práticas integrativas que as contemple.

Muitos são os desafios que se impõem ao trabalho, como: a ampliação da equipe de profissionais; a realização de atividades de educação continuada e permanente; o estabelecimento de protocolos de acompanhamento e avaliação; a elaboração de um manual com orientações à população para implantação de projetos locais de fitoterapia (cartilha); o estímulo ao intercâmbio com universidades para estruturação de projetos de pesquisa e extensão; a revisão da Política Municipal de Fitoterapia; a criação de grupos de trabalho em PICs.

Também constituem-se em desafios: integrar as políticas e práticas numa visão holística do ser humano; fortalecer e somar as ações; inserir a população em todo o processo de construção das propostas; promover a mudança de paradigma a partir do diálogo, da articulação dos atores – profissionais, usuários e gestores – e, principalmente, do respeito ao próximo, dedicação e amor pelo trabalho. “Dessa forma, vamos nos fortalecendo e incluindo no SUS práticas que integram homem e natureza, fazendo-o sentir-se em harmonia, em equilíbrio e mais feliz!”

Contato: <<http://www.vitoria.es.gov/naturezaht@hotmail.com>>



Cerimônia de Encerramento

Brasília - DF

Data: 15 de maio

Horário: 17 Horas

Sílvio Fernandes da Silva¹

Nesses três dias de evento, presenciei interessantes e dinâmicos debates sobre medicina complementar, principalmente sobre quem deve ou não praticá-la no país. Independente dos critérios a serem estabelecidos, parece-me claro que todos concordam que a medicina complementar pode ser praticada tanto por profissionais médicos como não médicos. Entretanto, é de fundamental importância definir quem poderá praticá-la ou não, por uma ampla discussão e pelo compartilhamento de experiências com outros países, como o México ou Cuba, que são bons exemplos de regulamentação das práticas complementares – acupuntura. Pude observar trabalhos interessantes de inserção da medicina complementar nas ações básicas de saúde, como a promoção, para a comunidade, de práticas como o tai chi chuan, lian gong e ioga, envolvendo não apenas a prática em si, mas a capacitação dos indivíduos para a prática individualizada em seus domicílios. Devo destacar, também, o trabalho da Anvisa na regulamentação dos fitoterápicos, garantindo-lhes qualidade e segurança. Em um encontro com o Ministro da Saúde, hoje pela manhã, abordamos a questão dos investimentos em pesquisas na área. Espero que, num futuro próximo, a OMS possa credenciar um Centro de Estudos em Medicina Complementar no Brasil.

Pude aprender muito com as diferentes apresentações. Acredito que o Brasil possui um excelente sistema de saúde. Espero que no futuro o país tenha um sistema de saúde que integre à medicina convencional a complementar, permitindo ao usuário dos serviços públicos de saúde escolher aquela prática que mais lhe beneficiará, que melhor resolverá o seu problema de saúde. É preciso que todos trabalhem juntos para que esse objetivo seja atingido. A OMS gostaria de oferecer-lhes todo o suporte necessário.

¹ Organização Mundial de Saúde – Coordenadora do Departamento de Medicina Tradicional

Agenor Álvares ²

Nu gostaria de agradecer a Carmem De Simoni e à equipe do Departamento de Atenção Básica (DAB), especialmente ao ex-Diretor, que nos deixa temporariamente, Luís Fernando, pelo convite e desejar a vocês muita sorte na implementação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, cuja aprovação foi tão importante para todos nós. Não temos o dom de prever o futuro, mas, pela luta do presente, podemos antever que o futuro será melhor.

Os custos do SUS com medicamentos estão aumentando muito. Aproximadamente 12% de todo o orçamento do MS são gastos em medicamentos alopáticos. O mercado de medicamentos alopáticos no Brasil gira em torno de 22/23 bilhões de reais (preço/fábrica). Apenas o Ministério da Saúde gasta em torno de 6 bilhões de reais anualmente, fora o que é gasto pelos estados e municípios. Inegavelmente, o gasto do Estado Brasileiro com saúde é muito alto. Além disso, muitas vezes, são financiados medicamentos que estão sendo testados no Brasil e não sabemos qual vai ser o resultado disso. Portanto, as práticas e medicamentos utilizados pela população que têm alguma eficácia devem ser valorizados. Precisamos garantir, principalmente, o direito da população de ser bem-atendida.

O sistema de saúde brasileiro tem uma característica diferente: ele não foi uma dádiva, ou concessão, de nenhum partido político, governo ou grupo profissional, mas sim uma conquista do povo na Constituinte e na Lei 8.080, que deve ser respeitada. É preciso aperfeiçoar cada vez mais o SUS.

A perspectiva de votação da regulamentação da Emenda 29 está gerando uma grande expectativa para todos aqueles que sempre militaram no SUS. Porém, a meu ver, o maior desafio do SUS não é o financiamento nem sua regulamentação. Existem outros desafios que precisam ser enfrentados e o principal deles é a humanização do atendimento, o acolhimento.

² Diretor da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa)

Outros dois desafios também são importantes. Um é a gestão do trabalho no SUS. Não é possível que alguns profissionais tenham uma sobrecarga imensa enquanto outros aproveitam o serviço público para exercer a sinecura, pois sabemos que isso existe. Precisamos ter profissionais bem remunerados, para que possamos exigir um bom trabalho.

Por fim, o desafio da gestão, e é preciso encarar sem medo esse debate. Não é possível conviver com situações em que o mesmo processo administrativo para construir uma usina hidrelétrica deva ser utilizado para a compra de medicamentos para um hospital. Isso é um absurdo. É preciso ter mecanismos adequados para prover o sistema de saúde dos insumos de que ele precisa. As questões que foram discutidas neste evento são muito valiosas, aliás, qualquer experiência para acumular conhecimento no SUS é importante.

Sabemos que o Estado brasileiro não pode prover tudo a todos. Estamos em um momento crucial do SUS, pois é preciso corrigir algumas questões. Para realizar essas correções, é preciso não ter medo e enfrentar o debate, o mesmo debate que realizamos na Constituinte e na VIII Conferência Nacional de Saúde. Sônia Fleury disse uma frase que julgo fantástica: “Antes nós éramos constituintes; hoje somos instituintes, e somos instituintes porque fomos instituídos; então, não podemos fugir da luta”.

Luís Fernando Rolim Sampaio³

O evento foi um sucesso. Quero parabenizar a todos e fazer um cumprimento especial a Carmem De Simoni, uma grande batalhadora no processo de condução da PNPIC. Dei minha contribuição como Diretor do DAB e a minha formação em homeopatia acabou contribuindo para o entendimento dessa outra forma de “ver as coisas”, essa outra racionalidade.

³ Ex-Diretor do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS)

É preciso unir forças. Adotamos uma estratégia nos últimos anos, de realização de seminários internacionais de atenção primária, para discutir a Saúde da Família e a Atenção Primária. Agora, acontece o 1º Seminário Internacional de Práticas Integrativas. Os eventos realizados foram muito bem-sucedidos, e nos animam, pois aglutinam pessoas do mundo inteiro que estão buscando espaços de contra-hegemonia em um modelo massacrante como o biomédico dentro dos sistemas de saúde. Criar esses espaços é importante e, quando juntamos forças, percebemos que temos universidades, serviços e municípios trabalhando de forma diferenciada e visualizamos a possibilidade de renovação de esperanças na nossa luta.

Em agosto, ocorrerá um evento de grande porte, a III Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família e o IV Seminário Internacional de Atenção Primária. Já temos 4.500 trabalhos inscritos e a expectativa é a presença de 6.000 pessoas. Participarão do evento médicos de família, agentes comunitários de saúde, enfermeiros, dentistas, profissionais que estão fazendo fitoterapia e terapia comunitária, enfim, gente que está “criando coisas” no SUS no Brasil inteiro. Será um grande evento, visando fomentar a capacidade das pessoas de se revigorar no seu cotidiano de trabalho, o que é muito difícil.

Minha experiência como Secretário Municipal de Saúde revelou um cotidiano nada fácil, pois existe muita demanda na ponta.

No Ministério da Saúde, o trabalho também é muito difícil, mas, depois de muita negociação e com a publicação de uma Portaria, dois anos depois, percebemos que o esforço realizado valeu a pena e que, juntando as pessoas, é possível produzir muitos resultados positivos.

Gostaria novamente de parabenizar Carmem De Simoni pelo brilhantismo na condução deste evento e à equipe do DAB, que trabalhou muito nesse processo.

Carmem De Simoni ⁴

E stamos encerrando o evento. Foram dois dias de intensos trabalhos com apresentação de experiências riquíssimas. Trabalhamos muito para a construção deste Seminário e avalio que ele foi de fato exitoso.

Quero fazer um agradecimento especial a Madel Luz, porque durante a elaboração da PNPIC buscávamos um referencial teórico e decidimos olhar os seus estudos sobre racionalidades médicas. Por outro lado, pensamos que política não poderia ter citação, mas suas reflexões foram fundamentais, pois subsidiaram as nossas discussões.

Quero também agradecer aos nossos convidados internacionais, que fui conhecendo durante estes dois anos como coordenadora da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares.

Enfim, é um grande caminho e ao longo desses dois anos houve um profundo apoio da direção do DAB, na pessoa do Luís Fernando, que, como gestor, muito nos apoiou e, como médico homeopata, mostrou-se realmente sensível às nossas dificuldades.

⁴ Coordenadora da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do Ministério da Saúde



**SEMINÁRIO
INTERNACIONAL**
de Práticas Integrativas
e Complementares
em Saúde - PNPIIC

Programação

13 de maio de 2008, terça-feira

Cerimônia de Abertura

Conferência Magna

Xiaouri Zhang – *Coordenadora do Departamento de Medicina Tradicional Organização Mundial de Saúde*

As Práticas Integrativas e Complementares no Contexto Mundial

14 de maio de 2008, quarta-feira

Mesa 1 – Inserção das Práticas Integrativas e Complementares nos Sistemas Oficiais de Saúde

Coordenador: Adson França – *Diretor do Departamento de Ações Estratégicas e Programáticas do Ministério da Saúde*

Debatedor: Nelson Filice de Barros – *Coordenador do Laboratório de Práticas Alternativas, Complementares e Integrativas em Saúde – Universidade de Campinas*

Brasil – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do SUS

Carmem De Simoni – *Coordenadora da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do Ministério da Saúde*

Cuba – O Sistema de Saúde de Cuba e a Medicina Natural e Tradicional (MNT)

Jorge Luís Campistrous Lavaut – *Chefe de Pesquisas do Centro Nacional de Medicina Natural e Tradicional do Ministério de Saúde Pública de Cuba*

México – Sistema Nacional de Saúde e as Práticas Integrativas e Complementares de Saúde

Hernán Garcia Ramirez – *Subdiretor de Sistemas Complementares de Atenção do Ministério da Saúde*

Brasil – Controle Social e as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

Ana Cristhina de Oliveira Brasil – *Coordenadora da Comissão Intersectorial de Práticas Integrativas e Complementares – Conselho Nacional de Saúde*

Mesa 2 – Homeopatia & Medicina Antroposófica

Coordenador: Pedro Lima – *Superintendente de Atenção Básica e Gestão do Cuidado – Secretaria Estadual do Rio de Janeiro*

Debatedor: Jorge Biolchini – *Professor Titular de Homeopatia da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro*

Brasil – Homeopatia – Avanços, Desafios na Assistência, no Ensino e na Pesquisa

Madel Luz – *Instituto de Medicina Social – Universidade do Estado do Rio de Janeiro*

Cuba – Pesquisa em Práticas Integrativas e Complementares: A Dengue e os Complexos Homeopáticos

Jorge Luís Campistrous Lavaut – *Chefe de Pesquisas do Centro Nacional de Medicina Natural e Tradicional – Ministério da Saúde Pública de Cuba*

Brasil – Medicina Antroposófica – Avanços, Desafios na Assistência, no Ensino e na Pesquisa

Ricardo Ghelman – *Coordenador do Setor Interdepartamental de Medicina Antroposófica – Universidade Federal de São Paulo*

Brasil – Experiência da Secretaria de Saúde do Distrito Federal

Soraya Coury – *Gerência do Núcleo de Medicina Natural e Terapias Integrativas*

Brasil – Experiência da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas (SP)

Lígia Aparecida Neiname de Almeida – *Diretora de Saúde*
15 de maio de 2008, quinta-feira

Mesa 3 – Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura e Termalismo

Coordenadora: Carmem De Simoni – *Coordenadora da Política de Práticas Integrativas e Complementares do Ministério da Saúde do Brasil*

Debatedora: Ana Cristhina de Oliveira Brasil – *Conselho Nacional de Saúde. Universidade de Fortaleza*

China – Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura – Avanços e Desafios na Assistência, Ensino e Pesquisa

Deng Liang Yue – *Presidente da World Federation of Acupuncture and Moxabustion Societies*

Itália – Termalismo Social e Crenoterapia – Uma Perspectiva Mundial

Umberto Solimene – *Diretor da Secretaria Geral da Federação Mundial de Hidroterapia e Climatoterapia. Centro Colaborador de Medicina Tradicional da Organização Mundial de Saúde e Università Degli Studi di Milano*

Brasil – Experiência da Secretaria Estadual de Saúde do Amapá

Elziwaldo Lobo Monteiro – *Diretor do Centro de Reabilitação de Tratamento Natural*

Brasil – Experiência da Secretaria Municipal de Saúde de Recife (PE)

Odimariles Dantas – *Gerente da Unidade de Práticas Integrativas “Professor Guilherme Abath”*

Brasil – Experiência da Secretaria Municipal de Saúde de Várzea Paulista (SP)

Maria do Carmo Cabral Carpintero – *Secretária Municipal de Saúde*



Mesa 4 – Plantas Medicinais e Fitoterápicos

Coordenador: Agenor Álvares – *Diretor da Agência Nacional de Vigilância Sanitária*

Debatedor: Helvo Slomp Júnior – *Universidade Federal do Paraná*

Brasil – As Plantas Medicinais e a Fitoterapia nos Sistemas Oficiais de Saúde

José Miguel – *Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos*

Brasil – Marcos Regulatórios para Plantas Medicinais e Fitoterápicos

Ana Cecília Bezerra de Carvalho – *Gerência de Plantas Medicinais e Homeopáticos – Agência Nacional de Vigilância Sanitária*

Brasil – Plantas Medicinais e Fitoterápicos – Um Olhar sobre a Atenção à Saúde

Alex Botsaris – *Instituto Brasileiro de Plantas Medicinais*

Brasil – Experiência da Secretaria Municipal de Saúde de Pindamonhangaba (SP)

Ana Emília Gaspar – *Secretária Municipal de Saúde*

Brasil – Experiência da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória (ES)

Henriqueta Sacramento – *Coordenadora do Práticas Integrativas e Complementares*

Solenidade de Encerramento

Espaço para as
informações da Gráfica