

CADERNOS de ATENÇÃO BÁSICA

PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES

Plantas Medicinais e Fitoterapia na Atenção Básica



31

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

PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES

PLANTAS MEDICINAIS E FITOTERAPIA NA ATENÇÃO BÁSICA

Série A. Normas e Manuais Técnicos
Cadernos de Atenção Básica, n. 31

Brasília – DF
2012

© 2012 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>>.

Tiragem: 1ª edição – 2012 – 35.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento de Atenção Básica

Edifício Premium, SAF SUL, Quadra 2, Blocos E/F

Torre II – Auditório (subsolo)

CEP: 70.070-600 – Brasília – DF

Tel.: (61) 3306-8090

Fax: (61) 3306-8028

E-mail: dab@saude.gov.br

Home page: www.saude.gov.br/dab

Supervisão Geral:

Heider Aurélio Pinto

Coordenação Geral:

Angelo Giovanni Rodrigues

Carmem De Simoni

Marize Girão dos Santos

Elaboração Técnica:

Ana Cláudia Fernandes Amaral

Adriana Miranda de Castro

Angelo Giovanni Rodrigues

Ana Cecília Bezerra Carvalho

Benilson Beloti Barreto

Carmem De Simoni

Daniel Sales Pimenta

Dirceu Klitzke

Edmundo Machado Netto

Guilherme Nabuco Machado

Gustavo Tenório Cunha

Helvo Slomp Junior

Henriqueta Tereza do Sacramento

José Miguel do Nascimento Júnior

Karen Sarmiento Costa

Katia Regina Torres

Marize Girão dos Santos

Olga Vânia Matoso de Oliveira

Rosane Maria Silva Alves

Rosani Pagani

Said G. C. Fonseca

Teresa Martins

Equipe de Revisão Técnica:

Ana Cláudia Fernandes Amaral

Angelo Giovanni Rodrigues

Carmem De Simoni

Marize Girão dos Santos

Coordenação Editorial:

Antônio Sergio de Freitas Ferreira

Marco Aurélio Santana da Silva

Imagens:

Radilson Carlos Gomes

Normalização:

Marjorie Fernandes Gonçalves

Projeto Gráfico:

Alisson Sbrana

Roosevelt Ribeiro Teixeira

Revisão:

Ana Paula Reis

Nota: A partir do número 31, a presente publicação volta a se chamar "Cadernos de Atenção Básica".

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

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

Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

156 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica ; n. 31)

ISBN 978-85-334-1912-4

1. Fitoterapia. 2. Plantas medicinais e fitoterápicos. I. Título. II. Série.

CDU 633.88

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – 2012/0006

Títulos para indexação:

Em inglês: *Integrative and complementary practices: medicinal plants and phytoterapy in the Primary Health Care*

Em espanhol: *Práticas integrativas y complementarias: plantas medicinales e fitoterapia na Atención Primario en Salud*

Sumário

Apresentação	07
1 Introdução	11
1.1 Aspectos sobre o desenvolvimento da fitoterapia	13
1.2 A Organização Mundial da Saúde e a integração da medicina tradicional, complementar e alternativa aos sistemas oficiais de saúde.....	17
Referências	22
2 As plantas medicinais e fitoterapia no contexto da atenção básica/Estratégia Saúde da Família	25
2.1 As experiências com plantas medicinais e fitoterapia no SUS	29
Referências	34
3 Políticas públicas voltadas à inserção das plantas medicinais e fitoterapia nos cuidados primários em saúde.....	35
3.1 Introdução	37
3.2 Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS.....	37
3.3 O desenvolvimento da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS(PNPIC)	38
3.4 Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos	43
3.4.1 Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.....	46
3.5 Políticas estaduais/municipais com diretrizes para plantas medicinais e fitoterapia no SUS	47
3.6 Considerações finais.....	48
Referências	50
4 Atenção à saúde com plantas medicinais e fitoterapia	51
4.1. A prescrição fitoterápica na atenção à Saúde da Família	53
4.1.1 A Estratégia Saúde da Família e a fitoterapia.....	53
4.1.2 De qual fitoterapia estamos falando mesmo?.....	54
4.1.2.1 Fitoterapia popular.....	55
4.1.2.2 Fitoterapia tradicional.....	56
4.1.2.3 Fitoterapia científica ocidental	57

4.1.3 A decisão pela fitoterapia em um plano terapêutico.....	58
4.1.4 A prescrição fitoterápica	60
4.1.6 A fitoterapia e o cuidado em saúde	65
Referências	67
5 Assistência e atenção farmacêutica com plantas medicinais e fitoterapia..	71
5.1 Uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos.....	74
5.2 Acesso a plantas medicinais e fitoterápicos	74
Referências	85
6 Plantas medicinais e fitoterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)	87
6.1 Processo de trabalho e as ferramentas do NASF	90
Referências	95
7 Farmácias Vivas.....	97
7.1 O Programa Farmácia Viva do município de Fortaleza	100
7.2 Formas farmacêuticas de fitoterápicos utilizadas nos Programas Farmácias Vivas e demais programas de fitoterapia	105
7.2.1 Pó	106
7.2.2 Soluções extrativas.....	106
7.2.2.1 Tinturas.....	106
7.2.2.2 Extratos.....	107
7.2.2.3 Outras formas extrativas	107
7.2.2.4 Formas líquidas de uso oral.....	108
7.2.2.4.1 Xarope	108
7.2.2.4.2 Elixir	108
7.2.2.5 Formas semissólidas	108
7.2.2.5.1 Pomadas	108
7.2.2.5.2 Pastas	109
7.2.2.5.3 Cremes	109
7.2.2.5.4 Géis	109
7.2.2.6 Formas sólidas	109
7.2.2.6.1 Cápsulas.....	110
7.2.2.6.2 Comprimidos	110
7.2.2.6.3 Supositórios e óvulos	110

Referências	111
8 Regulamentação para plantas medicinais e fitoterápicos na saúde	113
8.1 Introdução	115
8.2 Legislação para plantas medicinais.....	116
8.3 Legislações sobre medicamentos fitoterápicos	117
8.3.1 Medicamentos fitoterápicos manipulados	117
8.3.2 Medicamentos fitoterápicos industrializados	118
8.4 Farmacovigilância	119
8.5 Farmacopeia Brasileira.....	120
Referências	122
9 Considerações finais	125
Anexos	129
Anexo A – Publicações de referência	131
Anexo B – Histórico de normas/regulamentação para plantas medicinais e fitoterápicos	137
Anexo C – Proposta de oficina para sensibilização de gestores, profissionais do NASF e Saúde da Família e usuários para implementação das diretrizes para plantas medicinais e fitoterapia no SUS	141
Anexo D – Considerações sobre hortos de plantas medicinais em programas públicos de fitoterapia	150

Apresentação

As Práticas Integrativas e Complementares se enquadram no que a Organização Mundial de Saúde (OMS) denomina de medicina tradicional e medicina complementar e alternativa (MT/MCA) e, sobre esse tema, a OMS recomenda aos seus Estados membros a elaboração de políticas nacionais voltadas à integração/inserção da MT/MCA aos sistemas oficiais de saúde, com foco na Atenção Primária à Saúde (APS).

No Brasil, em consonância com as recomendações da OMS, foi aprovada, em 2006, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC), contemplando, entre outras, diretrizes e responsabilidades institucionais para implantação/adequação de ações e serviços de medicina tradicional chinesa/acupuntura, homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia, além de instituir observatórios em saúde para o termalismo social/crenoterapia e para a medicina antroposófica no Sistema Único de Saúde (SUS).

A aprovação da PNPIC desencadeou o desenvolvimento de políticas, programas e projetos em todas as instâncias governamentais, pela institucionalização dessas práticas no SUS. Na instância federal, destaca-se a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, aprovada também em 2006 por decreto presidencial, com diretrizes e ações para toda a cadeia produtiva de plantas medicinais e fitoterápicos.

As plantas medicinais e seus derivados estão entre os principais recursos terapêuticos da MT/MCA e vêm, há muito, sendo utilizados pela população brasileira nos seus cuidados com a saúde, seja na Medicina Tradicional/Popular ou nos programas públicos de fitoterapia no SUS, alguns com mais de 20 anos de existência. Entre as Práticas Integrativas E Complementares no SUS, as plantas medicinais e fitoterapia são as mais presentes no Sistema, segundo diagnóstico do Ministério da Saúde, e a maioria das experiências ocorrem na APS.

As ações para implementação das diretrizes dessas políticas nacionais buscam ampliar a oferta de serviços e produtos relacionados à fitoterapia no SUS, de forma segura e racional, por profissionais de saúde qualificados, considerando o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, promovendo a integralidade da atenção.

Nesse sentido, este Caderno de Atenção Primária, contendo histórico das políticas nacionais e informações sobre normas, serviços e produtos relacionados à fitoterapia na Estratégia Saúde da Família/atenção básica, busca estimular a implantação de novos programas no SUS, com melhoria do acesso da população a produtos e serviços seguros e de qualidade; sensibilizar e orientar gestores e profissionais de saúde na formulação e implantação de políticas, programas e projetos; e estruturar e fortalecer a atenção em fitoterapia, com ênfase na atenção básica/Saúde da Família.

Introdução

1

1.1 Aspectos sobre o desenvolvimento da fitoterapia

Angelo Giovani Rodrigues
Ana Cláudia Fernandes Amaral

13

A utilização da natureza para fins terapêuticos é tão antiga quanto a civilização humana e, por muito tempo, produtos minerais, de plantas e animais foram fundamentais para a área da saúde. Historicamente, as plantas medicinais são importantes como fitoterápicos e na descoberta de novos fármacos, estando no reino vegetal a maior contribuição de medicamentos.

O termo fitoterapia foi dado à terapêutica que utiliza os medicamentos cujos constituintes ativos são plantas ou derivados vegetais, e que tem a sua origem no conhecimento e no uso popular. As plantas utilizadas para esse fim são tradicionalmente denominadas medicinais (DE PASQUALE, 1984). A terapia com medicamentos de espécies vegetais é relatada em sistemas de medicina milenares em todo o mundo, por exemplo, na medicina chinesa, tibetana ou indiana-ayurvédica.

A ayurveda (medicina tradicional indiana) é, talvez, mais antiga do que todas as tradições medicinais e do que a medicina tradicional chinesa. As civilizações da China e da Índia estavam florescendo e já possuíam inúmeros escritos sobre plantas medicinais, enquanto modestas culturas sofisticadas começavam a se desenvolver na Europa. O lendário imperador Shen Nung discutiu plantas medicinais em suas obras, as quais, pela medicina tradicional chinesa, foram sistematizadas e escritas entre 100 e 200 a.C. A referência mais completa sobre prescrição de ervas chinesas é a enciclopédia chinesa Modern Day, de matéria médica publicada em 1977. Essa obra lista quase 6.000 medicamentos, dos quais 4.800 são de origem vegetal.

Como em outras culturas de cura, receitas tradicionais são usadas preferencialmente contra as doenças crônicas, enquanto as doenças graves ou agudas são curadas por medicamentos ocidentais. A difusão da medicina tradicional chinesa, na maioria dos continentes, sem dúvida contribuiu para a popularidade atual dos medicamentos fitoterápicos em todo o mundo. Exemplos de ervas medicinais chinesas famosas são *Angelica polymorpha var. sinensis* (Danggui, Dongquai), *Artemisia annua* (qing ha), *Ephedra sinica* (ma huang), *Paeonia lactiflora* (Bai shao yao), *Panax ginseng* (ren shen) e *Rheum palmatum* (da huang) (ALONSO, 1998; CARNEIRO, 2001).

Na história do Brasil, há registros de que os primeiros médicos portugueses que vieram para cá, diante da escassez na colônia de remédios empregados na Europa, muito cedo foram obrigados a perceber a importância dos remédios de origem vegetal utilizados pelos povos indígenas. Os viajantes sempre se abasteciam deles antes de excursionarem por regiões pouco conhecidas. As grandes navegações trouxeram a descoberta de novos continentes, legando ao mundo moderno um grande arsenal terapêutico de origem vegetal até hoje indispensável à medicina. Dentro da biodiversidade brasileira, alguns exemplos importantes de plantas medicinais são: *Ilex paraguariensis* (mate), *Myroxylon balsamum* (bálsamo de Tolu), *Paullinia cupana* (guaraná), *Psidium guajava* (guava), *Spilanthes acmella* (jambu), *Tabebuia sp.* (lapacho), *Uncaria tomentosa* (unha-de-gato), *Copaifera sp.* (copaíba) (GURIB-FAKIM, 2006).

A magnitude da biodiversidade brasileira – conjunto de todos os seres vivos com a sua variabilidade genética integral – não é conhecida com precisão tal à sua complexidade, estimando-se mais de dois milhões de espécies distintas de plantas, animais e micro-organismos. Isso coloca o Brasil como detentor da maior diversidade biológica do mundo (WILSON, 1997). Apesar disso e de toda a diversidade de espécies existentes, o potencial de uso de plantas como fonte de novos medicamentos é ainda pouco explorado. Entre as 250 mil e 500 mil espécies de plantas estimadas no mundo, apenas pequena percentagem tem sido investigada fitoquimicamente, fato que ocorre também em relação às propriedades farmacológicas, nas quais, em muitos casos, existem apenas estudos preliminares. Em relação ao uso médico, estima-se que apenas 5 mil espécies foram estudadas (RATES, 2001). No Brasil, com cerca de 55 mil espécies de plantas, há relatos de investigação de apenas 0,4% da flora (GURIB-FAKIM, 2006).

Estima-se que pelo menos 25% de todos os medicamentos modernos são derivados diretamente ou indiretamente de plantas medicinais, principalmente por meio da aplicação de tecnologias modernas ao conhecimento tradicional.

No caso de certas classes de produtos farmacêuticos, como medicamentos antitumorais e antimicrobianos, essa percentagem pode ser maior que 60% (WHO, 2011). Já o mercado mundial de fitoterápicos movimenta hoje cerca de US\$ 44 bilhões, segundo a consultoria *Analyze and Realize*, que atende algumas das maiores indústrias farmacêuticas do mundo. Segundo a Associação Brasileira de Empresas do Setor Fitoterápico, não existem dados oficiais sobre o tamanho desse mercado brasileiro, e as estimativas variam entre US\$ 350 milhões e US\$ 550 milhões. Apesar da rica biodiversidade, o Brasil tem hoje um fitoterápico baseado na flora brasileira, onde todas as fases de desenvolvimento ocorreram em território nacional e, dos fitoterápicos registrados na Anvisa, uma pequena parte é oriunda de espécies nativas, o que demonstra necessidade de investimentos em pesquisas com espécies da flora nacional (MIOTO, 2010). Além disso, paradoxalmente ao potencial e oportunidades que oferece – como o parque científico e tecnológico para o desenvolvimento de fármacos –, o País representa o décimo mercado farmacêutico mundial e importa cerca de 100% de matéria-prima utilizada na produção de fitoterápicos (ADAME; JACCOUD; COBRA, 2005).

A seleção de espécies vegetais para estudo farmacológico pode ser baseada no seu uso tradicional por sociedades tradicionais, no conteúdo químico e toxicidade, na seleção ao acaso ou pela combinação de vários critérios. Uma das estratégias mais comuns é o estudo da medicina tradicional e/ou popular em diferentes culturas, conhecida como etnofarmacologia. Estratégias de busca de medicamentos com base nessa linha de atuação têm sido aplicadas no tratamento de diferentes doenças, tais como o câncer (KINGHORN, 2003; BALUNAS; KINGHORN, 2005). A abordagem das plantas medicinais, a partir da adoção por sociedades autóctones de tradição oral, pode ser útil na elaboração de estudos farmacológicos, fitoquímicos e agrônômicos sobre elas, evitando perdas econômicas e de tempo e demonstrando que é possível planejar a pesquisa a partir do conhecimento tradicional sobre plantas medicinais, consagrado pelo uso contínuo nas sociedades tradicionais (AMOROZO, 1996 apud RODRIGUES et al., 2002).

A alopatia moderna aponta geralmente para o desenvolvimento de uma única substância patenteável que irá tratar circunstâncias específicas. Na maioria das sociedades de hoje, os

sistemas alopáticos e tradicionais da medicina ocorrem lado a lado, de maneira complementar. A medicina tradicional visa a frequentemente restaurar o equilíbrio usando plantas quimicamente complexas ou misturando diversas plantas diferentes a fim de maximizar um efeito sinérgico ou melhorar a probabilidade de interação com um alvo molecular relevante. Esse tipo de tratamento é extremamente importante para os países em desenvolvimento, onde as plantas medicinais são amplamente utilizadas na Atenção Primária à Saúde (APS). Nesses países, elas são utilizadas na forma bruta (não processadas), como chás ou decocções, como fitoterápicos (extratos padronizados e formulados de plantas) e como alternativa popular aos produtos medicinais alopáticos (GURIB-FAKIM, 2006).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), considerando as plantas medicinais como importantes instrumentos da assistência farmacêutica, por meio de vários comunicados e resoluções, expressa sua posição a respeito da necessidade de valorizar a sua utilização no âmbito sanitário ao observar que 70% a 90% da população nos países em vias de desenvolvimento depende delas no que se refere à Atenção Primária à Saúde (WHO, 1993; 2011). Em alguns países industrializados, o uso de produtos da medicina tradicional é igualmente significativo, como o Canadá, França, Alemanha e Itália, onde 70% a 90% de sua população tem usado esses recursos da medicina tradicional sobre a denominação de complementar, alternativa ou não convencional (WHO, 2011).

De forma semelhante no Brasil, cerca de 82% da população brasileira utiliza produtos à base de plantas medicinais nos seus cuidados com a saúde, seja pelo conhecimento tradicional na medicina tradicional indígena, quilombola, entre outros povos e comunidades tradicionais, seja pelo uso popular na medicina popular, de transmissão oral entre gerações, ou nos sistemas oficiais de saúde, como prática de cunho científico, orientada pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). É uma prática que incentiva o desenvolvimento comunitário, a solidariedade e a participação social (RODRIGUES; DE SIMONI, 2010).

No SUS, as ações/programas com plantas medicinais e fitoterapia, distribuídos em todas as regiões do País, ocorrem de maneira diferenciada, com relação aos produtos e serviços oferecidos e, principalmente, às espécies de plantas medicinais disponibilizadas, em virtude dos diferentes biomas. Alguns Estados/municípios já com muitos anos de existência possuem políticas e legislação específica para o serviço de fitoterapia no SUS e laboratórios de produção, disponibilizando plantas medicinais e/ou seus derivados, prioritariamente, na atenção básica, além de publicações para profissionais de saúde e população sobre uso racional desses produtos. Quanto aos produtos, os serviços disponibilizam plantas medicinais em uma ou mais das seguintes formas: planta medicinal in natura, planta medicinal seca (droga vegetal), fitoterápico manipulado e fitoterápico industrializado (RODRIGUES; SANTOS; DE SIMONI, 2011).

Muitos foram os avanços nas últimas décadas com a formulação e implementação de políticas públicas, programas e legislação com vistas à valoração e valorização das plantas medicinais e derivados nos cuidados primários com a saúde e sua inserção na rede pública, assim como ao desenvolvimento da cadeia produtiva de plantas medicinais e fitoterápicos (RODRIGUES; SANTOS; AMARAL, 2006). Atualmente, os principais instrumentos norteadores para o desenvolvimento das ações/programas com plantas medicinais e fitoterapia são: a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, com diretrizes e linhas de ação para “Plantas Medicinais

e Fitoterapia no SUS”, e a “Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos”, com abrangência da cadeia produtiva de plantas medicinais e fitoterápicos. Essas políticas foram formuladas em consonância com as recomendações da OMS, os princípios e diretrizes do SUS, o potencial e oportunidades que o Brasil oferece para o desenvolvimento do setor, a demanda da população brasileira pela oferta dos produtos e serviços na rede pública e pela necessidade de normatização das experiências existentes no SUS.

Essas políticas nacionais têm convergência e sintonia com outras, como a Política Nacional de Saúde, de Atenção Básica, de Educação Permanente, de Assistência Farmacêutica, de Povos e Comunidades Tradicionais, de Biodiversidade e a Política Industrial Tecnológica e de Comércio Exterior. As ações decorrentes são imprescindíveis para a melhoria da atenção à saúde da população, ampliação das opções terapêuticas aos usuários do SUS, uso sustentável da biodiversidade brasileira, fortalecimento da agricultura familiar, geração de emprego e renda, desenvolvimento industrial e tecnológico, inclusão social e regional.

No que diz respeito à legislação do setor, a Anvisa, baseada nas diretrizes das políticas nacionais, promoveu ampla revisão das legislações para o setor, elaborou novas normas, como a RDC nº 10/2010, que dispõe sobre a notificação de drogas vegetais, assim como promoveu, por meio da Farmacopeia Brasileira, a revisão das monografias de plantas medicinais. Com certeza, todas essas normas apresentam avanço no setor de regulamentação brasileiro, sendo importantes para vários segmentos desde as Farmácias Vivas até o industrial.

Outros avanços oriundos da indução das políticas nacionais que merecem destaque são:

- Ampliação da oferta de serviços e produtos da fitoterapia na rede pública;
- Instituição de grupos técnicos para definição de normas e produtos para o SUS;
- Aprovação do Programa Nacional e instituição do Comitê Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos;
- Inclusão de oito fitoterápicos no Elenco de Referência Nacional de Medicamentos e Insumos Complementares para a assistência farmacêutica na atenção básica;
- Incentivo à pesquisa e desenvolvimento de plantas medicinais e fitoterápicos, pelo Ministério da Saúde, em parceria com outros órgãos de fomento;
- Inclusão do tema na Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde e na Rede de Pesquisas em Atenção Primária à Saúde;
- Publicação da Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse para o SUS (RENISUS) como estratégia para priorizar a alocação de recursos e pesquisas em uma lista positiva de espécies vegetais medicinais com vistas ao desenvolvimento de fitoterápicos;
- Instituição da Farmácia Viva no âmbito do SUS;
- Aprovação de políticas e programas estaduais e municipais.

Diante dos avanços e do potencial do nosso país para o crescimento do setor, ficam os desafios da alocação de recursos específicos para o desenvolvimento das ações dessas políticas; da formação/qualificação de profissionais de saúde; da definição de normas específicas para o serviço no SUS; da ampliação do investimento em Pesquisa & Desenvolvimento; da ampliação da oferta de serviços e produtos na rede pública; entre outros. Nesse sentido, as políticas nacionais são imprescindíveis e estabelecem estrategicamente o fortalecimento e desenvolvimento de toda a cadeia produtiva de plantas medicinais e fitoterápicos, para que os usuários do Sistema tenham acesso a serviços e a esses produtos com qualidade, eficácia e segurança.

1.2 A Organização Mundial da Saúde e a integração da medicina tradicional, complementar e alternativa aos sistemas oficiais de saúde

A medicina tradicional e a medicina complementar e alternativa (MT/MCA) e seus produtos, principalmente plantas medicinais, cada vez mais têm se tornado objeto de políticas públicas nacionais e internacionais, incentivadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a partir da criação do seu “Programa de Medicina Tradicional” nos anos 70. Um dos mais importantes documentos oriundos desse programa foi a “Estratégia da OMS para a Medicina Tradicional para 2002-2005”, contemplando diagnóstico, desafios e potencialidades da MT, assim como o papel e objetivos da Organização. Nesse documento, a OMS se propôs a respaldar os países de modo a:

- Integrar a MT/MCA nos sistemas nacionais de saúde, desenvolvendo e implementando políticas e programas nacionais;
- Promover a segurança, eficácia e qualidade da MT/MCA, ampliando a base de conhecimento sobre essas medicinas e fomentando a orientação sobre pautas normativas e de controle de qualidade;
- Aumentar a disponibilidade e acessibilidade da MT/MCA, com ênfase ao acesso pelas populações pobres; e
- Fomentar o uso racional da MT/MCA tanto pelos provedores quanto pelos consumidores (OMS, 2002a).

Ainda na Estratégia, a OMS (OMS, 2002a) apresenta os desafios para a MT/MCA de acordo com os quatro propósitos citados, oriundos do diagnóstico realizado com seus Estados membros. Para o tema política nacional e marco regulatório, destaca, entre outros, a falta de integração da MT/MCA aos sistemas nacionais de saúde e de mecanismos regulatórios. Sobre segurança, eficácia e qualidade, cabe destacar a ausência de metodologia de pesquisa, de evidências para as terapias e produtos de MT/MCA, de normas e registros adequados com base em plantas medicinais, a falta de registro dos provedores de MT/MCA e os insuficientes recursos para a pesquisa. Para acesso a serviços e produtos, destaca-se a falta de dados que avaliem os níveis de acesso à MT/

MCA, a necessidade de identificar terapias e produtos seguros e eficazes e o uso não sustentável dos recursos oriundos da biodiversidade (plantas medicinais). Quanto ao uso racional, entre os desafios apresentados pela OMS, destaca-se a falta de formação dos provedores de MT/MCA e para os médicos alopáticos, além da falta de informação ao público sobre o uso racional da MT/MCA (OMS, 2002a).

A Organização Mundial da Saúde recomenda que tanto as políticas nacionais como a regulamentação para os produtos oriundos das práticas tradicionais contemplem, entre outros, os conceitos de medicina tradicional e medicina complementar/alternativa. Em seus documentos, considera medicina tradicional como o “conjunto de conhecimentos, habilidades e práticas baseados em teorias, crenças e experiências indígenas de diferentes culturas, explicáveis ou não, utilizadas na manutenção da saúde, tão bem quanto em prevenções, diagnósticos ou tratamentos de doenças físicas e mentais”. Já a medicina complementar/alternativa frequentemente se refere ao conjunto de práticas de cuidado em saúde que não são parte da tradição própria do país e não são integradas dentro do sistema de saúde dominante. Outros termos algumas vezes usados para essas práticas de cuidado incluem “medicina natural”, “medicina não convencional” e “medicina holística” (WHO, 2005).

A despeito da existência e uso contínuo dos produtos e práticas das medicinas tradicionais por muitos séculos, a história das normas e regulação do uso é comparativamente curta. Em muitos países, tanto desenvolvidos como em desenvolvimento, as práticas e os produtos da medicina tradicional não são ainda normatizados (WHO, 2011).

Houve progresso na definição de diretrizes, normas, políticas, entre outras recomendações da OMS, pelos Estados membros nas últimas décadas, demonstrado pelos diagnósticos realizados pela Organização, a fim de verificar a situação mundial com respeito à MT/MCA e medicamentos oriundos de plantas medicinais – fitoterápicos, no Brasil (Tabela 1). Em 2005, dos 191 Estados membros, 45 afirmaram possuir Política Nacional de MT/MCA e, quanto à situação regulatória para medicamentos oriundos de plantas medicinais, 92 possuem leis ou regulamentos para esses medicamentos, onde se inclui o Brasil. Quanto à existência de farmacopeias nacionais, elas estavam presentes em 34 dos países membros, sendo que aqueles que não possuem as utilizam de outros países, principalmente as farmacopeias europeia, britânica e americana (WHO, 2005). Posteriormente, em outro levantamento realizado pela Organização, em 2007, o número de Estados membros com política em MT/MCA foi ampliado para 48; com normatização para fitoterápicos, para 110; e, com Instituto Nacional de Pesquisa em MT/MCA, para 62 (BRASIL, 2008).

Os produtos (medicamentos) tradicionais fazem parte do extenso campo da medicina tradicional, além dos procedimentos e praticantes (detentores do conhecimento). Entre os produtos (recursos terapêuticos), aqueles oriundos de plantas medicinais (*herbal medicines*¹) são os mais largamente utilizados nas medicinas tradicionais e, para eles, a OMS relata que os desafios mais importantes são os critérios de segurança, eficácia e qualidade e a definição de regulamentação sanitária adequada (WHO, 2005). Os países precisam formular padrões para qualidade e segurança na oferta dos produtos e práticas da MT, assim como políticas e

¹ Denominadas pela OMS como material ou preparações derivadas de plantas com terapêutico ou outro benefício à saúde humana, os quais contêm ingredientes ou são processados de uma ou mais plantas. Em algumas tradições, material de origem animal ou inorgânica pode também estar presente (WHO, 2005).

regulação para produção e uso dos produtos/medicamentos tradicionais. A avaliação da qualidade, segurança e eficácia baseada em pesquisas é necessária para ampliar o acesso a esses medicamentos, numa situação histórica de recursos públicos e privados insuficientes. Sobre o segundo desafio, a situação regulatória e as terminologias (conceitos) associadas variam muito entre os países, onde as plantas medicinais e seus derivados (fitoterápicos) são usados como medicação prescrita ou sem receita, automedicação ou autocuidado, remédio caseiro, ou como suplemento dietético, alimentos para a saúde, alimentos funcionais, fitoprotetores, e outros tipos em diferentes locais (WHO, 2011).

Tabela 1 – Progresso dos Estados membros da OMS no campo da MT/MCA.

Progresso dos Estados membros no campo da MT/MCA				
Objetivos	Indicadores	1999 (Status)	2003 (Reportado)	2007 (Reportado)
MT/MCA integrada aos sistemas nacionais de saúde	Número de Estados membros com política em MT/MCA	25	39	48
Segurança, eficácia e qualidade da MT/MCA reforçada	Número de Estados membros com normatização para fitoterápicos	65	82	110
Uso racional da MT/MCA provida pelos consumidores e fornecedores	Número de Estados membros com Instituto Nacional de Pesquisa em MT/MCA	19	56	62

Fonte: Revista Brasileira Saúde da Família, ano 9, maio de 2008, p. 5.

Para realizar as atividades de desenvolvimento da MT/MCA e sua integração aos sistemas nacionais de saúde, a OMS não só atua com seus Estados membros, organizações nacionais e internacionais e órgãos regionais, como também com sua rede de centros colaboradores para a medicina tradicional. Eles têm a missão fundamental de fomentar a MT por meio de programas voltados à pesquisa e formação, assim como de proporcionar informações técnicas, respaldando o desenvolvimento de guias e documentos técnicos da OMS (WHO, 2002). Atualmente existem 19 centros colaboradores distribuídos pela América do Norte, África, Europa, Sudeste Asiático e Pacífico Ocidental.

O trabalho da OMS para fomentar o uso apropriado, seguro e eficaz da MT/MCA se beneficia do apoio técnico de diversas organizações nacionais e internacionais. A NCCAM na EEUU, por exemplo, foi designada, em 1996, como centro colaborador da OMS para a medicina tradicional. Tem elaborado não só pareceres técnicos sobre o desenvolvimento de monografias da OMS a respeito de plantas medicinais e guias sobre formação e segurança básicas em acupuntura, como também tem fornecido apoio econômico para o desenvolvimento de documentos, tais como os guias gerais para metodologias sobre pesquisa e avaliação da medicina tradicional. Na Europa, a colaboração tem sido realizada por meio do grupo de trabalho sobre produtos médicos à base de ervas de AEEM (WHO, 2002).

Em cooperação com os escritórios regionais e Estados membros, a OMS tem produzido uma série de documentos técnicos, como publicações de Boas Práticas Agrícolas de Plantas Medicinais e Boas Práticas de Manufaturação, junto a outras técnicas de suporte, para assistir com padronização e criação de produtos de alta qualidade. Países como a China, Índia e África do Sul dispõem de modelos, como elaborar guias (guidelines) para regulação e registro de medicamentos tradicionais ou fitoterápicos, produzidos nos escritórios da OMS nas regiões da África, Leste Mediterrâneo e Sudoeste Asiático e União Europeia (WHO, 2011).

A OMS também promove eventos/reuniões técnicas com os Estados membros para formular documentos, discutir estratégias e promover a cooperação entre os países para o desenvolvimento da MT. Entre eles, cabe destacar a reunião técnica ocorrida em Genebra – Suíça, de 12 a 14 de junho de 2006, sobre o tema “Integração da Medicina Tradicional aos Sistemas Nacionais de Saúde”, promovida pela Organização após diagnóstico situacional realizado por questionário enviado aos países membros. Sob coordenação do Departamento de Cooperação Técnica para Drogas Essenciais e Medicina Tradicional da OMS, os representantes discutiram o status da MT/MCA nos sistemas oficiais de saúde dos países membros e os passos para integrá-la nesses sistemas. Na oportunidade, o Brasil passou a fazer parte do grupo de países que possuem políticas nacionais de MT/MCA, com a aprovação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, apresentada nesse evento. Com relação às diretrizes para formação/qualificação de profissionais de saúde e provedores de MT, cabe destacar a reunião técnica promovida pela OMS, em parceria com o governo da Lombardia, também no ano de 2006, em Milão, Itália, onde foram discutidos documentos técnicos contendo as diretrizes para capacitação (treinamento) básica e segurança em fitoterapia, nas áreas de medicina tradicional chinesa, ayurveda, naturopatia, medicina unani (RODRIGUES; BARBANO, 2007).

Como iniciativa brasileira para discussão da integração da MT/MCA aos sistemas nacionais de saúde, cabe destacar o Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares, realizado em 2008 e promovido pelo Ministério da Saúde, onde a coordenadora do Departamento de Medicina Tradicional da OMS, a Dra. Zhang, descreveu como objetivo da OMS, a curto e médio prazo, o apoio aos Estados membros, no sentido de:

- Expandir o reconhecimento da MT/MCA;
- Apoiar a integração da MT/MCA aos sistemas nacionais de saúde, baseados na circunstância de usá-la nesses países;
- Fornecer informações e orientações técnicas a fim de propiciar a prática em MT/MCA de forma eficaz e segura;
- Preservar e proteger os conhecimentos em MT e fitoterapia para o uso sustentável delas (BRASIL, 2008).

Segundo a coordenadora da OMS, tanto os sistemas de MT/MCA quanto da biomedicina têm suas vantagens e desvantagens, e a MT/MCA será progressivamente integrada aos sistemas nacionais de saúde e os pacientes terão acesso aos benefícios dos dois tipos de práticas médicas (BRASIL, 2008).

Como recomendações desse seminário internacional, podem ser citadas: incrementar intercâmbio internacional no campo das PICs; ampliar o escopo das PICs na PNPIC com novas modalidades de práticas de eficácia comprovada; divulgar experiências bem-sucedidas em curso nos Estados e municípios, além daquelas de outros países; realizar eventos de integração e intercâmbio; incrementar qualitativa e quantitativamente a inserção das PICs no SUS; formar e capacitar recursos humanos; divulgar o uso racional das PICs; ampliar recursos para pesquisa nas diferentes etapas do processo de produção e consumo de PICs; e instituir centro colaborador em medicina tradicional/medicina complementar alternativa no Brasil (BRASIL, 2008).

O mais recente congresso sobre medicina tradicional promovido pela OMS ocorreu em Pequim, China, em novembro de 2008, com a presença de ministros de Estado e técnicos de diversos países, que debateram sobre a situação e propostas para a MT no mundo. Desse evento resultou a Declaração de Beijing, baseada nas recomendações de Alma-Ata, nos documentos e recomendações da OMS, na importância da MT/MCA para a saúde da população, entre outros. Entre as recomendações, podem ser citadas:

- O conhecimento da medicina tradicional, tratamentos e práticas devem ser respeitados, preservados e amplamente divulgados, levando-se em conta as circunstâncias de cada país; os governos têm responsabilidade pela saúde de sua população e devem formular políticas nacionais, regulamentos e normas, como parte dos sistemas nacionais de saúde abrangentes, para garantir a adequada, segura e efetiva utilização da medicina tradicional; os governos devem estabelecer sistemas de qualificação, acreditação ou licenciamento dos praticantes da medicina tradicional; e a comunicação entre a medicina tradicional e a convencional deve ser reforçada nos programas de formação adequados e ser incentivada para profissionais de saúde, estudantes de medicina e pesquisadores relevantes. (tradução de parte do material distribuído no evento) (BRASIL, 2010)

Neste contexto, cabe destacar a resolução da Assembleia Mundial de Saúde, 2009, que recomenda aos países: respeitar, preservar e disseminar os conhecimentos sobre MT, assim como formular políticas e regulamentação nacionais para promover a segurança e uso racional; ampliar o desenvolvimento da MT baseado em pesquisa e inovação; e incluí-la nos sistemas oficiais de saúde. Além disso, recomenda aos Estados membros estabelecer cooperações e socializar conhecimentos sobre MT/MCA enquanto trabalham para ampliar a comunicação entre praticantes da MT e profissionais da medicina convencional (WHO, 2011).

Referências

22

ADAME, A.; JACCOUD, C.V.; COBRA, E. A. **Biodiversidade, biopirataria e aspectos da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos**. 2005. Disponível em: <www.conpedi.org/manuel/arquivos/anais/manaus/propried_intelectual_alcione_adame_e_outros.pdf>. Acesso em: jun. 2010.

ALONSO, J. **Tratado de fitomedicina: bases clínicas y farmacológicas**. Buenos Aires: ISIS ediciones SRL, 1998.

BALUNAS, M. J.; KINGHORN, A. D. Drug discovery from medicinal plants. **Life Sciences**, [S.l.], v. 78, p. 431-441, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. **Relatório de Gestão 2006/2010: Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, PNPIC, SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 92 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Práticas Integrativas e Complementares em Saúde: uma realidade no SUS. **Revista Brasileira Saúde da Família**. Brasília, v. 9, n. especial, maio, p. 70-76, 2008.

_____. 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**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 196 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

CARNEIRO, N. M. **Fundamentos da acupuntura médica**. Florianópolis: Sistema, 2001. p. 3-11.

DE PASQUALE, A. Pharmacognosy: oldest modern science. **Journal of Ethnopharmacology**, [S.l.], v. 11, p. 1-6, 1984.

GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO. **O acesso aos fitoterápicos e plantas medicinais e inclusão social: diagnóstico situacional da cadeia produtiva farmacêutica no Estado de Mato Grosso**. 2005. Disponível em: <www.esalq.usp.br/siesalq/pm/diagnostico_situacional.pdf>. Acesso em: jun. 2010.

GURIB-FAKIM, A. Medicinal plants: traditions of yesterday and drugs of tomorrow. **Molecular Aspects of Medicine**, [S.l.], v. 27, p. 1-93, 2006.

HARRIS, G. M.; JENKIS, C. N.; PIMM, S.L. Refining biodiversity conservation priorities. **Conservation Biology**, [S.l.], v. 19, p. 1957-1968, 2005.

KINGHORN, A.D. et al. Novel strategies for the discovery of plant-derived anticancer agents. **Pharmaceutical Biology**, [S.l.], v. 41, p. 53-67, 2003.

MALTA Jr., A.; DINIZ, M. F. F. M.; OLIVEIRA, R. A. G. **Das plantas medicinais aos fitoterápicos: abordagem multidisciplinar**. João Pessoa: PET-FARMÁCIA/CAPES/UFPB, 1999.

MIOTO, R. País deixa de gerar US\$ 5 bi por ano com fitoterápicos. **Folha de São Paulo**. Publicada em 7 jul. 2010. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/ciencia/746386-pais-deixa-de-gerar-us-5-bi-por-ano-com-fitoterapicos.shtml>>. Acesso em: 6 out. 2011.

OMS. **Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005**. Genebra: OMS, 2002. 67 p.

OMS. Medicina tradicional: necesidades crecientes y potencial. **Policy perspectives on medicines**, Genebra, n. 2, p. 1-6, 2002.

RATES, S. M. K. Plants as source of drougs. **Toxicon**, n. 39, p. 603-613, 2001.

RODRIGUES, A. G. et al. **Plantas medicinais e aromáticas: etnoecologia e etnofarmacologia**. Viçosa: UFV, Departamento de Fitotecnia, 2002. 320 p.

RODRIGUES, A. G.; BARBANO, D. B. A. **Medicina tradicional/medicina complementar e alternativa no Sistema Único de Saúde: plantas medicinais e fitoterapia**. Brasília, DF. 2007. 7 fls. (documento no prelo).

RODRIGUES, A. G.; DE SIMONI, C. Plantas medicinais no contexto de políticas públicas. **Informe Agropecuário**, Belo Horizonte, v. 31, n. 255, p. 7-12, mar./abr. 2010.

RODRIGUES, A. G.; SANTOS, M. G.; AMARAL, A. C. F. Políticas Públicas em Plantas Medicinais e Fitoterápicos. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **A fitoterapia no SUS e o Programa de Pesquisa de Plantas Medicinais da Central de Medicamentos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 148 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

RODRIGUES, A. G.; SANTOS, M. G.; DE SIMONI, C. Fitoterapia na Saúde da Família. In: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (Org.). **Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade (PROMEF)**. Porto Alegre: Artmed/Panamericana, 2011. p. 31-65.

WILSON, E. O. A situação atual da diversidade biológica. In: Biodiversidade. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1997. p. 3-24.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Regional office for the Western Pacific. **Research guidelines for evaluating the safety and efficacy of herbal medicines**. Manila: WHO, 1993. 86 p.

_____. **General guidelines for methodologies on research and evaluation of traditional medicine**. Genebra: WHO Publications, 2000.

_____. **Legal status of traditional medicine and complementary/alternative medicine: a worldwide review**. Geneva: WHO, 2001. 189 p.

_____. Medicina tradicional: necesidades crecientes y potencial. **Policy perspectives on medicines**, Genebra, n. 2, p. 1-6, 2002.

_____. **National Policy on Traditional Medicine and Regulation of Herbal Medicines: report of a WHO Global survey**. Geneva: WHO, 2005. 156p.

_____. **The world medicines situation 2011: traditional medicines: global situation, issues and challenges**. Geneva: WHO, 2011. 12p.

As plantas medicinais e fitoterapia no contexto da atenção básica/Estratégia Saúde da Família

2

Angelo Giovani Rodrigues

Carmem De Simoni

Guilherme Nabuco Machado

A Atenção Primária à Saúde (APS), definida como o primeiro contato do usuário com a rede assistencial do sistema de saúde, é complexa e demanda intervenção ampla em diversos aspectos para que possa ter efeito positivo sobre a qualidade de vida da população, exigindo um conjunto de saberes para ser eficiente, eficaz e resolutiva. Caracteriza-se, principalmente, pela continuidade e integralidade da atenção, coordenação da assistência dentro do próprio sistema, atenção centrada na família, orientação e participação comunitária e competência cultural dos profissionais (STARFIELD, 2004). Dessa forma, são definidos os quatro atributos essenciais da APS: o acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, a longitudinalidade e a integralidade da atenção, e a coordenação do cuidado dentro do sistema.

A adoção dos princípios da atenção básica na organização dos sistemas de saúde é uma tendência mundial, justificada pelas evidências de que países cujos sistemas de saúde se organizam a partir desses princípios alcançam melhores resultados em saúde, menores custos, maior satisfação dos usuários e maior equidade mesmo em situações de grande desigualdade social (STARFIELD, 1994, 1998 apud STARFIELD, 2002).

No Brasil, no processo histórico, a atenção básica foi gradualmente se fortalecendo e se constitui como porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde, sendo o ponto de partida para a estruturação dos sistemas locais de saúde, seguindo tendência mundial. Os seus fundamentos, diretrizes e normas foram contemplados em uma política nacional, aprovada pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 648/GM, em maio de 2006, atualizada pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, a qual caracteriza atenção básica como:

[...] conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde (BRASIL, 2011).

A atenção básica se orienta pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Considera o sujeito em sua singularidade e na inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral (BRASIL, 2011).

O Brasil, desde 1994, adotou a Saúde da Família (SF) como estratégia de reorganização da atenção básica, caracterizada como porta de entrada prioritária de um sistema de saúde hierarquizado e regionalizado, o que vem provocando importante movimento de reorientação do modelo de atenção à saúde no SUS. A Estratégia se consolidou como eixo estruturante do SUS, por

um movimento de expressiva expansão de cobertura populacional, atualmente presente em 5.284 municípios, com 32.079 equipes implantadas, aprimorando em muito o acesso da população às ações de saúde (SIAB, agosto/2011). Todos os ganhos em saúde aliados ao potencial da SF/atenção básica na resolubilidade da maioria dos problemas de saúde, reduzindo a necessidade da atuação nos demais níveis de atenção, consolidaram a atenção básica como prioridade de governo.

As ações com plantas medicinais e fitoterapia, há muito inseridas no SUS, acontecem prioritariamente na Saúde da Família, pelos fundamentos e princípios desse nível de atenção/Estratégia e pela característica da prática da fitoterapia, que envolve interação entre saberes, parcerias nos cuidados com a saúde, ações de promoção e prevenção, entre outras. As relações entre elas proporcionam o fortalecimento mútuo, pois a expansão da SF facilita a implementação dos programas de fitoterapia, principalmente pela inserção das equipes nas comunidades, por meio de práticas de aproximação da população, como a visita domiciliar e as atividades de educação em saúde, facilitadoras da troca entre os saberes. De forma complementar, as ações da fitoterapia promovem o fortalecimento do vínculo dos usuários e da comunidade com as equipes, a participação popular, a autonomia dos usuários e o cuidado integral em saúde. (SOUZA, 2008 apud RODRIGUES, 2011).

Nesse sentido, a ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) nas diversas regiões e biomas denota potencial para o desenvolvimento de ações com plantas medicinais e fitoterapia nos serviços de saúde, nos diversos níveis de complexidade em que a fitoterapia pode ser ofertada.

Oportunidade também para o desenvolvimento de ações com plantas medicinais e fitoterapia na atenção básica foi incrementada com a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), em 2008, com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, que incluiu novos profissionais que possuem, entre outros, papel fundamental na promoção do uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos.

Além dos benefícios citados com a oferta de ações/serviços de fitoterapia como prática integrativa e complementar na atenção básica, cabe destacar:

Revitalização do conhecimento popular/tradicional das comunidades sobre o uso medicinal das plantas medicinais, fruto da adoção dessa prática no cotidiano das Unidades Básicas de Saúde (UBS), aumentando a autoestima dos indivíduos e do coletivo;

Por sentir-se mais familiarizada com a proposta terapêutica ofertada, a comunidade estreita laços com as equipes de saúde do seu território, reforçando a APS como principal porta de entrada do sistema de saúde;

A experiência da população no uso das plantas medicinais e seus preparados aliada à oferta dessa prática nas UBS permitem a troca de saberes e a construção do conhecimento sobre plantas medicinais, fortalecendo o seu uso racional. Além disso, essa parceria com a comunidade nos encontros e reuniões de educação em saúde permite a identificação de líderes locais e a formação de alianças, fortalecendo o controle social;

Reuniões de educação em saúde e trabalhos em grupo fluem com facilidade e boa participação comunitária quando o profissional de saúde dá abertura para trocas de experiências com o uso de plantas medicinais;

Empoderamento da população e dos profissionais de saúde em relação a essa forma de cuidado, favorecendo maior envolvimento do usuário em seu tratamento, estimulando sua autonomia e corresponsabilização;

Somando novas opções terapêuticas às situações clínicas apresentadas no cotidiano das UBS, torna-se possível a redução da medicalização excessiva. Observam-se, por exemplo, situações em que o uso de fitoterápicos reduz o uso de ansiolíticos;

Ampliando o olhar, as ofertas de cuidado e os recursos terapêuticos, cada vez mais é fortalecido o princípio da integralidade em saúde.

Portanto, o acesso da população à prática e aos benefícios da fitoterapia na atenção básica (SF e NASF) torna-se campo fértil para o desenvolvimento de suas potencialidades de forma multiprofissional, assim como abre leque de possibilidades e vantagens. A aproximação entre trabalhadores da saúde e comunidade torna a relação mais horizontal, reforçando o papel da ESF como primeiro contato do usuário com o SUS, assim como a ampliação das ofertas de cuidado favorece o princípio da integralidade em saúde.

2.1 As experiências com plantas medicinais e fitoterapia no SUS

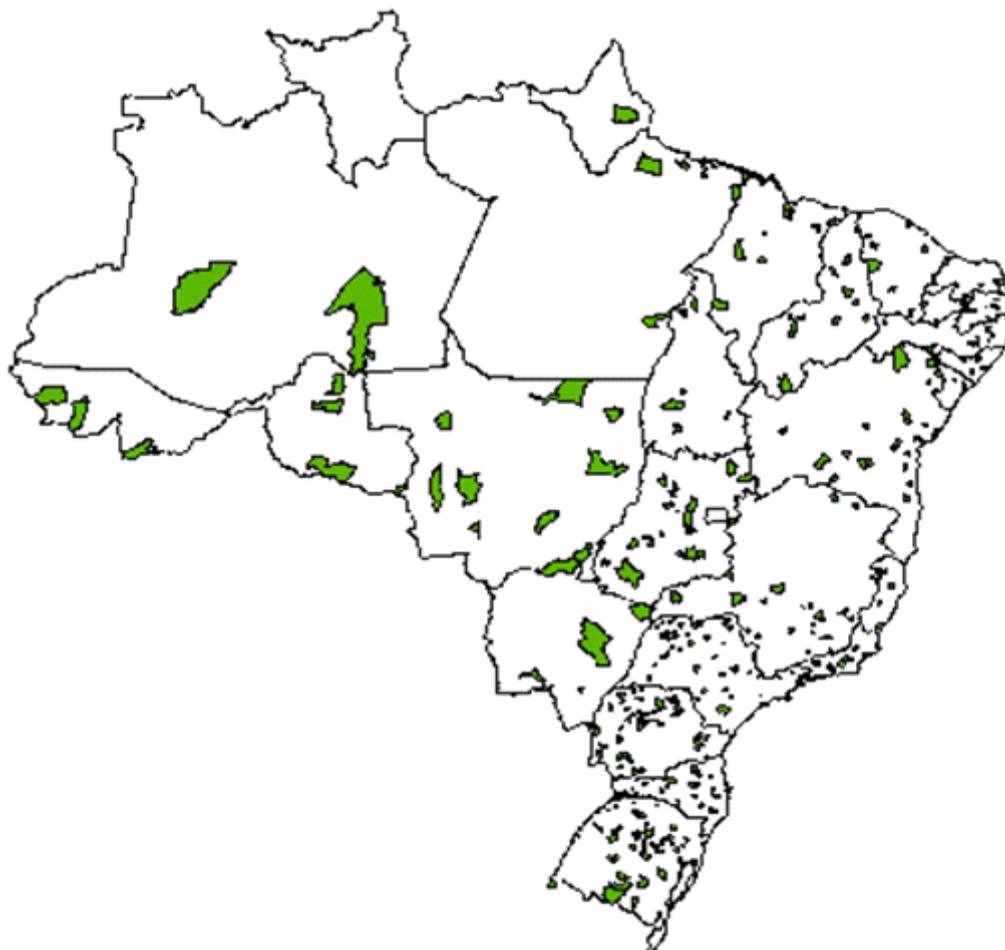
No Brasil, a partir da década de 80, diversas ações e programas de fitoterapia foram implantados na rede pública de saúde, principalmente a partir da publicação da Resolução Ciplan, 1988, que regulamentou, entre outras, a prática da fitoterapia no serviço público, assim como criou procedimentos e rotinas relativas a essa prática nas unidades assistenciais médicas. As ações/programas se desenvolveram na rede pública, mas de forma diferenciada com relação aos níveis de complexidade e tipo de produtos e serviços oferecidos. Alguns Estados/municípios desenvolveram políticas e legislação específica para o serviço de fitoterapia no SUS e instalaram laboratórios de produção, disponibilizando plantas medicinais e/ou seus derivados, além de publicações para profissionais de saúde e população sobre o uso racional desses produtos. Outros, no entanto, com menor nível de complexidade, possuem hortos com espécies de plantas medicinais que servem como fonte de matéria-prima, produção de mudas e também para educação em saúde e orientações sobre o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos (RODRIGUES; SANTOS; DE SIMONI, 2011).

Houve grande expansão na oferta de ações/serviços de fitoterapia nos últimos anos motivada pela institucionalização dessa prática, por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, e desdobramentos com a sua implementação, principalmente no que diz respeito a normas sanitárias. Em 2008, segundo diagnóstico, as ações e serviços da fitoterapia, modalidade das Práticas Integrativas e Complementares mais incidente no SUS, eram ofertados em 350 municípios/Estados, distribuídos em todas as regiões do País (Figura 1, Gráfico 1). Nestes, os serviços disponibilizam plantas medicinais em uma ou mais das seguintes formas: planta

medicinal in natura, planta medicinal seca (droga vegetal), fitoterápico manipulado e fitoterápico industrializado (BRASIL, 2008).

Figura 1 – Distribuição dos municípios que possuem ações/serviços com plantas medicinais e fitoterapia nas unidades federadas.

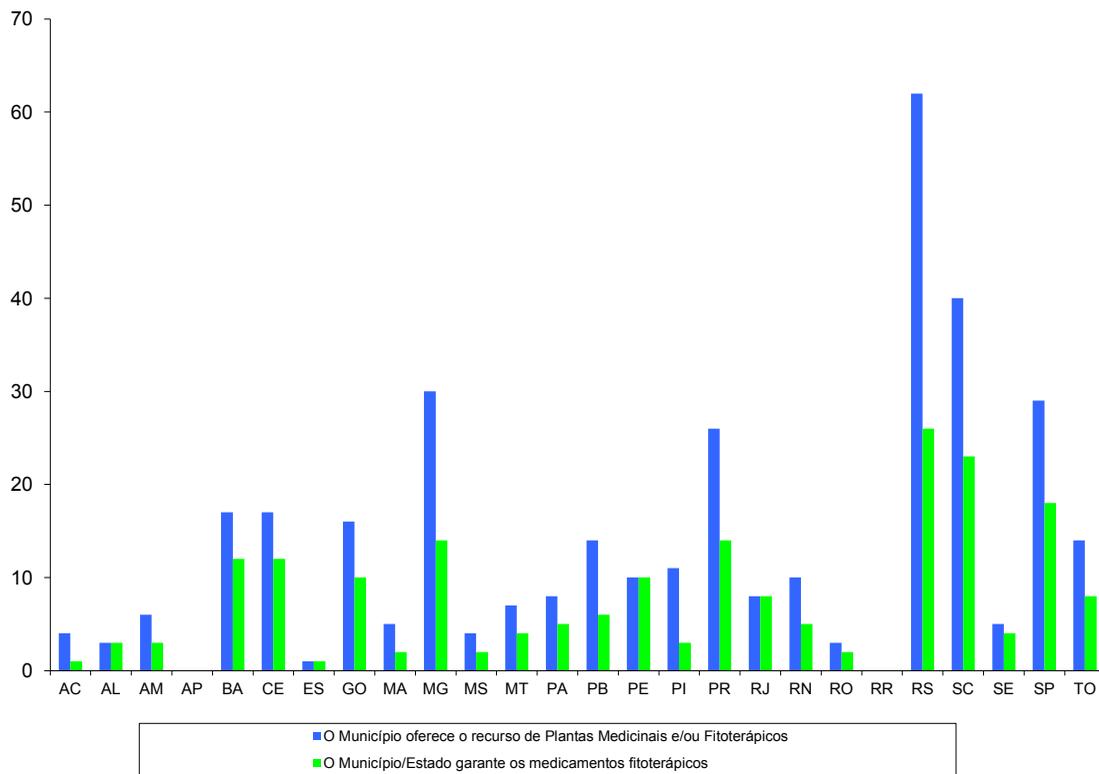
30



■ Municípios que oferecem o recurso de plantas medicinais e/ou fitoterápicos

Fonte: Pesquisa Expertise/Ministério da Saúde, 2008.

Gráfico 1 – Número de municípios por UF que oferecem plantas medicinais e/ou fitoterápicos.



Fonte: Pesquisa Expertise/Ministério da Saúde, 2009.

A maioria das experiências na rede pública se baseia no modelo Farmácia Viva, desenvolvido no Ceará, pelo prof. dr. Francisco José de Abreu Matos. Em virtude da importância desse programa no contexto da fitoterapia na rede pública, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM nº 886, de 20 de abril de 2010, instituiu a Farmácia Viva no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), sob gestão estadual, municipal ou do Distrito Federal. Em seu § 1º, contempla a Farmácia Viva, que, no contexto da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, deverá realizar todas as etapas, desde o cultivo, a coleta, o processamento, o armazenamento de plantas medicinais, a manipulação e a dispensação de preparações magistrais e oficinais de plantas medicinais e fitoterápicos. A portaria traz ainda que não é permitida a comercialização de plantas medicinais e fitoterápicos elaborados a partir das etapas citadas. A próxima etapa é a regulamentação da Farmácia Viva pelos órgãos reguladores Anvisa e Ministério da Agricultura, conforme as respectivas competências.

A Portaria GM/MS nº 886, de 20 de abril de 2010, instituiu, no âmbito do SUS, a Farmácia Viva, que, no contexto da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, realizará todas as etapas, desde o cultivo, a coleta, o processamento, o armazenamento de plantas medicinais, a manipulação e a dispensação de preparações magistrais e oficinais de plantas medicinais e fitoterápicos.

Recentemente, com vistas a monitorar as ações com esse programa no SUS, foi publicada a Portaria SAS nº 470, em 19 de agosto de 2011, que inclui na Tabela de Serviços/Classificação do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES, no serviço de código 125 – serviço de Farmácia, a classificação 007 – Farmácia Viva. Nesse sentido, todos os municípios poderão ter seus serviços cadastrados de forma a permitir maior visibilidade e interação entre os entes governamentais.

Como exemplo de municípios/Estados que possuem programas/serviços bem estruturados, pode-se citar:

- O Ceará, berço da “Farmácia Viva”, que possui, desde 1999, lei que institui a Política Estadual de Implantação da Fitoterapia em Saúde Pública, regulamentada pelo Decreto nº 30.016, de 30 de dezembro de 2009, e conta com programa na capital Fortaleza, com hortos de plantas medicinais, laboratório de produção de fitoterápicos ofertados nas unidades de saúde, atividades e manuais de orientação sobre o uso racional para profissionais de saúde, assim como existem programas em muitos dos municípios cearenses;

- O Rio de Janeiro, que instituiu, em 1997, o Programa Estadual de Plantas Medicinais (Proplam) e, desde 2001, possui regulamento técnico para funcionamento dos serviços de fitoterapia, assim como conta com o programa de fitoterapia do município do Rio de Janeiro, que tem hortos de plantas medicinais em diversas regiões do município, distribui mudas, produz fitoterápicos para o SUS, possui memento terapêutico e cartilhas sobre o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos;

- O Distrito Federal, que, com quase 20 anos de existência, produz e distribui fitoterápicos na rede, conta com hortos de plantas medicinais em unidades carcerárias, laboratório de produção de fitoterápicos distribuídos atualmente em 20 unidades de saúde, material didático para uso racional dos medicamentos e, além disso, oferece curso de capacitação em fitoterapia para os profissionais da rede pública de saúde;

- O município de Vitória (ES), que teve seu programa institucionalizado em 1996 e, a partir de 1998, com a implantação da Saúde da Família, a dispensação das plantas medicinais e fitoterápicos passou a ser realizada nas Unidades Básicas de Saúde do município.

Outros Estados/municípios possuem ações/programas, como Porto Walter (AC), Teotônio Vilela (AL), Barreirinha, Carauari (AM), Madre de Deus, Valença (BA), Itapipoca, Maracanaú, Quixeramobim, Sobral, Viçosa do Ceará (CE), Goiânia, Montes Claros de Goiás (GO), Pinheiro, São Francisco do Brejão (MA), Betim, Ipatinga, Juiz de Fora (MG), Campo Verde, Nova Santa Helena, Cuiabá (MT) – Programa Fitoviva, Novo Progresso, Santarém (PA), Campina Grande, João Pessoa (PB), Brejo de Madre de Deus, Olinda, Recife (PE), Colombo, Maringá, Medianeira, Santa Tereza do Oeste, São Miguel do Iguazu (PR), Aracaju (SE), Campinas, Pindamonhangaba (SP), Rio Grande do Sul (projeto Plantas Vivas), Niterói (RJ), entre outros.

Com relação a projetos que têm parceria entre municípios, cabe destacar o “Plantas Medicinais na Atenção Básica”, do Programa Cultivando Água Boa, em Foz do Iguaçu (PR), que envolve 29 municípios da Bacia do Paraná III e conta com a parceria de 23 instituições, entre universidades,

associações de produtores e de moradores, e órgãos de governo. O projeto conta com hortos de espécies medicinais para fornecimento de mudas e matéria-prima vegetal para o laboratório de secagem, as quais, após processamento e embalagem, são disponibilizadas nas Unidades da Saúde da Família sob prescrição. Pela parceria, o projeto promove capacitação de profissionais de saúde e de agricultores no cultivo de plantas medicinais, além de cursos para a população sobre o uso seguro de plantas medicinais. A fim de ampliar o valor agregado dos produtos e ampliar as formas de acesso, o projeto conta com uma unidade para processamento de extrato seco, junto a áreas de cultivo de plantas medicinais e aromáticas de pequenos agricultores (RODRIGUES; SANTOS; DE SIMONI, 2011).

A expansão da Estratégia Saúde da Família, contando com a ampliação das categorias profissionais por meio do NASF, denota grande potencial para o desenvolvimento das ações com plantas medicinais e fitoterapia, ampliando o acesso da população aos benefícios dessa prática no SUS. Para a Saúde da Família, a fitoterapia promove o vínculo e aproximação entre trabalhadores da saúde e comunidade e torna a relação mais horizontal, reforçando o papel da ESF como primeiro contato do usuário com o SUS, assim como a ampliação das ofertas de cuidado favorece o princípio da integralidade em saúde.

Referências

34

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, seção 1, nº 204, 24 de outubro de 2011, p. 48-55.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 63 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Práticas Integrativas e Complementares em saúde: uma realidade no SUS. **Revista Brasileira Saúde da Família**, Brasília, v. 9, n. especial, p. 70-76, maio, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **A fitoterapia no SUS e o Programa de Pesquisas de Plantas Medicinais da Central de Medicamentos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 148 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

QUEIROZ, E.; MACHADO, G. N. **Fitoterapia na Estratégia Saúde da Família e a Política Nacional de Humanização: relato de experiência**. Disponível em: <http://www.sispnh.com.br/anais/trabalhos/FITOTERAPIA_ESTRAT%C3%89GIA_SA%C3%9ADE_FAM%C3%8DLIA.pdf>. Acesso em: 6 out. 2011.

RODRIGUES, A. G.; SANTOS, M. G.; DE SIMONI, C. Fitoterapia na Saúde da Família. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE (Org.). **Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade (PROMEF)**. Porto Alegre: Artmed/Panamericana, 2011. p. 131-65.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde, 2002. 726p.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Políticas públicas voltadas à inserção das plantas medicinais e fitoterapia nos cuidados primários em saúde

3

Angelo Giovanni Rodrigues

Carmem De Simoni

3.1 Introdução

Políticas públicas contemplam diretrizes e linhas estratégicas de atuação governamental, as quais orientam legislação, programas, projetos e atividades para o desenvolvimento econômico e social do país. O documento de uma política deve ser fruto de um processo sistemático de consultas e debate nacional para aglutinar as partes e criar um sentido de propriedade coletiva. Essa estratégia é fundamental com vistas ao esforço nacional que será necessário na sua implantação. Nesse sentido, cabe destacar três momentos importantes na consolidação de uma política nacional: o processo de desenvolvimento da política; a aplicação das estratégias e atividades orientadas a alcançar objetivos da política; e, finalmente, a avaliação do efeito das atividades e ajuste do programa se for necessário. Todo o processo requer planejamento cuidadoso e participação de todos os envolvidos e, a todo o momento, levar em consideração a dinâmica política do país (OMS, 2003).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), por meio de seu Programa de Medicina Tradicional, recomenda aos Estados membros a elaboração de políticas nacionais voltadas à integração/inserção da medicina tradicional e medicina complementar e alternativa (MT/MCA) aos sistemas oficiais de saúde, com foco na atenção primária.

Dessa maneira, a OMS se propõe a respaldar os países com a MT/MCA de modo a: - integrá-las aos sistemas nacionais de saúde, desenvolvendo e implementando políticas e programas nacionais; promover a segurança, eficácia e qualidade; aumentar a disponibilidade e acessibilidade, com ênfase ao acesso pelas populações pobres; e fomentar o uso racional tanto pelos provedores quanto pelos consumidores (OMS, 2002 apud RODRIGUES; DE SIMONI, 2010).

3.2 Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS, aprovada em 2006, veio atender à demanda da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da população brasileira, assim como à necessidade de normatização e harmonização dessas práticas na rede pública de saúde. Essa política traz diretrizes e ações para inserção de serviços e produtos relacionados à medicina tradicional chinesa/acupuntura, homeopatia e plantas medicinais e fitoterapia, assim como para observatórios de saúde do termalismo social e da medicina antroposófica.

Contempla, ainda, responsabilidades dos entes federais, estaduais e municipais e traz, entre os objetivos, “contribuir ao aumento da resolubilidade do Sistema e ampliação do acesso às Práticas Integrativas e Complementares, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso” (BRASIL, 2006b).

Assim como preconizado pela OMS, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), formulada por grupos de trabalho representativos, subsidiados por documentos e normas nacionais e internacionais, além das recomendações das conferências de saúde, passou por amplo debate da sociedade, por meio de fóruns e consultas. Ainda seguindo as orientações da Organização, o documento da política contempla: definições para as Práticas Integrativas e Complementares e se orienta pelas definições da OMS para MT/MCA; papel do governo ou as responsabilidades institucionais para o desenvolvimento da política; estratégias para garantia de segurança e qualidade dos serviços e produtos; recomendações para elaboração ou adequação da legislação para produtos e processos; estratégia para educação e formação dos profissionais de saúde; diretrizes para promoção do uso racional dos produtos, entre outras.

A aprovação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS desencadeou o desenvolvimento de políticas, programas, ações e projetos em todas as instâncias governamentais, pela institucionalização dessas práticas no SUS. Muitos foram os avanços com a PNPIC nestes cinco anos de existência da política nacional e, neste momento, entre os desafios para aplicação das estratégias e atividades e avaliação dos seus efeitos, têm-se a formação e qualificação de profissionais em número adequado para atuarem no SUS; a estruturação dos serviços na rede pública; o desenvolvimento/adequação de legislação específica para os serviços no SUS; e o investimento em P&D para o desenvolvimento de processos e produtos e instituição de Centro Colaborador em MT nos moldes da OMS.

3.3 O desenvolvimento da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS(PNPIC)

No Brasil, a partir da década de 80, diversas ações e programas de fitoterapia, homeopatia e acupuntura, termalismo e técnicas alternativas de saúde mental foram implantados na rede pública de saúde, principalmente a partir da publicação da Resolução Ciplan, em março de 1988, que regulamentava essas práticas no serviço público.

Essas experiências e programas municipais e estaduais ocorrem de forma diferenciada com relação aos produtos e serviços ofertados aos usuários, ou seja, em diferentes níveis de complexidade. Inclusive, alguns Estados e municípios possuem normas/regulamentação específicas para funcionamento dos serviços e relação de medicamentos definidos (fitoterápicos e/ou homeopáticos).

Esses programas foram os principais indutores para a formulação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde (SUS), cujo processo se iniciou em junho de 2003, quando representantes das Associações Nacionais de Fitoterapia, Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica reuniram-se com o então ministro da Saúde Humberto Costa, com a demanda de uma política nacional. Por solicitação dele, instituiu-se um grupo de trabalho, coordenado pelo Departamento de Atenção Básica/SAS e pela Secretaria Executiva, com a participação de representantes das Secretarias de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos e de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde/MS, Anvisa e Associações Brasileiras de Fitoterapia, Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica, para discussão e implementação das ações no sentido de se elaborar a política nacional (BRASIL, 2006b).

A estratégia para formulação da política foi a criação de quatro subgrupos de trabalho, em virtude das especificidades de cada área, orientados por um plano de ação modelo, posteriormente consolidado em documento técnico da política nacional. Cada subgrupo teve autonomia para a adoção de estratégias para elaboração de seu plano de ação, sendo que os da homeopatia, fitoterapia e medicina antroposófica optaram pela realização de fóruns de abrangência nacional com ampla participação da sociedade civil organizada, além de reuniões técnicas para sistematização do plano. O subgrupo da MTC/acupuntura optou por reuniões técnicas, subsidiadas pelos documentos produzidos pela OMS para a área, entre outros (BRASIL, 2006b).

Nesse processo, foi realizado diagnóstico situacional das práticas no SUS, com destaque para: inserção dessas práticas no SUS, levantamento da capacidade instalada, número e perfil dos profissionais envolvidos, capacitação de recursos humanos, qualidade dos serviços, entre outros. O diagnóstico situacional, coordenado pelo Departamento de Atenção Básica, foi realizado em 2004, englobando os 5.560 municípios, onde 1.342 responderam ao questionário e, em 232 deles, detectou-se a existência de alguma prática integrativa e/ou complementar inserida no sistema público de saúde, representando 26 Estados e um total de 19 capitais. As experiências mais frequentes foram as práticas complementares (62,9%) e a fitoterapia (50%), seguidas pela homeopatia (35,8%), acupuntura (34,9%) e medicina antroposófica (1,7%), ressaltando que as ações de todas as práticas aconteciam preferencialmente na atenção básica e em menor ocorrência na atenção especializada, hospitais, serviços de saúde mental, entre outros (BRASIL, 2006a).

Concluindo o processo de desenvolvimento das políticas, a PNPIC foi amplamente discutida e aprovada pelas principais instâncias de aprovação de políticas de saúde, a Comissão Intergestores Tripartite e o Conselho Nacional de Saúde.

O Ministério da Saúde aprovou, por meio da Portaria GM nº 971, de 3 de maio de 2006, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS, que contempla as diretrizes e ações para inserção de serviços e produtos relacionados à medicina tradicional chinesa/acupuntura, homeopatia e plantas medicinais e fitoterapia, assim como para observatórios de saúde do termalismo social e da medicina antroposófica, promovendo a institucionalização dessas práticas no Sistema Único de Saúde. Anteriormente pactuada na Comissão Intergestores Tripartite e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, em 15 de dezembro de 2005, após longo processo de construção e validação junto aos parceiros e à sociedade.

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares traz como objetivos:

- Incorporar e implementar as Práticas Integrativas e Complementares no SUS, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde;
- Contribuir para o aumento da resolubilidade do Sistema e ampliação do acesso às Práticas Integrativas e Complementares, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso;
- Promover a racionalização das ações de saúde, estimulando alternativas inovadoras e socialmente contributivas ao desenvolvimento sustentável de comunidades;

- Estimular as ações referentes ao controle/participação social, promovendo o envolvimento responsável e continuado dos usuários, gestores e trabalhadores, nas diferentes instâncias de efetivação das políticas de saúde (BRASIL, 2006b).

Entre as diretrizes gerais da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, cabe destacar:

- Estruturação e fortalecimento da atenção em PIC no SUS;
- Desenvolvimento de estratégias de qualificação em PNPIC para profissionais no SUS, em conformidade com os princípios e diretrizes estabelecidos para educação permanente;
- Divulgação e informação dos conhecimentos básicos da PNPIC para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando as metodologias participativas e o saber popular e tradicional;
- Estímulo às ações intersetoriais, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações;
- Fortalecimento da participação social;
- Provimento do acesso a medicamentos homeopáticos e fitoterápicos na perspectiva da ampliação da produção pública, assegurando as especificidades da assistência farmacêutica nesses âmbitos na regulamentação sanitária;
- Garantia de acesso aos demais insumos estratégicos da PNPIC, com qualidade e segurança das ações;
- Incentivo à pesquisa em PIC com vistas ao aprimoramento da atenção à saúde, avaliando eficiência, eficácia, efetividade e segurança dos cuidados prestados;
- Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências da PNPIC nos campos da atenção, da educação permanente e da pesquisa em saúde;
- Garantia do monitoramento da qualidade dos fitoterápicos pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (BRASIL, 2006b).

A PNPIC contempla diretrizes para plantas medicinais e fitoterapia no SUS, cuja proposta foi construída seguindo o modelo da fitoterapia ocidental, entendida como “terapêutica caracterizada pela utilização de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal”, cuja abordagem incentiva o desenvolvimento comunitário, a solidariedade e a participação social, em virtude da quase totalidade dos programas no País se basearem nesse modelo. Nesse sentido, visa a ampliar as opções terapêuticas aos usuários do SUS com garantia de acesso aos produtos e serviços relacionados à fitoterapia, com segurança, eficácia e qualidade (BRASIL, 2006b).

As diretrizes constantes nessa Política para Plantas Medicinais e Fitoterapia são:

- Elaboração da Relação Nacional de Plantas Medicinais e da Relação Nacional de Fitoterápicos¹;
- Provimento do acesso a plantas medicinais e fitoterápicos aos usuários do SUS;
- Formação e educação permanente dos profissionais de saúde em plantas medicinais e fitoterapia;
- Fortalecimento e ampliação da participação popular e controle social;
- Incentivo à pesquisa e desenvolvimento de plantas medicinais e fitoterápicos, priorizando a biodiversidade do País;
- Promoção do uso racional de plantas medicinais e dos fitoterápicos no SUS;
- Acompanhamento e avaliação da inserção e implementação das plantas medicinais e fitoterapia no SUS;
- Garantia do monitoramento da qualidade dos fitoterápicos pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária;
- Estabelecimento de política de financiamento para o desenvolvimento de ações (BRASIL, 2006b).

A política contempla ainda as responsabilidades institucionais para as três esferas de governo e preconiza a participação popular em todas as etapas de implementação dessa política nacional.

A PNPIC juntamente com as Políticas Nacionais de Promoção da Saúde, de Atenção Básica e de Alimentação e Nutrição são exemplos de marcos da saúde coletiva que contemplam e estimulam ações intersetoriais e transversais num esforço de integração de políticas públicas com foco, entre outros, na promoção da saúde. Além disso, preconizam o uso de tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade e consideram o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural.

No campo dessas políticas, há várias iniciativas que privilegiam a dimensão educativa e a subjetividade no cuidado e na atenção à pessoa: formam grupos heterogêneos, no que diz respeito à idade e à ocorrência, estimulam o aprendizado voltado para a construção de vínculos, de responsabilidades, para a autonomia (individual e coletiva) e para a capacidade de provocarem a mudança do pensar e agir da promoção da saúde.

O campo da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, mais especificamente, abrange os sistemas médicos complexos² e recursos terapêuticos³ que envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por

¹ A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS adota o conceito de fitoterápico descrito na RDC 48/Anvisa, de 16 de março de 2004, revogada pela RDC nº 14, de 2010.

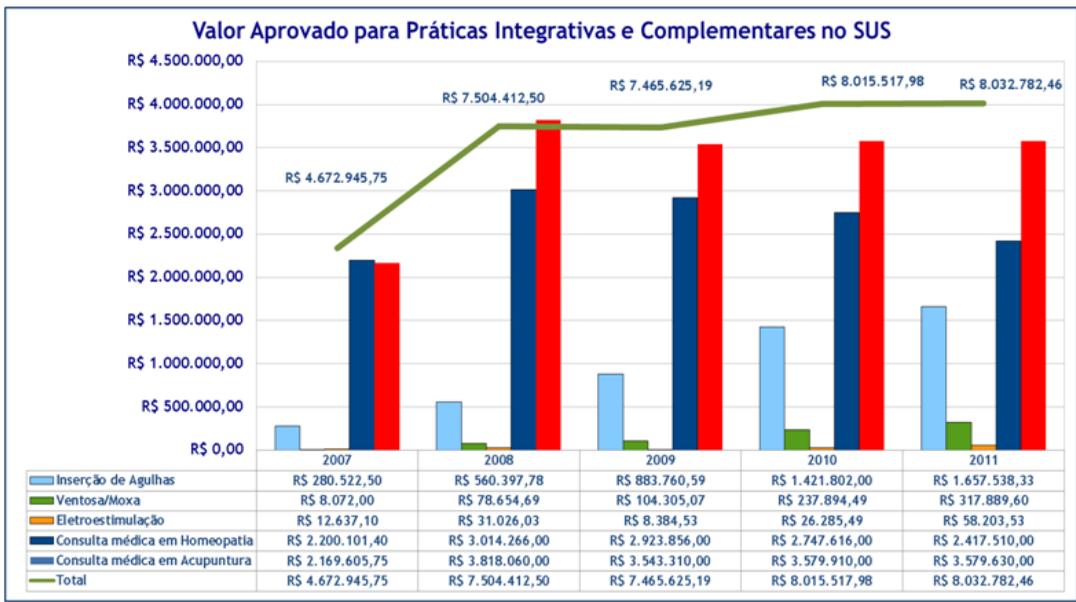
² Compreende-se por sistemas médicos complexos as abordagens do campo das PICs que possuem teorias próprias sobre o processo saúde-doença, diagnóstico e terapêutica (LUZ, 2003).

³ Compreende-se por recursos terapêuticos aqueles instrumentos utilizados nos diferentes sistemas médicos complexos.

meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Outros pontos compartilhados pelas diversas abordagens abrangidas nesse campo são a visão ampliada do processo saúde–doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado (BRASIL, 2006b).

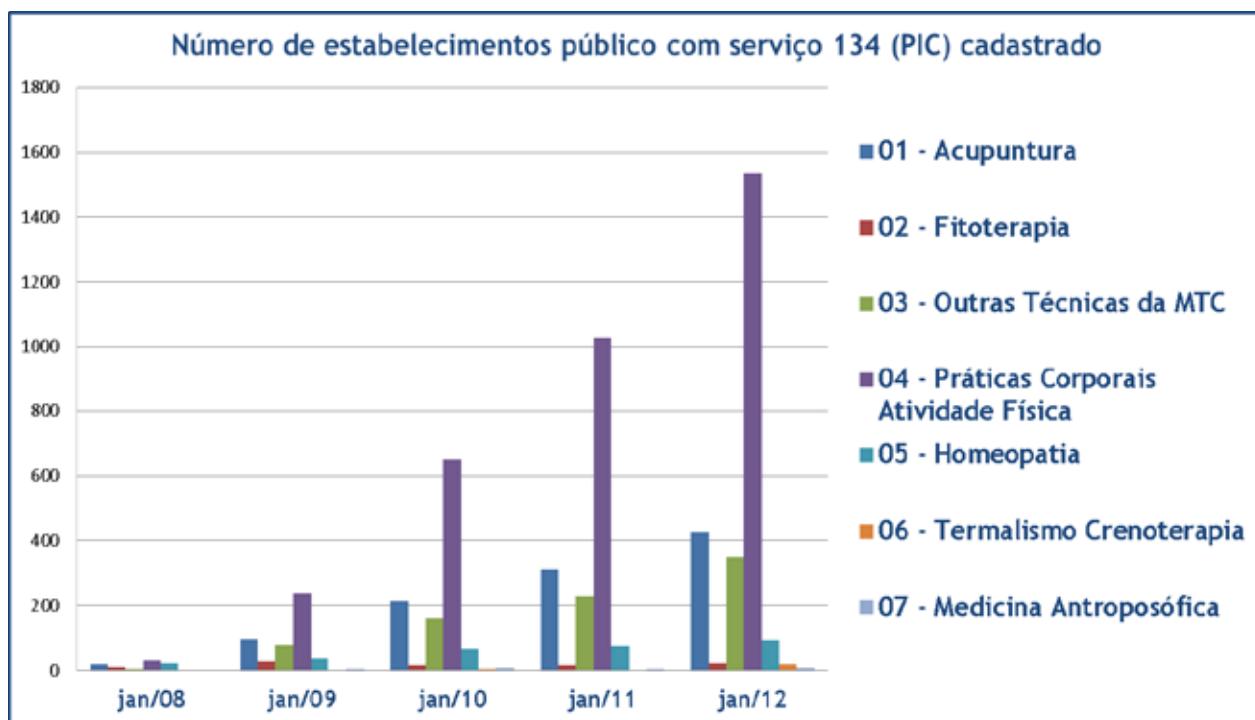
Essa política nacional trouxe avanços para a saúde no País, pela normatização e institucionalização das experiências com essas práticas na rede pública, fato comprovado pelo aumento significativo de investimentos em consultas e procedimentos das PICs (Figura 1), da oferta de produtos e serviços (Figura 2) e da aprovação de políticas, programas e legislação nas três instâncias de governo durante a formulação e após a aprovação dessa política. Além disso, a PNPIIC veio cumprir os objetivos primordiais da OMS e das Conferências Mundiais para MT/MCA de promover a integração dessas práticas aos sistemas oficiais de saúde, desenvolver a legislação/normatização para oferta de serviços e produtos de qualidade, propiciar o desenvolvimento dos conhecimentos na área, bem como a qualificação/aperfeiçoamento dos profissionais envolvidos com práticas complementares.

Figura 1 – Valores aprovados em procedimentos e consultas médicas com Práticas Integrativas e Complementares, ofertados no SUS, no período de 2000 a 2011.



Fonte: SIA-SUS. Ministério da Saúde, 2012.

Figura 2 – Práticas Integrativas e Complementares cadastradas com tipo de prestador público, ofertadas pelo SUS, no período de março dos anos de 2008 a 2012.



Fonte: Brasília, Ministério da Saúde, 2011. Acesso março 2012.

3.4 Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos

Sobre os avanços da PNPIC na institucionalização das Práticas Integrativas e Complementares na rede pública e como indutora de políticas e programas, cabe destacar a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e seu programa nacional. As plantas medicinais como instrumento de políticas, programas e projetos demandam ações intersetoriais que transcendem o setor saúde, perpassando pela agricultura, meio ambiente, desenvolvimento agrário, indústria, ciência e tecnologia, entre outras. Diante disso, durante as discussões para formulação das diretrizes para plantas medicinais e fitoterapia no SUS inseridas na PNPIC, percebeu-se a necessidade de construção de uma política nacional que contemplasse o desenvolvimento de toda a cadeia produtiva de plantas medicinais e fitoterápicos. Entre os muitos fatores que justificam a necessidade da criação de uma política na área de plantas medicinais e fitoterápicos, estão o potencial e as oportunidades que nosso país oferece para o crescimento do setor, como rica biodiversidade e tecnologia para desenvolvimento de medicamentos da flora brasileira.

Nesse sentido, com vistas a elaborar a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, foi constituído, por decreto presidencial, em 17 de fevereiro de 2005, o Grupo de Trabalho Interministerial (GTI), formado por representantes dos Ministérios da Saúde (coordenação); Casa Civil; Integração Nacional; Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior; Desenvolvimento Agrário; Ciência e Tecnologia; Meio Ambiente; Agricultura, Pecuária e Abastecimento; Desenvolvimento Social e Combate à Fome; e por representantes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária e Fundação Oswaldo Cruz (BRASIL, 2006c).

O GTI, após período de discussão, subsidiado por documentos de fóruns, seminários e conferências, além de regulamentações nacionais e internacionais, elaborou a proposta de política que foi submetida aos ministros das pastas envolvidas para avaliação e aprovação e, posteriormente, à Casa Civil da Presidência da República. Em 22 de junho de 2006, a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos foi aprovada na forma do Decreto Presidencial nº 5.813, que também instituiu o Grupo de Trabalho Interministerial para elaborar o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, em conformidade com as diretrizes da política nacional (BRASIL, 2006c).

A política nacional traz como objetivo garantir à população brasileira o acesso seguro e uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, promovendo o uso sustentável da biodiversidade, o desenvolvimento da cadeia produtiva e da indústria nacional.

As diretrizes contempladas no documento com abrangência de toda a cadeia produtiva são:

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

8. Incentivar a incorporação racional de novas tecnologias no processo de produção de plantas medicinais e fitoterápicos;
9. Garantir e promover a segurança, a eficácia e a qualidade no acesso a plantas medicinais e fitoterápicos;
10. Promover e reconhecer as práticas populares de uso de plantas medicinais e remédios caseiros;
11. Promover a adoção de boas práticas de cultivo e manipulação de plantas medicinais e de manipulação e produção de fitoterápicos, segundo legislação específica;
12. Promover o uso sustentável da biodiversidade e a repartição dos benefícios derivados do uso dos conhecimentos tradicionais associados e do patrimônio genético;
13. Promover a inclusão da agricultura familiar nas cadeias e nos arranjos produtivos das plantas medicinais, insumos e fitoterápicos;
14. Estimular a produção de fitoterápicos em escala industrial;
15. Estabelecer política intersetorial para o desenvolvimento socioeconômico na área de plantas medicinais e fitoterápicos;
16. Incrementar as exportações de fitoterápicos e insumos relacionados, priorizando aqueles de maior valor agregado;
17. Estabelecer mecanismos de incentivo para a inserção da cadeia produtiva de fitoterápicos no processo de fortalecimento da indústria farmacêutica nacional (BRASIL, 2006c).

Cabe destacar aqui que, entre as ações previstas para a implementação da diretriz nº 9, está: “Implementar a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos no âmbito do SUS, em conformidade com as diretrizes estabelecidas pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS e pela Política Nacional de Assistência Farmacêutica”, o que demonstra a integração entre as políticas nacionais. Nesse sentido, para implementação das plantas medicinais e fitoterapia no SUS, os gestores/profissionais de saúde devem se orientar pelas diretrizes, ações e responsabilidades institucionais constantes na PNPIC.

Para monitoramento e avaliação da implantação das diretrizes da política nacional, o decreto presidencial previu a criação de Comitê Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, grupo técnico interministerial formado por representantes do governo e dos diferentes setores da sociedade civil envolvidos com o tema, posteriormente à elaboração do programa nacional (BRASIL, 2006c).

3.4.1 Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos

46

Após a aprovação da política nacional e com vistas à implementação das diretrizes desta, foi instituído um Grupo de Trabalho Interministerial (GTI), formado por representantes dos Ministérios da Saúde (coordenação); Casa Civil; Integração Nacional; Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior; Desenvolvimento Agrário; Ciência e Tecnologia; Cultura; Meio Ambiente; Agricultura, Pecuária e Abastecimento; Desenvolvimento Social e Combate à Fome; e por representantes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária e Fundação Oswaldo Cruz (Portaria nº 2.311/Ministério da Saúde, de 29 de setembro de 2006, republicada em 22 de fevereiro de 2007), com o objetivo de elaborar o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (BRASIL, 2008a).

Esse GTI, orientado pelas diretrizes e linhas de ação da política nacional, elaborou a proposta de programa nacional, que foi submetida à consulta pública e, após consolidação das contribuições, às instâncias superiores para avaliação e aprovação.

O Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos foi aprovado em 9 de dezembro de 2008, por meio da Portaria Interministerial nº 2.960, que também criou o Comitê Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, com representantes de órgãos governamentais e não governamentais de todos os biomas brasileiros (BRASIL, 2008a).

O programa nacional, em conformidade com as diretrizes da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, traz ações, gestores, órgãos envolvidos, prazos e origem dos recursos, com abrangência de toda a cadeia produtiva. Sobre a inserção das plantas medicinais e fitoterápicos e desenvolvimento do serviço no SUS, cabe destacar as seguintes ações:

- Estruturar e fortalecer a atenção em fitoterapia, incorporando o uso de plantas medicinais e fitoterápicos nos diferentes níveis de complexidade do Sistema, dentro da lógica de apoio, participação e corresponsabilização com as equipes de Saúde da Família, com ênfase na atenção básica, por meio de ações de prevenção de doenças e de promoção e recuperação da saúde;
- Estabelecer critérios técnicos para o uso de plantas medicinais e fitoterápicos, em todos os níveis de complexidade, de modo a garantir a oferta de serviços seguros, efetivos e de qualidade, avaliando as iniciativas já existentes nas unidades federadas;
- Apoiar técnica ou financeiramente: projetos de qualificação de profissionais para atuação na área de informação, comunicação e educação popular; profissionais que atuem na Estratégia de Saúde da Família; e agentes comunitários de saúde;
- Estabelecer intercâmbio técnico científico e cooperação técnica visando ao conhecimento e à troca de informações decorrentes das experiências no campo da atenção à saúde, formação, educação permanente e pesquisa com unidades federativas e com países onde esteja integrada ao serviço público de saúde (BRASIL, 2008a).

O programa nacional é o principal instrumento para orientação dos gestores federais na implantação das diretrizes da política nacional, assim como subsidia o trabalho do Comitê Nacional (instalado em setembro de 2009) no monitoramento e avaliação das ações. Cabe ressaltar que, enquanto a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos é documento de Estado, o programa nacional é instrumento de governo para implantação das ações, com definição de prazos e responsabilidades, necessitando, portanto, de revisão e atualização a cada gestão do governo federal.

3.5 Políticas estaduais/municipais com diretrizes para plantas medicinais e fitoterapia no SUS

Alguns Estados e municípios, pela necessidade de normatização das práticas há muito existentes, elaboraram suas políticas e regulamentação para o serviço de fitoterapia na rede pública de saúde anteriormente à iniciativa do governo federal. Entretanto a demanda por normatização estadual/municipal se incrementou com a formulação e aprovação das políticas nacionais, assim como a definição de recursos para adequação/ampliação de serviços de práticas integrativas no SUS. Atualmente, o documento da PNPIC é o referencial para Estados e municípios formularem suas políticas, assim como a estratégia de formulação e aprovação adotadas pelo governo federal. Entre as políticas estaduais/municipais para plantas medicinais e fitoterapia no SUS (RODRIGUES, 2011), pode-se citar:

Ceará

Decreto nº 30.016, de 30 de dezembro de 2009. Regulamenta a Lei Estadual nº 12.951, de 7 de outubro de 1999, que dispõe sobre a Política de Implantação da Fitoterapia em Saúde Pública no Estado do Ceará.

Espírito Santo

Resolução nº 543/2008, do Conselho Estadual de Saúde do Espírito Santo. Aprova a proposta de institucionalização da Política das Práticas Integrativas e Complementares: homeopatia, acupuntura e fitoterapia, no Estado do Espírito Santo.

Lei nº 7.684, da Câmara Municipal de Vitória, Estado do Espírito Santo, de 3 de junho de 2009. Dispõe sobre a institucionalização da Política Municipal de Plantas Medicinais e Medicamentos Fitoterápicos, e dá outras providências.

Minas Gerais

Resolução nº 1.885, de 27 de maio de 2009, da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Minas Gerais. Aprova a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares.

Rio Grande do Norte

Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Norte, de 28 de junho de 2011. Portaria aprova a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares (PEPIC) no Sistema Único de Saúde do Rio Grande do Norte, incluindo a acupuntura, homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia, crenoterapia, medicina antroposófica, práticas corporais transdisciplinares e vivências lúdicas integrativas.

Rio Grande do Sul

Projeto de lei nº 108/2006, da Assembleia Legislativa do Estado do Rio Grande do Sul. Institui a Política Intersetorial de Plantas Medicinais e de Medicamentos Fitoterápicos no Estado do Rio Grande do Sul, e dá outras providências.

Lançamento na Assembleia Legislativa do Estado do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 8 de junho de 2011. Política Estadual de Plantas Medicinais, Aromáticas e Condimentares e de Fitoterápicos.

Lei nº 2.636, de 10 de janeiro de 2007. Institui a Política Intersetorial de Plantas Medicinais e de Medicamentos Fitoterápicos no município de Gravataí.

São Paulo

Decreto nº 49.596, de 11 de junho de 2008. Regulamenta a Lei nº 14.682, de 30 de janeiro de 2008, que institui, no âmbito do município de São Paulo, o Programa Qualidade de Vida com Medicinas Tradicionais e Práticas Integrativas em Saúde. No art. 2º, consta “constituem objetivo principal do programa as atividades de promoção e recuperação de saúde, por meio de medicinas tradicionais, homeopatia, alimentação saudável, plantas medicinais”.

Lei nº 14.903, de 6 de fevereiro de 2009. Dispõe sobre a criação do Programa de Produção de Fitoterápicos e Plantas Medicinais no município de São Paulo, e dá outras providências.

3.6 Considerações finais

O processo de formulação, aprovação e implementação de políticas públicas demanda ações intersetoriais e participação efetiva da sociedade para alcance das metas e benefícios dos cidadãos. Nesse consenso, verifica-se que as diretrizes e ações da PNPIC demonstram convergência e sintonia com outras políticas nacionais, como a Política Nacional de Saúde, de Atenção Básica, de Educação Permanente, de Assistência Farmacêutica, de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, de Povos e Comunidades Tradicionais, de Biodiversidade, entre outras. E as ações transversais decorrentes dessas políticas são imprescindíveis para a melhoria da atenção à saúde da população e a ampliação das opções terapêuticas aos usuários do SUS. Com respeito à participação social, o documento da PNPIC foi amplamente discutido com a sociedade, por meio de fóruns e consultas

públicas, antes de ser submetido à avaliação e aprovação do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Na atualidade, as ações de implementação da política são monitoradas pela Comissão Intersetorial de Práticas Integrativas do Controle Social no SUS, que assessora o plenário do CNS e articula políticas, programas e atores na implementação das diretrizes da política nacional.

O grande desafio da PNPIC é estruturar e fortalecer a atenção em Práticas Integrativas e Complementares no SUS, nos diferentes níveis de complexidade do Sistema, dentro da lógica de apoio, participação e corresponsabilização com as equipes de Saúde da Família, com ênfase na atenção básica, por meio de ações de prevenção de doenças e de promoção e recuperação da saúde.

Com esse propósito, cabe destacar a inserção de profissionais ligados às PICs, nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, a inserção de procedimentos na tabela do SCNES, as estratégias de educação permanente de profissionais de saúde, a adequação e formulação de normas pela Anvisa, a instituição de grupos técnicos para definição de normas e produtos para o SUS, a inclusão de medicamentos fitoterápicos e homeopáticos na relação de medicamentos da atenção básica, o apoio institucional a Estados e municípios na formulação e implementação de políticas, programas e projetos de PICs no SUS, as ações de divulgação, os investimentos em projetos de pesquisa, entre outros.

A ampliação da oferta das Práticas Integrativas e Complementares no Sistema, algumas delas antes restritas à área privada, vem fortalecer os princípios da universalidade e da integralidade do Sistema Único de Saúde. Além disso, reforça e revitaliza ações de interculturalidade no âmbito do SUS, pelas práticas envolverem diferentes formas de saber (tradicional, popular e científico) e pela característica intersetorial e multiprofissional que demanda a atenção em PICs.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 2.960, de 9 de dezembro de 2008.** Aprova o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e cria o Comitê Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/pri2960_09_12_2008.html>. Acesso em: 6 out. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Práticas Integrativas e Complementares em Saúde: uma realidade no SUS. Revista Brasileira Saúde da Família**, Brasília, v. 9, n. especial, p. 70-6, maio, 2008b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. **Relatório de Gestão 2006/2010: Práticas Integrativas e Complementares no SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- 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.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008c. 195p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **A fitoterapia no SUS e o Programa de Pesquisa de Plantas Medicinais da Central de Medicamentos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 148 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, PNPIC, SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 92p. (Série B. Textos Básicos de Saúde)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. 60p. (Série B. Textos Básicos de Saúde)
- LUZ, T. M. **Novos Saberes e Práticas em Saúde Coletiva.** São Paulo: Editora Hucitec, 2003.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Perspectivas políticas de la OMS sobre medicamentos: cómo desarrollar y aplicar una política farmacéutica nacional.** Ginebra: OMS, 2003.
- RODRIGUES, A. G.; DE SIMONI, C. Plantas medicinais no contexto de políticas públicas. **Informe Agropecuário**, Belo Horizonte, v. 31, n. 255, p. 7-12, mar./abril, 2010.
- RODRIGUES, A. G.; SANTOS, M. G.; DE SIMONI, C. Fitoterapia na Saúde da Família. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE (Org.). **Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade (PROMEF).** Porto Alegre: Artmed/Panamericana, 2011. p. 131-65.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **National Policy on Traditional Medicine and Regulation of Herbal Medicines: report of a WHO Global survey.** Geneve: WHO, 2005. 156 p.

Atenção à saúde com plantas medicinais e fitoterapia

4

4.1. A prescrição fitoterápica na atenção à Saúde da Família

Helvo Slomp Junior
Henriqueta Tereza do Sacramento

53

4.1.1 A Estratégia Saúde da Família e a fitoterapia

Partiremos do princípio de que a atenção básica, preconizada como principal “porta de entrada” do nosso Sistema Único de Saúde (SUS) e tendo como finalidade precípua obter uma melhor coordenação do cuidado ao usuário nas redes do Sistema, é tida como estratégica para a resolubilidade dos problemas de saúde de maior frequência e relevância na população, mediante o emprego das várias formas de tecnologias em saúde; pressupõe a responsabilidade sanitária, o vínculo, o trabalho em equipe, bem como as práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas (BRASIL, 1998). É sabido que o direcionamento para a atenção primária é um dos pressupostos básicos para todos os sistemas de saúde (OMS, 1996, apud STARFIELD, 2002), valor incorporado na própria estruturação do SUS. A expressão “atenção primária”, utilizada pela primeira vez no Relatório Dawson, de 1920, quando este autor propõe a organização dos serviços de saúde em três níveis, desenhando, dessa maneira, a primeira proposta de regionalização (STARFIELD, 2002), ganha seus contornos atuais na já clássica Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde de Alma-Ata. No relatório final desta, lemos que:

Os cuidados primários da saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade,... a um custo que a comunidade e o país podem manter... (OMS, 1979).

E, também, que eles:

Têm em vista os problemas de saúde da comunidade, proporcionando serviços de promoção, prevenção, cura e reabilitação, conforme as necessidades. [...] Incluem, pelo menos: educação no tocante a problemas prevalentes de saúde e aos métodos para sua prevenção e controle, [...] prevenção e controle de doenças localmente endêmicas, tratamento apropriado de doenças e lesões comuns e fornecimento de medicamentos essenciais (OMS, 1979).

A Estratégia Saúde da Família, que evolui a partir de 1998 do programa homônimo implantado quatro anos antes, é uma política de Estado que visa justamente a reorientar o modelo assistencial do SUS a partir do reforço de seus princípios e diretrizes, no sentido da implementação de uma atenção primária efetivamente resolutiva e coordenadora do cuidado, mas agora incorporando como diretriz central a reorganização das práticas de saúde. Nessa perspectiva, a fitoterapia, na condição de método terapêutico ou prática complementar, vem sendo consolidada como mais um recurso a ser incorporado na prática do cuidado.

Outrossim, o “uso de fitoterápicos com finalidade profilática, paliativa e terapêutica” já seria reconhecido oficialmente pela OMS desde a Alma-Ata, quando a organização multilateral recomenda pela primeira vez aos países membros que “identificassem e valorizassem as práticas tradicionais em saúde em seus territórios”. Nota-se aqui o primeiro aceno à valorização dos aspectos popular e tradicional da fitoterapia (ver adiante). Diversos documentos e resoluções se seguiriam, passando a definir como fundamental a necessidade de valorização das plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos no âmbito sanitário. A OMS, na mesma época, divulgara também que 80% da população mundial utilizava práticas tradicionais na Atenção Primária à Saúde e que 85% dessa população utiliza-se de extratos vegetais para resolução de seus problemas de saúde (LUZ, 2006). Segundo a entidade, as práticas daquilo que a organização denomina “medicina tradicional” teriam se expandido, passando a ser incentivadas por profissionais de saúde que atuavam na rede básica de saúde dos países em desenvolvimento.

No Brasil de hoje, dezenas de municípios seguem desenvolvendo programas de fitoterapia na atenção básica e na Estratégia Saúde da Família. O Ministério da saúde, com base nos princípios e diretrizes do SUS, implementou o Programa Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos – PNPMF (BRASIL, 2009) a fim de operacionalizar a Política Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos, oficializada a partir de um decreto presidencial que antecedeu em quatro anos o programa. Define-se como um dos princípios orientadores desse programa a ampliação das opções terapêuticas e a melhoria da atenção à saúde aos usuários do SUS mediante a inserção das plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos nos serviços do sistema: uma fitoterapia no SUS com eficácia, segurança e qualidade. E tudo isso em consonância com as diretrizes de outro movimento, articulado ao primeiro: a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS – PNPIC (BRASIL, 2006), que sistematizou a incorporação das plantas medicinais e da fitoterapia nos serviços e nas práticas de saúde, proposta calcada em valores como a inclusão social, a redução das desigualdades sociais e a participação popular. Segundo essa política, a fitoterapia é uma “terapêutica caracterizada pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal”. Mais adiante, discutiremos a respeito das possibilidades de fornecimento de insumos e utilização da fitoterapia na Estratégia Saúde da Família, mas, antes, por que não falar um pouco mais sobre a fitoterapia e suas principais vertentes?

4.1.2 De qual fitoterapia estamos falando mesmo?

A fitoterapia está presente em todas as antigas e atuais civilizações, e desempenha papel proeminente na manutenção da saúde dos povos não somente como recurso terapêutico,

como também por coexistir com crenças, valores e necessidades da humanidade e, no nosso caso, diríamos que dos brasileiros como um todo. É estimulante conhecer as principais de suas vertentes, seja para melhor utilizá-las, seja para potencializar nossa (dos profissionais de saúde) intimidade com a fitoterapia quando lá estivermos trabalhando na atenção à saúde, a fim de melhorar o entendimento e atendermos às necessidades de saúde das famílias e pessoas sob nossa responsabilidade. Optaremos por classificá-la, aqui, seguindo certa tradição nesse campo de conhecimento e um tanto arbitrariamente, tão somente com objetivo didático, em três vertentes principais: fitoterapias popular, tradicional e científica ocidental.

4.1.2.1 Fitoterapia popular

É a tradição de uso doméstico e comunitário de plantas medicinais, transmitida oralmente em cada realidade local, de geração para geração. Todo território ou unidade de saúde pode identificar com facilidade, na comunidade adscrita, aquelas pessoas que detêm conhecimentos familiares quanto aos tratamentos com plantas medicinais e alguns de seus derivados caseiros. Essa sabedoria popular, além de fonte estratégica de “pistas” de eficácia ou toxicidade das plantas medicinais a inspirar os subseqüentes estudos científicos, que depois se multiplicam nas universidades e no mercado farmacêutico, constitui-se, mais do que tudo, em um importante aporte cultural e cidadão e, não menos importante, político. Sim, político enquanto afirmação do autocuidado, seja ele uma escolha ou única opção, dependendo do caso. Em nosso país, certos movimentos populares e religiosos chegam a estruturar até mesmo verdadeiras linhas de produção “farmacêutica” nessa área.

A PNPMF tem como uma das diretrizes “promover e reconhecer as práticas populares de uso de plantas medicinais e remédios caseiros”; e a PNPIC, em sua diretriz PMF 5, fala em “fortalecimento e ampliação da participação popular e do controle social”, incluindo medidas como “resgatar e valorizar” esse conhecimento e “promover a troca de informações” entre todos os envolvidos, além de “estimular a participação popular na criação de hortos de espécies medicinais” (BRASIL, 2006; BRASIL, 2009). Percebe-se que no Brasil a atitude científica e institucional frente a esse importante manancial de sabedoria ganha outra conotação, não como uma postura prepotente e desqualificadora do adjetivo “popular”, visto até então como mera fonte de informações imprecisas e perigosas, mas sim como um diálogo enriquecedor para ambas as partes, conhecimento científico e saber popular, objetivando sempre o benefício dos usuários do SUS.

Admitimos que a fitoterapia popular frequentemente nos fornece informações conflitantes (vários nomes populares para a mesma planta, plantas diferentes com o mesmo nome popular) e que também há dificuldades com os parâmetros clássicos de prescrição medicamentosa, tais como uniformização de dose, posologia ou duração de tratamento; sendo por vezes inegável a existência de algumas situações de negligência com a toxicidade e/ou com a qualidade da matéria-prima. Entretanto, mesmo limitada como ferramenta terapêutica para o uso direto do profissional de saúde, precisamos estar cientes de que a fitoterapia popular é parte integrante dos programas públicos de fitoterapia, e a nós profissionais caberá reconhecer sua potência no fortalecimento, por exemplo, do vínculo e da educação em saúde.

4.1.2.2 Fitoterapia tradicional

Ao contrário da vertente popular, a fitoterapia que aqui chamaremos tradicional no mais das vezes conta com registro escrito de sua prática, que, a depender de sua origem, já existe há décadas, séculos ou mesmo milênios. Mas o que a delimita mesmo como matriz para a fitoterapia, a nosso ver, seria o fato de não ser praticada de forma isolada, como simples recurso ou método terapêutico, porém sempre “acoplada” a um contexto, integrante de “sistemas médicos” originários de culturas peculiares, no contexto de um “campo de conhecimento e prática de saúde”, reconhecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como “medicina tradicional” (WHO, 2000) ou, como chamamos hoje no Brasil, de diferentes racionalidades médicas.

A pesquisadora brasileira Madel Luz desenvolveu a categoria denominada “racionalidade médica” como sendo um sistema estruturado em cinco dimensões, coerentes entre si e informadas por uma mesma visão cosmológica da vida e do universo: i) uma doutrina médica; ii) uma concepção morfológica; iii) uma dinâmica vital ou funcional; iv) um sistema diagnóstico; e v) um sistema terapêutico (LUZ, 2005). Segundo a autora, na ausência de alguma dessas dimensões, estamos diante tão somente de uma prática terapêutica, e não necessariamente de uma racionalidade. Assim, a fitoterapia tradicional é aquela que integra as práticas de sistemas complexos ou racionalidades, tais como a medicina tradicional chinesa, a antroposófica, a ayurvédica e, na América do Sul, as medicinas tradicionais indígena e afro-americana, entre outras.

No Brasil, as três racionalidades até o momento mais institucionalizadas (homeopatia, medicina tradicional chinesa/acupuntura e medicina antroposófica) têm, em maior ou menor grau, alguma relação com a fitoterapia enquanto recurso terapêutico em si ou ao menos fonte de recursos terapêuticos, mesmo que não como protagonista de cada sistema. Entretanto, segundo Luz (2005), no Brasil tais sistemas médicos complexos floresceram de fato na cultura urbana dos países latino-americanos somente a partir das últimas décadas, já que as racionalidades efetivamente autóctones daqui (e do continente americano como um todo) seriam a medicina tradicional indígena – xamânica ou não xamânica – e a medicina afro-americana, cada uma com seus sistemas de cura, concepções de vida e adoecimento, maior ou menor grau de religiosidade implícita. Alguns exemplos de plantas cujo uso medicinal teria se originado da tradição indígena são a caapeba ou pariparoba (*Piper umbellatum*), o guaraná (*Paullinia cupana*), a copaíba (*Copaifera sp.*), o abajerú (*Chrisobalanus icaco*) e o urucurum (*Bixa orellana*), entre outras; enquanto que, da tradição afro-americana, teríamos herdado a aplicação terapêutica da arruda (*Ruta graveolens*) e do jambolão (*Syzigium jambolanum*), entre tantas outras.

Fonte ainda mais consistente de “pistas” de eficácia ou toxicidade das plantas medicinais e derivados, e tendo mesmo já inspirado inúmeros estudos científicos e desenvolvimentos de produtos farmacêuticos mundo afora, a fitoterapia tradicional mantém diálogo profícuo com a fitoterapia popular e, dependendo da realidade comunitária em questão, uma frequentemente se transmuta na outra, especialmente em nosso país.

4.1.2.3 Fitoterapia científica ocidental

É o estudo integrado do emprego clínico de plantas medicinais e fitoterápicos para finalidades terapêuticas, diagnósticas ou profiláticas, com base em dados e evidências científicas, mesmo que se partindo inicialmente de conhecimentos populares e tradicionais. Embora presente em toda a história da humanidade, essa fitoterapia oficial vivencia um ostracismo a partir da primeira metade do século XX, em função do advento dos avanços farmacológicos pré e pós-grandes guerras – respectivamente o isolamento de princípios ativos e a síntese química – e a intensificação na produção farmacêutica mundial. Entretanto, na segunda metade do século XX, começa a se organizar novamente em vários países da Europa, mais especificamente na Alemanha, um movimento com a finalidade de recuperar a importância da fitoterapia, mediante a realização de inúmeros estudos pré-clínicos e clínicos a partir de plantas tradicionais europeias, orientais, africanas etc., sendo a fitoterapia praticamente reinaugurada e rebatizada com o nome de “fitoterapia racional” (SCHULZ, HANSEL; TYLER, 2002), que aqui preferimos chamar de fitoterapia científica ocidental.

No Brasil, usamos uma legislação considerada mundialmente avançada ao regular o registro de fitoterápicos e as boas práticas em geral (cultivo, manipulação, fabricação, comercialização etc.) a partir de plantas cujo tripé eficácia–segurança–qualidade pode ser delimitado, entre outros aspectos da cadeia produtiva (ANVISA, 2004).

Prescrever de acordo com os critérios da legislação brasileira, bastante coerentes com iniciativas como a Comissão E da Alemanha, inaugurada no final dos anos 1970, e a Cooperativa Científica Europeia para a Fitoterapia (ESCOP), crescendo-se a reprodutibilidade por meio da qualidade, já nos garante um fitoterápico validado (FINTELMANN; WEISS, 2010, p. 12-26). Mas lá há um arsenal definido de plantas medicinais, e muitas plantas brasileiras ainda estão percorrendo seu caminho “racional”, ainda não tendo seus fitoterápicos estabelecidos. Nesse sentido, abre-se o leque com as listagens nacionais de plantas medicinais e fitoterápicos publicadas pelos órgãos governamentais e sua respectiva operacionalização. Afora esse arsenal, ainda há a opção de se prescrever um fitoterápico industrializado.

Nesse último caso, de validação por desenvolvimento farmacêutico, mesmo depois de trilhado esse caminho “ideal” de validação – único confiável segundo alguns setores acadêmicos e industriais – e atingido um nível aceitável de evidência, não há consenso tácito no campo da fitoterapia quanto à certeza de prescrição do fitoterápico em questão, e de que só ele, entre outros, pode ser prescrito com segurança. Schulz, Hänsel & Tyler (2002, p. 25) entendem que os ensaios controlados (duplo-cegos) comparativos entre fitoterápicos e drogas sintéticas padrão (p. ex., verificação da eficácia anti-inflamatória de um extrato versus diclofenaco), em virtude das altas frequências de placebo, teriam, em geral, e em termos de amostragem populacional, menor valor do que estudos observacionais mais amplos. Fintelmann & Weiss (2010, p. 8-9) admitem o importante papel do paradigma da medicina baseada em evidências, com seus “níveis de evidência” para as várias terapêuticas disponíveis, mas criticam o absolutismo para campos como o da fitoterapia e, se o adotam parcialmente, o fazem em uma versão adaptada por Loew (2000), exclusivamente para fitoterápicos.

4.1.3 A decisão pela fitoterapia em um plano terapêutico

58

Pois bem, deseja-se uma terapêutica fitoterápica. A decisão estaria correta? E que fitoterápico escolher? Como prescrever? Várias questões vão surgindo a partir desse momento. Decisão terapêutica calcada em um diagnóstico o mais apurado possível, indicação precisa e critérios científicos de segurança, eficácia terapêutica e reprodutibilidade, concordamos, com certeza, devem orientar tal prática, mas aqui é mister falar: temos que ir além dessas etapas iniciais, caso contrário, a fitoterapia poderia não aparecer no rol de opções, e isso, ao nosso ver, não significa necessariamente uma vantagem. Em nossa experiência, quem opta por prescrever fitoterapia e almeja de fato o “equilíbrio natural” da saúde da pessoa assistida, ou de sua família, precisa ter como objetivo enxergar essas pessoas, suas vidas, suas ideias e seu adoecimento de maneira mais abrangente, olhando para além da doença em si. A começar pela escolha terapêutica de um conjunto de substâncias (fitocomplexo¹) e que se encontram no extrato de uma planta, em detrimento de um fármaco.

A prescrição passa a ser, portanto, uma escolha compartilhada, sem desconsiderar a responsabilidade técnica dos profissionais envolvidos. Ao se debruçarem sobre a escolha da fitoterapia pelo médico, Fintelmann & Weiss (2010, p. 9) criticam o caráter por vezes exageradamente objetivo da medicina atual e enfatizam a importância da retomada da intuição nessa prática profissional – para os autores um ingrediente que facilita a incorporação da fitoterapia.

Um ponto inicial a ser vencido é que, ao se prescrever um medicamento baseado em fitocomplexo, várias substâncias são administradas ao mesmo tempo, o que dá início a um sem-número de eventos orgânicos. Segundo Fintelmann & Weiss (2010, p. 9-10), quanto maior o número de substâncias ativas contidas em um extrato vegetal, maior o espectro de indicações terapêuticas, o que se multiplica ainda mais no caso de constituintes de extratos de mais de uma planta. Tal fato pode ser tanto um problema, como justamente o diferencial desejado, a depender da situação clínica em questão: um problema, por reacender outro preconceito corrente contra a fitoterapia – a de se tratar de uma panaceia (com seus “remédios que servem para tudo e na verdade para nada”*(NA); um diferencial desejado, quando um caso pode se beneficiar dupla ou triplamente do mesmo extrato vegetal ou composição, possibilitando uma orquestração terapêutica única para o usuário. Baseado nesse último caso, teríamos mais um possível critério para escolher a fitoterapia.

Outro aspecto marcante da fitoterapia é o tema da toxicidade. Schulz, Hänsel & Tyler (2002, p. 21-26) analisaram estudos populacionais sobre a expectativa e a percepção emocional dos usuários quanto aos “remédios vegetais”, cujos resultados se mostram inequívocos no sentido de uma confiança significativa em sua eficácia, o que para os autores soa como uma superestimação com relação ao seu efeito em geral brando e gradual, combinada com uma subestimação, numericamente ainda mais expressiva, de sua possível toxicidade. Os fitoterápicos não estão

¹ Fitocomplexo é o nome que se costuma dar ao conjunto de substâncias ativas presentes no extrato da planta medicinal, na proporção em que se encontram na natureza, e que atuam farmacologicamente ao mesmo tempo, seja por meio de sinergismo, antagonismo, interações farmacocinéticas ou outras; sua ação farmacológica costuma ser analisada “em bloco”, como um todo.

isentos de toxicidade, como qualquer medicamento, e há evidências bibliográficas de reações adversas, precauções necessárias e interações medicamentosas. Ainda assim, a tolerância aos fitoterápicos é em geral maior se comparada aos fármacos (SCHULZ; HÄNSEL; TYLER, 2001, p. 21-26; FINTELMANN; WEISS, 2010).

Adicionalmente, Fintelmann & Weiss (2010) classificam os fitoterápicos que estariam disponíveis para uma prescrição em categorias terapêuticas (Quadro 1), uma interessante orientação para guiar a decisão clínica e que ajuda a esclarecer as possibilidades (ou não) de tratamento fitoterápico exclusivo ou combinado.

Quadro 1 – Categorias terapêuticas para fitoterápicos.

Categoria 1	Indicações para as quais os fitoterápicos são a opção terapêutica de 1ª escolha e, para as quais, como alternativa, não existiriam medicamentos sintéticos*. Exs.: hepatites tóxicas, hiperplasia benigna de próstata, entre outros.
Categoria 2	Indicações para as quais os medicamentos sintéticos podem ser substituídos por fitoterápicos. Exs.: estados leves de ansiedade e/ou depressão reativa, dispepsia não ulcerosa neoplásica, infecções urinárias inespecíficas, entre outros.
Categoria 3	Indicações nas quais os fitoterápicos podem ser usados como coadjuvantes para uma terapia básica. Exs.: outras doenças hepáticas e das vias respiratórias, entre outras.
Categoria 4	Indicações nas quais o uso dos fitoterápicos não é adequado, caracterizando até mesmo erro médico, pela possibilidade de retardar ou impedir uma terapia racional com medicamentos sintéticos, mais adequados. Ex.: tratamento primário do câncer.

Fonte: FINTELMANN; WEISS, 2010, p. 17, com adaptações.

*... ou, se existirem, não seriam tão eficientes quanto o fitoterápico.

Como se percebe, e ao contrário do que o senso comum pode vir a afirmar, prescrever fitoterapia não é simples. Em nossa realidade, na qual esse campo do conhecimento ainda é marginalizado e negligenciado no ensino médico, observamos que os médicos adeptos dela, ao menos a maior parte deles, obrigam-se a uma contínua atualização em novos livros e nas bases de dados de maneira a adaptar certo arsenal de plantas medicinais e fitoterápicos de domínio técnico em sua rotina de trabalho. Tal hábito lhes confere maior segurança ao propor (ou aceitar) escolhas terapêuticas que incluam fitoterápicos. Outro ponto a ser valorizado é na Saúde da Família, na qual a fitoterapia pode assumir caráter preventivo, como intervenção em predisposições familiares e constitucionais, e junto às condições patológicas ainda em sua fase incipiente (FINTELMANN; WEISS, 2010, p. 10-11).

Schulz, Hänsel & Tyler (2002, p. 24-25) nos chamam a atenção para o fato de que as doenças brandas ou moderadamente graves, tratadas por médicos de Família na Alemanha, respondem com altas frequências de cura tão somente em virtude do "efeito consulta" ou, como eles chamam, do componente psicodinâmico do efeito de qualquer tratamento, bem como do efeito placebo em ensaios clínicos (fenômenos frequentemente confundidos entre si), campo estudado

aqui no Brasil por Emerson Elias Merhy, que desenvolveu o conceito de tecnologias leves ou relacionais (MERHY, 2002). O efeito de uma clínica mais potente estaria, então, primordialmente orientado pelas tecnologias leves. A partir desse fato, Schulz, Hänsel & Tyler invertem a argumentação, lançando os seguintes questionamentos: o que justificaria a prescrição de um medicamento sintético e de maior risco à saúde como primeira opção em certos casos? Por que não um fitoterápico? Eis algumas questões que colocam em xeque a onipotência de decisões fundamentadas unicamente em evidências.

4.1.4 A prescrição fitoterápica

Imaginemos um caso com um diagnóstico “fechado”, uma indicação criteriosamente definida para o emprego de fitoterápico, bons extratos de plantas validadas à disposição e uma consciência mútua (médico e pessoa a ser cuidada) a respeito do papel a ser representado pela fitoterapia no contexto terapêutico em questão. Fim? Ainda não, há outras decisões pela frente, e abordaremos sucintamente alguns tópicos essenciais, como a escolha monoterapia X associações de plantas, formas farmacêuticas, posologia e seguimento clínico, já que cada medicamento fitoterápico – em cada caso singular – demandará observações igualmente singulares.

Quanto ao primeiro ponto, recomenda-se sempre preferir a monoterapia, por tudo que dissemos anteriormente neste capítulo. Caso um único extrato não seja suficiente e se opte por associar extratos de plantas a fim de compor um único fitoterápico, preferir as chamadas “associações fixas” ou “formulações consagradas” (FINTELMANN; WEISS, 2010, p. 25-26), muitas delas com longo tempo de uso. Isso porque é necessário profundo conhecimento de cada planta individualmente, tanto nos aspectos farmacodinâmicos (efeitos sinérgicos ou antagônicos) como farmacocinéticos (melhor ou pior absorção etc.), para se projetar uma boa associação, que, por sua vez, gera novos fenômenos farmacodinâmicos e farmacocinéticos e que igualmente terão que ser conhecidos.

Para escolher a forma farmacêutica e/ou apresentação, considera-se a planta em si e seu extrato, a indicação em questão e até mesmo a categoria de insumo disponível em cada rede de saúde (Quadro 2). São várias as opções possíveis, devendo o prescritor se adequar às necessidades do caso e à sua realidade. Infusões, decocções, banhos e compressas são obtidos a partir da planta fresca ou droga vegetal. No caso de se contar com uma farmácia de manipulação no serviço ou na rede, é possível dispor também de tinturas e extratos em geral, que, por sua vez, poderão ser prescritos puros ou ainda compor formulações como xaropes, cremes, géis, pomadas, cápsulas ou comprimidos. Os fitoterápicos industrializados fornecem extratos previamente padronizados e constância de ativos em suas apresentações.

Quanto à dose ou posologia, há grande peculiaridade na prescrição fitoterápica, conforme podemos deduzir a partir do que se falou anteriormente: é irrelevante simplesmente informarmos a massa desejada para as doses de extrato (miligramas, milicentigramas etc.). É fundamental que, ao elaborar a receita, o prescritor indique: o nome botânico da droga vegetal; o tipo de extrato

(seco, fluido etc.), sua padronização e forma de apresentação; a dose–posologia; e o modo de usar. Só assim se garantirá boa comunicação entre o médico e o farmacêutico que manipulará ou dispensará o produto, poupando assim o usuário de se expor a produtos de baixa qualidade ou equivocados, como vemos não raramente acontecer. Por vezes, faz-se necessário conversar previamente com o profissional farmacêutico para saber que produtos estão disponíveis, e decidir em conjunto a melhor forma farmacêutica e apresentação para cada caso. A quantificação da posologia, portanto, é mais complexa na fitoterapia, e aqui mais uma vez os fitoterápicos industrializados trazem alguma vantagem, por antecipar esse planejamento posológico em seu desenvolvimento, embutindo os cálculos já sistematizados na bula, além das outras informações obrigatórias referentes à segurança.

No que se refere ao seguimento clínico e à evolução de cada caso, independentemente de como é fornecida a planta medicinal ou fitoterápico, valem as mesmas etapas mínimas de todo fazer clínico, recomendando-se a elaboração de protocolos clínicos para o tratamento de doenças definidas, com respaldo científico em diretrizes e consensos, e preferencialmente no contexto das linhas de cuidado. Assim será mais fácil um melhor planejamento e acompanhamento geral dos casos, com definição de tempo de tratamento, orientações sistemáticas quanto às precauções, previsão de interações medicamentosas, reações adversas e contraindicações. Na experiência dos autores, a adesão ao tratamento fitoterápico é em geral boa se consideradas as peculiaridades que estamos discutindo, o que não descarta a necessidade de um acompanhamento clínico criterioso a fim de decidir prontamente pela sua interrupção se for o caso.

Quadro 2 – Precauções gerais e lembretes sugeridos para implementação das diretrizes nacionais de fornecimento de plantas medicinais e fitoterápicos.

Insumo fornecido	Critérios de acordo com o fornecimento	Precauções e lembretes gerais*
Planta medicinal fresca, in natura	<ul style="list-style-type: none"> • Fornecimento das espécies constantes nas relações oficiais de plantas medicinais; Utilização das espécies identificadas botanicamente cuja produção tenha a garantia das boas práticas de cultivo orgânico, preservando a qualidade do ar, solo e água; • Fornecimento do memento referente às espécies utilizadas; • Implantação prévia e manutenção de hortos oficiais de espécies medicinais e/ou estimulando hortas e hortos comunitários reconhecidos junto a órgãos públicos. 	Os serviços deverão contar com apoio técnico de profissional botânico, visando à identificação correta das espécies, bem como de acompanhamento técnico de agrônomo e/ou técnico agrícola para supervisão de cultivo, coleta e armazenamento.

Insumo fornecido	Critérios de acordo com o fornecimento	Precauções e lembretes gerais*
Planta medicinal seca (droga vegetal)	<ul style="list-style-type: none"> • Fornecimento das espécies constantes nas relações oficiais de plantas medicinais; • Utilização das espécies identificadas botanicamente cuja produção tenha a garantia das boas práticas de cultivo orgânico, preservando a qualidade do ar, solo e água; • Fornecimento do memento referente às espécies utilizadas; • Obtenção da matéria-prima vegetal processada de acordo com as boas práticas, oriunda de hortos oficiais de espécies medicinais, cooperativas, associações de produtores, extrativismo sustentável ou outros, com alvará ou licença dos órgãos competentes; • Oferta de local adequado para o armazenamento das drogas vegetais. 	
Fitoterápico manipulado	<ul style="list-style-type: none"> • Fornecimento do fitoterápico manipulado conforme memento associado às relações oficiais de plantas medicinais e fitoterápicos; • Utilização de matéria-prima vegetal processada de acordo com as boas práticas, oriunda de hortos oficiais de espécies medicinais, cooperativas, associações de produtores, extrativismo sustentável ou outros, com alvará ou licença de órgãos competente para tal; • Utilização dos derivados de matéria-prima vegetal processados de acordo com as boas práticas de fabricação, oriundos de fornecedores com alvará ou licença dos órgãos competentes para tal; • Ampliação da oferta de fitoterápicos por intermédio de farmácias públicas com manipulação de fitoterápicos que atendam à demanda e às necessidades locais, respeitando a legislação pertinente às necessidades do SUS na área; • Elaboração de monografias sobre produtos officinais (fitoterápicos), que poderão ser incluídas na Farmacopeia Brasileira; • Contemplação, na legislação sanitária, de boas práticas de manipulação para farmácias com manipulação de fitoterápicos que atendam às necessidades do SUS nessa área. 	<p>Os serviços deverão respeitar a legislação vigente sobre manipulação, preconizada pela Anvisa.</p> <p>Os fitoterápicos deverão ser dispensados sob supervisão de farmacêuticos, mediante receita dos prescritores.</p>

Insumo fornecido	Crerios de acordo com o fornecimento	Precauções e lembretes gerais*
Fitoterápico industrializado	<ul style="list-style-type: none"> • Além dos anteriores, atendidas todas as exigências legais da Anvisa para registro de fitoterápicos; • Monografias dos fitoterápicos e memento terapêutico; Estímulo aos laboratórios oficiais; <ul style="list-style-type: none"> • Aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação dos medicamentos aos usuários do SUS, conforme a organização dos serviços municipais de assistência farmacêutica. 	Se constantes da Relação Nacional de Medicamentos, poderão ser adquiridos com recursos da assistência farmacêutica. Os fitoterápicos deverão ser dispensados sob supervisão de farmacêuticos, mediante receita dos prescritores.

Fonte: BRASIL, 2006, com adaptações.

*Precauções gerais e lembretes sugeridos pelos autores deste texto.

A fitoterapia é uma prática complementar em saúde das mais conhecidas e utilizadas nos serviços públicos no Brasil, ao contrário do que podemos pensar. Observamos, em alguns municípios brasileiros, interesse cada vez maior dos profissionais de saúde no sentido de serem capacitados na área, pois todos ambicionam melhorar dia a dia seu trabalho na saúde, adquirindo novas ferramentas, como a fitoterapia, a fim de estreitar seus laços com o usuário e sua família e comunidade, ampliar o alcance de sua prescrição e participar no desenvolvimento de projetos e programas locais que permitam a invenção, a inovação no cuidado em saúde. No SUS, com a expansão da Estratégia Saúde da Família como movimento estruturante da atenção básica, abriu-se importante espaço de trabalho para uma das mais recentes especialidades médicas no Brasil – a medicina de Família e Comunidade, que agora também passa a se interessar pela fitoterapia. Na Alemanha, a maior parte dos fitoterápicos, além dos usados para automedicação, é prescrita por médicos de Família e em situações clínicas nas quais o diagnóstico não pode, em 50% delas, ser totalmente estabelecido no consultório, fato que estimularia os profissionais médicos a valorizarem outros elementos do fazer clínico, como estilo de vida e necessidade de alívio do sofrimento, com menor malefício possível em termos de reações adversas e efeitos colaterais, especialmente junto a pessoas idosas (SCHULZ; HÄNSEL; TYLER, 2001, p. 21-26). Em situações assim, naquele país, o profissional com frequência lança mão da fitoterapia, e esse mesmo desejo vemos crescer em nosso país.

Partiremos do pressuposto de que para seu emprego em programas públicos de fitoterapia, o que inclui sua incorporação nas práticas da Saúde da Família, as plantas medicinais e fitoterápicos devem ser “validados”, e os procedimentos de preparação e administração também padronizados e cientificamente reconhecidos (MATOS; LORENZI, 2008, p. 16). Como já dito, também se mostram bons aliados os protocolos clínicos ou diretrizes para o acompanhamento dos usuários

que receberam tratamento fitoterápico. Ou seja, a fitoterapia que está no SUS hoje, enquanto método terapêutico inserido nas práticas profissionais, é aquela a que chamamos anteriormente de fitoterapia científica ocidental, o que não quer dizer que possa ser impermeável aos desejos, crenças, tradições e conhecimentos populares com os quais ela vai se defrontar e dialogar.

Já vimos anteriormente o que seria um nível “ideal” de validação, com toda a carga de evidência técnico-científica de eficácia–segurança–qualidade que isso significa. Mas será que atenderemos a todas as necessidades (ou realidades) de fitoterapia na Saúde da Família nos restringindo às plantas e fitoterápicos contemplados acima? Imaginemos, por exemplo, o uso imediato de plantas brasileiras frescas que se faz Brasil afora há centenas de anos (ou mais), de plantas que escapam à normatização ou “validação” acima (ver Quadro 2). O pesquisador cearense Abreu Matos (2000, p. 61-64) propôs uma possibilidade concreta de validação delas no Nordeste, a partir de seu conhecido projeto Farmácias Vivas, visando a aportes justamente para os serviços públicos de saúde, notadamente para a Estratégia Saúde da Família (MATOS, 2000, p. 61-64). Calcado em um rigor botânico, agrônômico e fitoquímico, o autor partiu dos indícios científicos existentes de eficácia e segurança de cada planta para sistematizar indicações, formas de preparo e administração, restrições de uso etc. Matos expandiu assim o conceito de validação para um caminho que prescinde da obrigatoriedade do desenvolvimento industrial, e validou, segundo sua proposta, mais de meia centena de plantas medicinais comumente usadas pela população da região.

Essa proposta inclui a construção de hortos medicinais matrizes, a fim de padronizar as espécies e garantir a qualidade das plantas e, nos modelos mais completos, a implantação de “oficinas farmacêuticas” (farmácias de manipulação). Atualmente, haveria pelo menos 76 unidades de Farmácias Vivas no Brasil, a grande maioria no Estado do Ceará e, em sua maioria, iniciativas públicas, ou ao menos tributárias de assessoria pública (BANDEIRA, 2011). Reconhecemos as críticas feitas a esse modelo, sejam de ordem científica, técnica, normativa ou outras, mas não podemos deixar de apontar seu importante legado: a profunda coerência que assumiu com a realidade tal como ela é no Brasil; os ganhos que a população cearense beneficiada – e de outros lugares onde o modelo foi adotado posteriormente – obteve com a oferta de orientações criteriosas para melhorar o uso popular das plantas medicinais, já há tempos dela conhecidas; e, por fim, a sensível carga de autonomização e respeito do conhecimento popular que tal estratégia conferiu a uma ação pública de saúde. Claro está que uma prática assim tem lá suas dificuldades. Segundo Bandeira (2011), coordenadora do projeto Farmácias Vivas da Universidade Federal e supervisora do Núcleo de Fitoterápicos da Secretaria Estadual de Saúde, ambos do Ceará, as Farmácias Vivas convivem com muitos problemas e ameaças constantes de extinção, pois lhes faltaria “um plano de estado, um plano de ação do governo federal (lei) que garanta verbas efetivas, em que as esferas de governo possam participar em conjunto”. Mas, segundo a mesma autora, e à parte todas as dificuldades técnico-científicas, as Farmácias Vivas ainda estão “vivas”. Com efeito, segundo a PNPIC, cada município poderá contar com um ou mais de quatro tipos de insumos possíveis em sua rede de saúde e, a depender do tipo de insumo e da estrutura de assistência farmacêutica disponíveis, várias possibilidades de formas farmacêuticas ou apresentações poderão vir a ser viabilizadas.

Atualmente, no Brasil, vemos organizar-se também o matriciamento às equipes de Saúde da Família por meio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), cujas diretrizes contemplam

as PICs e, entre elas, a fitoterapia (BRASIL, 2008). De acordo com essa proposta, a equipe de profissionais neles lotada deverá atuar em parceria com os profissionais de certo número de equipes de Saúde da Família, nas unidades e nos próprios territórios sob responsabilidade dessas últimas, compartilhando suas práticas em saúde com todos os níveis de atenção e promovendo, assim, a integralidade na estratégia. No documento citado, recomenda-se que os NASF contemplem profissionais devidamente capacitados em fitoterapia, a fim de facilitar a implementação dessa prática na Estratégia Saúde da Família, mediante discussões de caso e outras ações educativas junto à equipe e à população adscrita. Quando for o caso, também por meio de consultoria na implantação de programas municipais e, eventualmente, apoiando clinicamente as equipes mediante referência e contrarreferência, em consonância com um programa municipal de fitoterapia ou de Práticas Integrativas e Complementares, quando houver.

Vale lembrar também que cada município, no âmbito de sua responsabilidade como gestor local, desde que possuindo legislação específica para a implantação de uma política municipal correlata e mediante a institucionalização de uma comissão municipal para sistematizar o tema, pode elaborar a sua lista de medicamentos fitoterápicos, a exemplo do município de Vitória-ES, no qual atua uma das autoras deste texto. A partir de critérios científicos de segurança e eficácia e do perfil epidemiológico da população, instituiu-se uma Relação Municipal de Fitoterápicos, que garante o acesso a eles de forma racional e segura, e mediante prescrição e dispensação adequadas.

Por fim, com a finalidade de promover o diálogo com a graduação em saúde de um modo geral, e particularmente com a formação em serviço, projetos hoje considerados essenciais na formação profissional em saúde, recomenda-se que a fitoterapia, quando institucionalizada e inserida em uma política municipal de saúde, deva integrar o conteúdo programático e as atividades realizadas junto aos alunos: programas de integração ensino-serviço (VER-SUS, Pró-Saúde, Pet-Saúde etc.), cursos de especialização em saúde coletiva com foco em Saúde da Família, cursos de especialização em fitoterapia no SUS, residências multiprofissionais em Saúde da Família, residências de medicina de Família e Comunidade etc.

4.1.5 A fitoterapia e o cuidado em saúde

Citando Merhy & Feuerwerker (2009): “O cuidado, e não a clínica, é a alma dos serviços de saúde e a estratégia radical para a defesa da vida”. Entendemos que a fitoterapia pode e deve ultrapassar a condição de apenas um instrumento a mais a implementar a atividade clínica, ampliando-a no sentido de uma “boa clínica”, uma clínica ampliada (CAMPOS, 2003), para vir a ser uma ferramenta de valorização das tecnologias leves, da dimensão cuidadora, da potencialização do cuidado como um todo. Um longo caminho precisa ser trilhado nessa direção, mas o empoderamento do usuário pode ser um aliado. Ao trabalhador de saúde cabe:

[...] reconhecer o usuário como gestor legítimo de sua própria vida, portador de necessidades, mas também de desejos, valores, saberes e potências, que precisam ser levados em consideração, tanto para compreender a singularidade da situação vivida, como para construir o melhor plano de cuidado (MERHY; FEUERWERKER, 2009)

Quando discutimos anteriormente as peculiaridades que envolvem a decisão pelo uso da fitoterapia, já havíamos assinalado que é inevitável – em qualquer contexto no qual se produza o cuidado, mas com grande importância aqui – a intercessão de outras dimensões que não somente a técnico-científica, tais como a intuição, as relações interpessoais, o efeito coletividade e a negociação entre gestores, profissionais e usuários, como que compoem a escolha pela fitoterapia como prática complementar, neste ou naquele projeto terapêutico, nesta ou naquela atividade educativa em saúde. O trabalho em saúde é um trabalho vivo em ato, como diz Merhy (2002), e é tributário de um compromisso tanto com as necessidades sociais como com aquelas de seu usuário direto (MERHY; FEUERWERKER, 2009). Nessa perspectiva, a fitoterapia, ao compor o arsenal tecnológico do agir em saúde, só conformará um diferencial relevante se o fizer em um contexto de cuidado, e não apenas como mais um – e com suas limitações, sim – recurso químico-farmacológico a compor o arsenal da prática clínica. Se for só isso, intervenção em si, deixemos que os fármacos sintéticos façam “com mais força” aquilo que queremos fazer “diferente”. No caso da fitoterapia tradicional, por exemplo, o convívio indissociável de prescrições fitoterápicas com outros recursos terapêuticos, tais como práticas nutricionais e também corporais, é crucial, pois esse todo compõe cada racionalidade complexa. E, se estamos falando em cuidado, estamos falando em equipes e usuários compartilhando projetos terapêuticos.

A fitoterapia, dada à sua natureza de cadeia produtiva², sempre foi multidisciplinar–multiprofissional, cada qual atuando em sua esfera de competência, e, portanto, a nosso ver, totalmente compatível com o processo de trabalho da atenção básica, sendo sua prática, especialmente no contexto da Estratégia Saúde da Família, também uma resultante desse mesmo processo de trabalho. Cabe a cada categoria profissional presente no SUS a regulamentação e regulação tanto sobre as possibilidades de uso de plantas medicinais e fitoterápicos como sobre o exercício profissional.

Enfim, todos os que estiverem juntos em um projeto terapêutico que conte com a fitoterapia participarão, em alguma medida, desse cuidado, até mesmo o profissional da recepção da unidade, da limpeza ou da segurança. Ou seja, cada equipe vai sempre encontrar seu ponto de equilíbrio no conviver com as plantas medicinais e com o agir fitoterápico, observadas todas as diretrizes técnico-científicas e normas vigentes no País, e temos a certeza de que a fitoterapia tem por vocação ser mais um fator de coesão do que dissenção, no trabalho multiprofissional.

Com isso, encerramos este capítulo com muita alegria e não sem um propósito: por uma fitoterapia-afeto, além de “racional”, e que venha para agregar, para melhor cuidarmos das pessoas e das comunidades.

² “Cadeia e arranjos produtivos de plantas medicinais e fitoterápicos” é usado aqui no sentido dado à expressão pela PNPMF, ou seja, todas as etapas da planta ao medicamento e suas destinações, relações econômicas etc.: etnofarmacologia; sistema de produção agrícola, manejo sustentável e participação de agricultura familiar; produção de insumos; implantação de redes de coleções e bancos de germoplasma; desenvolvimento farmacêutico; farmacoeconomia; farmacovigilância; farmacoeconomia; e uso racional (BRASIL, 2009, grifo nosso).

Referências

ALONSO Jr. **Tratado de fitomedicina: bases clínicas e farmacológicas**. Buenos Aires: ISIS Ediciones SRL, 1998.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução nº 18, de 30 de abril de 1999**. Regulamento técnico que estabelece as diretrizes básicas para análise e comprovação de propriedades funcionais e/ou de saúde alegadas em rotulagem de alimentos. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/18_99.htm>. Acesso: 6 out. 2011.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução-RE nº 88, de 16 de março de 2004**. Lista de referências bibliográficas para avaliação de segurança e eficácia de fitoterápicos. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/medicamentos/fitoterapicos/index.htm>>. Acesso em: 6 out. 2011.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Instrução Normativa nº 5, de 11 de dezembro de 2008**. Lista de medicamentos fitoterápicos de registro simplificado. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/medicamentos/fitoterapicos/index.htm>>. Acesso em: 6 out. 2011.

BANDEIRA, M. A. A. **Carta de esclarecimento à imprensa e à população a respeito do projeto Farmácias Vivas**. Documento divulgado em grupo virtual de gestores de Práticas Integrativas e Complementares, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria GM/MS nº 649, de 28 de março de 2006**. Define valores de financiamento para o ano de 2006, com vistas à estruturação de Unidades Básicas de Saúde para as equipes de Saúde da Família, como parte da Política Nacional de Atenção Básica. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-649.htm>>. Acesso em: 6 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 650, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/atencao-basica/Portaria_648.pdf>. Acesso em: 7 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ato Portaria GM/MS nº 822, de 17 de abril de 2006**. Altera critérios para definição de modalidades da ESF dispostos na Política Nacional de Atenção Básica. Disponível em: <http://www.conass.org.br/admin/arquivos/Port_822_PAB.pdf>. Acesso em: 7 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 648, de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/atencao-basica/Portaria_648.pdf>. Acesso em: 7 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria MS/GM nº 971, de 3 de maio de 2006.** Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PNPIC.pdf>>. Acesso em: 7 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 136 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008.** Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf>. Acesso em: 7 out. 2011.

CAMPOS, G. W. de S. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: CAMPOS, G. W. de S. **Saúde paideia.** São Paulo: Hucitec, 2003.

CARVALHO A. C. B. Marcos regulatórios para plantas medicinais e fitoterápicos. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE, 1., 2008, Brasília. **Relatório final.** Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/eventos/seminario_pnpic/dia15_05/dra_ana_cecilia_brasil.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2008.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Processo-Consulta no Conselho Federal de Medicina nº 1.301/1991.** Reconhece a atividade de fitoterapia, desde que seja desenvolvida sob a supervisão de profissional médico. Disponível em: <<http://portal.cfm.org.br>>. Acesso em: 7 out. 2011.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Processo-Consulta no Conselho Federal de Medicina nº 4, de 14 de janeiro de 1992.** Acupuntura e fitoterapia – reconhecimento e regulamentação como práticas médicas. Disponível em: <<http://portal.cfm.org.br>>. Acesso em: 7 out. 2011.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Parecer nº 01001, de 14 de julho de 1997.** Fitoterapia – Prescrição – Direito. Disponível em: <<http://portal.cfm.org.br>>. Acesso em: 7 out. 2011.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. **Resolução CFN nº 402, de 30 de julho de 2007.** Regulamenta a prescrição fitoterápica pelo nutricionista de plantas *in natura* frescas, ou como droga vegetal nas suas diferentes formas farmacêuticas, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.cfn.org.br/novosite/pdf/res/2007/res402.pdf>>. Acesso em: 7 out. 2011.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 197, de 19 de março de 1997.** Estabelece e reconhece as terapias alternativas como especialidade e/ou qualificação do profissional de enfermagem. Disponível em: <<http://portalcofen.gov.br/sitenovo/node/4253>>. Acesso em: 6 out. 2011.

FINTELMANN, V.; WEISS, R. F. **Manual de fitoterapia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010, 526 p.

LOEW, E. D. EBM: evidence-based (phyto) medicine versus experience-based (phyto) medicine. **ZPT**, [S.l.], v. 21, n. 2, p. 71-77, 2000.

- LUZ MT. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. **Physis** [online], v. 15, supl., p. 145-176, 2005.
- LUZ, N. et al. **A fitoterapia no SUS e o programa de pesquisas de plantas medicinais da CEME**. Brasília-DF, 2006.
- MATOS, F. J. A. **Plantas medicinais**: guia de seleção e emprego de plantas usadas na fitoterapia no Nordeste do Brasil. 2. ed. Fortaleza: Imprensa Universitária UFC, 2000, 344 p.
- MATOS, F. J. A.; LORENZI, H. **Plantas medicinais no Brasil**: nativas e exóticas. 2. ed. Nova Odessa-SP: Instituto Plantarum, 2008. 544 p.
- MEHRY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. In: MEHRY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 92-112. (Saúde em Debate 145)
- MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A. C. S.; GOMBERG E. **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão: Editora UFS, 2009. p. 29-56.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; UNICEF. Cuidados primários em saúde. In: Conferência Mundial sobre Cuidados Primários, 1979. **Relatório final**. Brasília: Unicef, 1979.
- SCHULZ, V.; HÄNSEL, R.; TYLER, V. E. **Fitoterapia racional**. 4. ed. (1. ed. brasileira). Barueri, SP: Manole, 2002. p. 99-100.
- STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.
- STARFIELD, B.; SHI LY; MACINKO, J. **Contribution of primary care to health systems and health**. New York: Ed. Blackwell Publishing. The Milbank Quarterly, v. 83, n. 3, 2005, p. 457-502.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **General guidelines for methodologies on research and evaluation of traditional medicine**. Geneva: WHO/EDM/TRM, 2000. 74 p.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Tradicional medicine strategy 2002-2005**. Geneve: WHO, 2002. 65p.

Assistência e atenção farmacêutica com plantas medicinais e fitoterapia

5

Angelo Giovani Rodrigues

Benilson Beloti Barreto

José Miguel do Nascimento Júnior

Karen Sarmento Costa

Kátia Regina Torres

Rosane Maria SilvaAlves

A assistência farmacêutica é o conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual quanto coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial, que visa a promover o acesso e o seu uso racional. Esse conjunto de ações envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2004).

Já a atenção farmacêutica é um modelo de prática farmacêutica desenvolvida no contexto da assistência farmacêutica. Compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e corresponsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando a uma farmacoterapia racional e à obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Essa interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades biopsicossociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde (BRASIL, 2004).

Contribui para o uso racional de medicamentos, na medida em que desenvolve um acompanhamento sistemático da terapia medicamentosa utilizada pelo indivíduo, buscando avaliar e garantir a necessidade, a segurança e a efetividade no processo de utilização de medicamentos. Satisfaz as necessidades sociais, ajudando os indivíduos a obter melhores resultados durante a farmacoterapia.

A atenção farmacêutica em fitoterapia exigirá do farmacêutico conhecimento científico, popular e tradicional do uso de plantas medicinais e fitoterápicos, como também das várias formas de uso, de forma a integrar os diferentes saberes, profissionais e usuários, buscando avaliar e garantir a segurança, a eficácia e a efetividade do uso desses recursos terapêuticos.

Com vistas a promover ações junto às equipes da Saúde da Família e aos usuários da rede pública, o profissional farmacêutico, para atuar na assistência farmacêutica em fitoterapia, deverá conhecer as etapas da cadeia produtiva de plantas medicinais e fitoterápicos, as quais envolvem a regulamentação do setor, as diferentes formas de acesso e o uso de plantas medicinais e fitoterápicos. No contexto da assistência farmacêutica, é imprescindível conceituar planta medicinal, fitoterápico e ainda particularizar medicamento fitoterápico:

- Planta medicinal: espécie vegetal, cultivada ou não, utilizada com propósitos terapêuticos (BRASIL, 2009);
- Fitoterápico: produto obtido da planta medicinal, ou de seus derivados, exceto substâncias isoladas, com finalidade profilática, curativa ou paliativa (BRASIL, 2009);
- Medicamento fitoterápico: todo medicamento obtido empregando-se exclusivamente matérias-primas ativas vegetais. É caracterizado pelo conhecimento da eficácia e dos riscos de seu uso, assim como pela reprodutibilidade e constância de sua qualidade. A sua eficácia e segurança são validadas por meio de levantamentos etnofarmacológicos de utilização, documentações tecnocientíficas ou evidências clínicas. Não se considera medicamento fitoterápico aquele que, na sua composição, inclua substâncias ativas isoladas, de qualquer origem, nem as associações destas com extratos vegetais (BRASIL, 2010).

5.1 Uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos

A utilização adequada de plantas medicinais na Atenção Primária à Saúde representa um passo importante e mais uma opção medicamentosa a ser destinada à população na tentativa de melhorar sua saúde e qualidade de vida (SILVA et al., 2006). É preciso lembrar, no entanto, que as plantas também possuem uma química que age no corpo promovendo ações. Portanto, afirmar que os conceitos “se é natural não faz mal” ou “se bem não faz, mal também não” atribuídos às plantas medicinais é um equívoco.

O uso racional é o processo que compreende a prescrição apropriada; a disponibilidade oportuna e a preços acessíveis; a dispensação em condições adequadas; e o consumo nas doses indicadas, nos intervalos definidos e no período de tempo indicado de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade (BRASIL, 2001).

Sendo assim, a correta orientação ao paciente sobre o tratamento, com informações sobre dose, posologia e possíveis interações, facilitará a obtenção do uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos. Além do que, a assistência farmacêutica deve seguir todas as etapas de forma adequada para garantir o acesso e redução de custos em relação às plantas medicinais, fitoterápicos e medicamentos fitoterápicos.

A promoção do uso racional de plantas medicinais e de fitoterápicos no SUS requer o desenvolvimento de estratégias de divulgação e informação aos profissionais de saúde, gestores e usuários de conhecimentos básicos sobre plantas medicinais e fitoterápicos. Para tanto, deverão ser desenvolvidas ações de informação e divulgação aos usuários do SUS, por meio de cartazes, cartilhas, folhetos, vídeos, além de identificar, articular e apoiar experiências de educação popular, informação e comunicação em fitoterapia sempre considerando as metodologias participativas e o saber popular.

Para promover o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, é imprescindível a pesquisa em compêndios oficiais/não oficiais, referências científicas da área e informações de usos populares/tradicionais a fim de validar o uso terapêutico de determinada espécie vegetal e/ou medicamento fitoterápico.

5.2 Acesso a plantas medicinais e fitoterápicos

O uso de plantas medicinais e fitoterápicos na assistência à saúde é favorecido pela aceitação da população, derivada da inserção cultural, pela disponibilidade de recursos naturais no país e por políticas públicas – a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde e a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF). Tais políticas estão voltadas à inserção de plantas medicinais e da fitoterapia no SUS, e a última,

voltada também ao desenvolvimento de toda a cadeia produtiva, de modo a garantir qualidade, segurança e eficácia para plantas medicinais e fitoterápicos.

Segundo a PNPIC, as plantas medicinais podem ser oferecidas à população em uma ou mais das seguintes formas:

- In natura (planta fresca) – planta medicinal coletada no momento do uso;
- Seca (droga vegetal) – planta medicinal (ou suas partes) que contenha as substâncias, ou classes de substâncias, responsáveis pela ação terapêutica, após processos de coleta, estabilização, quando aplicável, e secagem, podendo estar na forma íntegra, rasurada, triturada ou pulverizada;
- Fitoterápico manipulado – produzido por farmácia de manipulação própria ou conveniada;
- Fitoterápico industrializado (medicamento fitoterápico) – produzido pela indústria farmacêutica ou por laboratório oficial.

As atividades relacionadas à assistência farmacêutica na implantação do programa de fitoterapia compreendem a pesquisa, o cultivo de plantas medicinais, seu processamento em droga vegetal e a produção de fitoterápicos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização. E, concomitantemente, o uso racional de plantas medicinais, fitoterápicos e medicamentos fitoterápicos, a informação e a comunicação com usuários e profissionais de saúde, além do financiamento.

Nesse sentido, a assistência farmacêutica com plantas medicinais e fitoterápicos em um programa municipal/estadual requer, entre outros:

a) Profissionais de saúde qualificados

É fundamental a composição de uma equipe de trabalho multi e interdisciplinar, identificando aqueles atuantes e qualificados na área de plantas medicinais e fitoterápicos e buscando facilitar/fomentar o intercâmbio entre os diferentes profissionais e áreas do conhecimento.

Toda a equipe de saúde deve ser capacitada e/ou qualificada em plantas medicinais e fitoterápicos, destacando-se aqui a importância da capacitação do profissional farmacêutico para que seja capaz de atuar em todas as fases do ciclo de assistência e atenção farmacêutica.

Com relação ao uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, devem ser promovidos cursos para sensibilização/orientação da população e capacitação de gestores e profissionais de saúde, de acordo com a necessidade de qualificação da equipe.

A qualificação profissional é importante porque pode provocar mudanças nos processos de trabalho, alterando as relações técnicas e sociais entre as práticas hegemônicas e não hegemônicas, como a fitoterapia, na busca da integralidade, humanização da atenção à saúde e efetiva assistência farmacêutica. Portanto, uma importante estratégia para a qualificação dos profissionais de saúde é a educação permanente.

b) Definição da relação de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos

As relações de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos devem ser elaboradas com o objetivo de orientar gestores e profissionais de saúde sobre as espécies de plantas medicinais e fitoterápicos a serem disponibilizados pelo Sistema, de forma a garantir produtos seguros e eficazes. Elas devem ser acompanhadas de mementos e formulários terapêuticos e monografias que irão orientar os profissionais de saúde na formulação e prescrição.

A relação de plantas medicinais e a relação de medicamentos fitoterápicos são instrumentos distintos e, portanto, devem ser analisados distintamente, considerando-se os saberes populares/tradicionais e científicos com o objetivo de selecionar aqueles que oferecem segurança e efetividade.

A relação de plantas medicinais trata-se de uma lista positiva com espécies vegetais que podem ser utilizadas na forma in natura, seca (droga vegetal) ou como fitoterápico manipulado, e estas demandam adaptação da espécie e produção local de matéria-prima. Enquanto que a relação de medicamentos fitoterápicos é composta por medicamentos com registro na Anvisa.

Com o objetivo de consolidar as relações nacionais de plantas medicinais e de medicamentos fitoterápicos, o Ministério da Saúde constituiu a Comissão Técnica e Multidisciplinar de Elaboração e Atualização da Relação Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos(Comafito), por meio da Portaria nº 1.102/GM/MS, de 12 de maio de 2010. Coordenada pelo Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, conta com representantes do Ministério da Saúde (Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos: Departamentos de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, do Complexo Industrial e Inovação em Saúde e de Ciência e Tecnologia; Secretaria de Atenção à Saúde; Secretaria Executiva; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária; Farmacopeia Brasileira), de uma sociedade científica e de cinco universidades.

Em 2011, com a publicação da Lei nº 12.401/11 que altera a Lei nº 8.080/90, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do SUS e do Decreto 7.508/11 que regulamenta a Lei nº 8.080/90, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, todas as atividades antes desempenhadas pelas comissões de elaboração e atualização da relação de medicamentos, a partir de então, são atribuições da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS.

Municípios como Rio de Janeiro, Fortaleza, Distrito Federal, entre outros, possuem seus programas de fitoterapia estruturados há muitos anos e, portanto, apresentam seus elencos de plantas medicinais e fitoterápicos, acompanhados de mementos terapêuticos, para orientação de profissionais de saúde no uso racional desses produtos.

As plantas medicinais e os medicamentos fitoterápicos constantes na Rename, assim como do Formulário Terapêutico Nacional de Medicamentos Fitoterápicos, do Formulário Fitoterápico da Farmacopeia Brasileira e do Memento Terapêutico de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, e ainda das monografias de espécies medicinais, atualmente em fase de revisão/elaboração, irão facilitar a elaboração das relações estaduais e municipais, visto que as relações nacionais contemplarão ou deverão contemplar espécies nativas e adaptadas de várias regiões/biomas.

Diante disso, na iminência da consolidação das relações nacionais, de posse de experiências estaduais/municipais, elaborou-se uma proposta de passo a passo para a seleção do elenco de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos a ser utilizado nos programas de fitoterapia, considerando que o ponto de partida devem ser essas relações nacionais, mas que é imprescindível uma relação municipal/estadual, considerando as peculiaridades locais.

Passo a passo na seleção do elenco de plantas medicinais e fitoterápicos:

Para selecionar o elenco de plantas medicinais, fitoterápicos e medicamentos fitoterápicos, recomenda-se a:

- 1) Seleção de profissionais para constituição de grupo de trabalho com representação das áreas de conhecimento que envolvam a cadeia produtiva de plantas medicinais e fitoterápicos, contemplando, no mínimo, profissionais das áreas agrônoma, farmacêutica e médica, e outras áreas de saúde quando for o caso.
- 2) Instituição do grupo de trabalho.
- 3) Definição da metodologia/estratégia de trabalho. Neste item é imprescindível a definição das atribuições/responsabilidades de cada integrante/participante do grupo e de critérios de inclusão/exclusão que deverão levar em conta a identificação da espécie vegetal (confirmação dos nomes científicos, famílias e sinônimos botânicos), as informações agrônomicas e os critérios de segurança e eficácia.

Para inclusão na lista de plantas medicinais, recomenda-se priorizar espécies:

- Que podem ser cultivadas no local/região;
- De uso popular/tradicional na região;
- Com normas técnicas de cultivo estabelecidas (validadas) ou normas de manejo/extrativismo sustentável;
- Com potencial de disponibilidade ou produção adequada à demanda;
- De plantas medicinais das relações nacionais (ex.: RENAME, Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS) do Ministério da Saúde;
- De plantas medicinais indicadas para enfermidades de interesse em saúde pública, prioritariamente na atenção básica;
- Que possuam estudos de validação do uso (etnofarmacologia, toxicologia, fitoquímica, entre outros) e que estejam em monografias de publicações reconhecidas;
- De plantas medicinais constantes em normas/regulamentos da Anvisa;
- De plantas medicinais dos medicamentos fitoterápicos registrados na Anvisa;
- De plantas medicinais que já têm medicamentos fitoterápicos comercializados no Brasil.

Para inclusão no elenco de medicamentos fitoterápicos, é necessário, principalmente, que haja registro do produto na Anvisa e disponibilidade no mercado para atender à demanda. Entre os critérios de inclusão/exclusão na lista de fitoterápicos, recomenda-se priorizar aqueles que são:

- Indicados para enfermidades de interesse em saúde pública, prioritariamente na atenção básica;
- Oriundos da lista de plantas municipal/estadual/nacional;
- Oriundos da lista de registro simplificado da Anvisa;
- Oriundos da lista de plantas da Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS;
- Da Relação Nacional de Medicamentos - RENAME;
- Comercializados no Brasil;
- Do elenco de referência de medicamentos e insumos complementares para a assistência farmacêutica na atenção básica em saúde (Portaria do Ministério da Saúde).

4) Definição das referências e bases de dados a serem consultadas.

5) Elaboração/definição de um roteiro/formulário de análise de informações: deverá abranger informações relativas à espécie vegetal referente à identificação/informações botânicas, agronômicas e de segurança e eficácia, contemplando usos populares/tradicionais, ensaios pré-clínicos (toxicológicos e farmacológicos) e clínicos.

6) Levantamento e identificação das necessidades epidemiológicas da população (identificar as demandas de plantas medicinais e de fitoterápicos a partir das necessidades epidemiológicas da população – diagnóstico situacional).

7) Levantamento e identificação das espécies vegetais utilizadas pela população local, informando as formas farmacêuticas e indicações de uso.

8) Levantamento e identificação das espécies cultiváveis ou passíveis de cultivo no município/Estado.

c) Memento Terapêutico de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, Formulário Terapêutico Nacional de Medicamentos Fitoterápicos e Formulário Fitoterápico da Farmacopeia Brasileira

O Formulário Terapêutico Nacional - FTN acompanhará a RENAME e subsidiará a prescrição, a dispensação e o uso dos seus medicamentos.

Em novembro de 2011, foi publicado o Formulário Fitoterápico da Farmacopeia Brasileira, que contém formulações magistrais para assessorar as farmácias de manipulação e as Farmácias Vivas. Encontra-se em fase de elaboração o Memento Terapêutico de Plantas Medicinais e Fitoterápicos que contemplará informações técnico-científicas para orientar prescritores e demais profissionais de saúde.

No caso de o município/Estado utilizar outras plantas medicinais e fitoterápicos, suas informações técnico-científicas mais importantes e atualizadas devem ser selecionadas e disponibilizadas para os profissionais de saúde envolvidos.

d) Definição das formas de acesso a plantas medicinais e fitoterápicos

A definição da forma de acesso deve considerar a necessidade de infraestrutura, de atendimento às exigências sanitárias, de recursos humanos e financeiros a serem disponibilizados, à demanda, capacidade e expertise do município em plantas medicinais e fitoterápicos.

• PLANTA MEDICINAL FRESCA (IN NATURA)

A planta medicinal fresca (in natura) é aquela coletada no momento de uso (BRASIL, 2006), oriunda de hortos, frutos de parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde e órgãos ligados ao cultivo de plantas medicinais, como universidades, Secretarias Municipais de Agricultura, para que haja acompanhamento de profissionais da área agrônômica na elaboração e implantação dessa etapa do projeto.

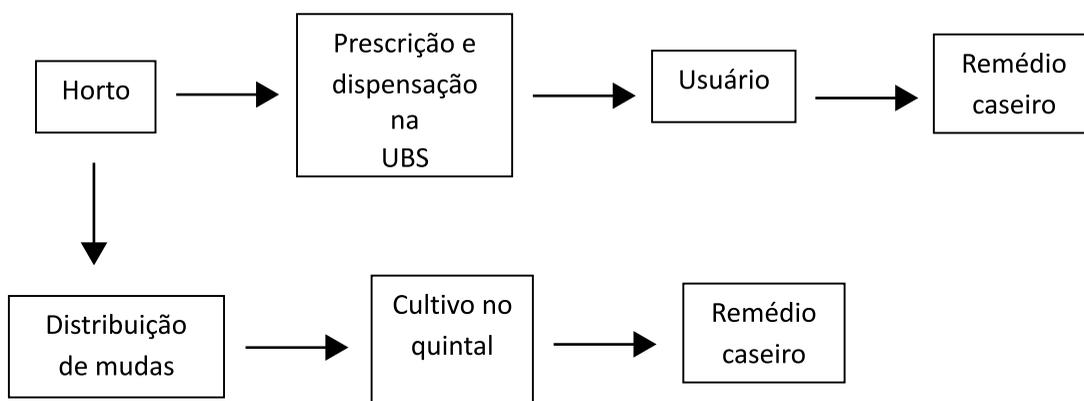
Os hortos devem atender às boas práticas de cultivo, preservando a qualidade do ar, do solo e da água, para a produção de matéria-prima de qualidade. As espécies cultivadas, sejam nativas ou exóticas, podem ser aquelas oriundas da relação de plantas medicinais nacional, estadual ou municipal, ou aquelas de amplo conhecimento das pessoas no local e que tenham seus usos validados. É recomendável iniciar o programa com número reduzido de espécies, com mudas oriundas de instituições de ensino/pesquisa, para maior segurança dos usuários.

Além de fonte de planta fresca para dispensação nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), sob prescrição de profissionais de saúde, os hortos podem produzir mudas para plantio nos quintais da comunidade, sendo que, nesse caso, ela deve ser orientada para o preparo de remédios caseiros.

Outra função importante para os hortos de plantas medicinais é o suporte para ações de educação popular, educação permanente para profissionais de saúde e outras ações para promoção da saúde.

• PLANTA MEDICINAL CULTIVADA E DISPONIBILIZADA NA FORMA FRESCA (in natura)

Figura 1 – Esquema para planta medicinal cultivada e disponibilizada na forma fresca (in natura).



Fonte: Ministério da Saúde, 2011.

- PLANTA SECA (DROGA VEGETAL)

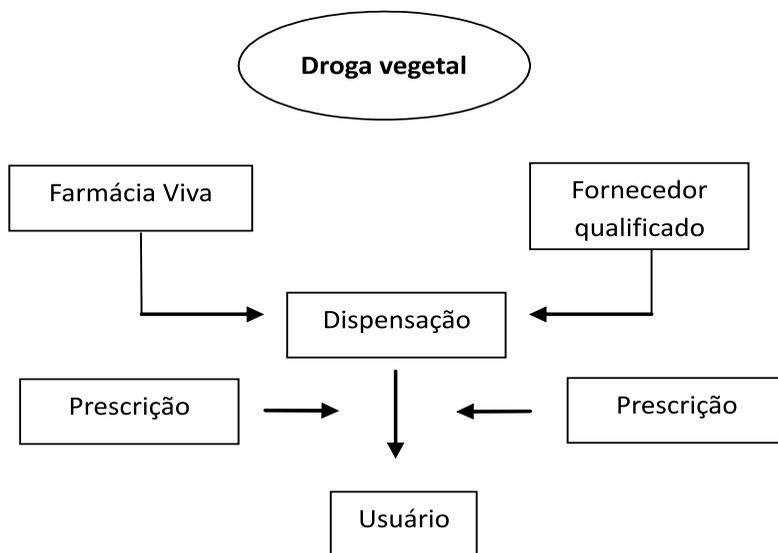
Droga vegetal é a planta medicinal (ou suas partes) que contenha as substâncias, ou classes de substâncias, responsáveis pela ação terapêutica, após processos de coleta ou colheita, estabilização, secagem, podendo ser íntegra, rasurada ou triturada (Brasil, 2010).

80

A matéria-prima vegetal utilizada deve ser processada de acordo com as boas práticas, oriunda de hortos/hortas oficiais e/ou de produtores com alvará ou licença de órgãos competentes para tal. Para o processamento da planta medicinal, é necessária infraestrutura adequada, de acordo com as exigências sanitárias.

A droga vegetal pode ser processada na Farmácia Viva ou adquirida de fornecedores qualificados.

Figura 2 – Esquema para planta medicinal dispensada na forma de droga vegetal.



Fonte: Ministério da Saúde, 2011.

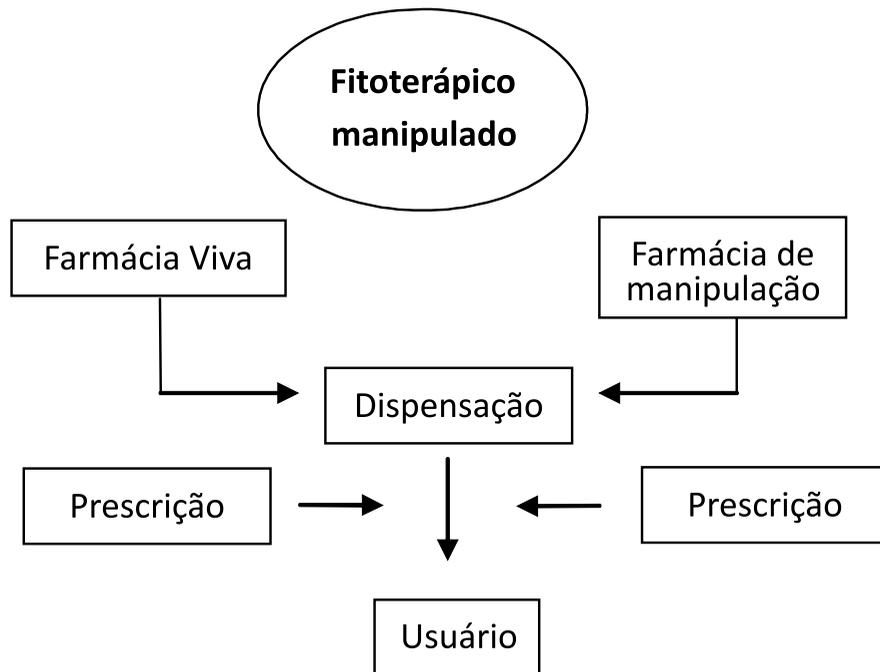
- FITOTERÁPICO MANIPULADO

Os fitoterápicos são manipulados por intermédio de farmácias públicas, inclusive Farmácias Vivas, ou por farmácias privadas conveniadas, de acordo com a legislação vigente.

Os fitoterápicos manipulados devem atender aos requisitos de boas práticas de manipulação, de acordo com as exigências sanitárias.

A matéria-prima vegetal, utilizada na manipulação do fitoterápico, deve ser processada de acordo com as boas práticas, oriunda de hortos/hortas oficiais e/ou de produtores com alvará ou licença de órgão competente para tal. Enquanto que os derivados vegetais devem ser processados de acordo com as boas práticas de fabricação, oriundos de fornecedores com alvará ou licença de órgão competente para tal.

Figura 3 – Esquema para planta medicinal dispensada na forma de fitoterápico manipulado.

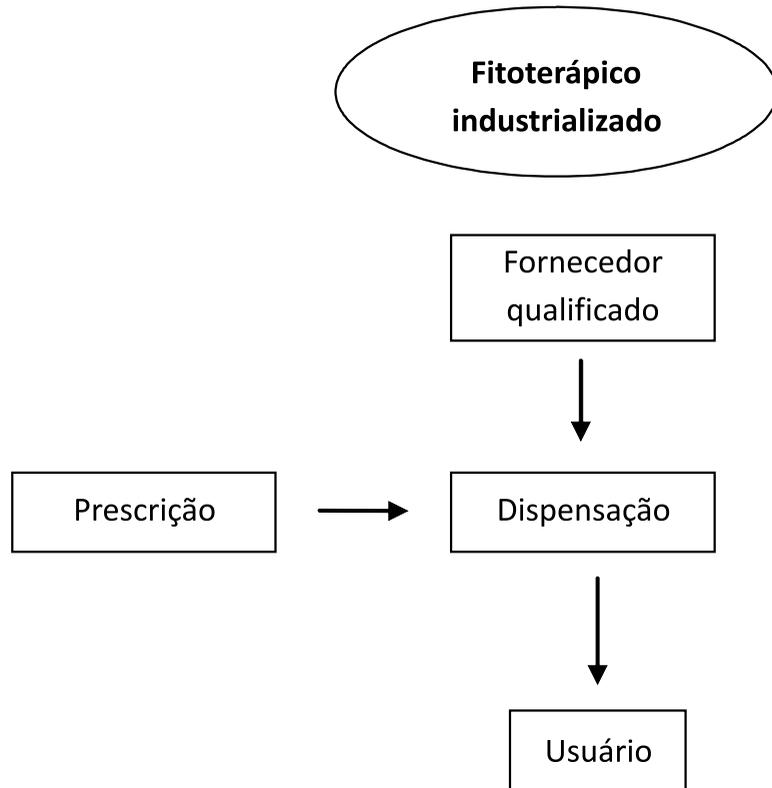


Fonte: Ministério da Saúde, 2011.

- FITOTERÁPICO INDUSTRIALIZADO

Os medicamentos fitoterápicos são “aqueles obtidos com emprego exclusivo de matérias-primas ativas vegetais, cuja eficácia e segurança são validadas por meio de levantamentos etnofarmacológicos, de utilização, documentações tecnocientíficas ou evidências clínicas. São caracterizados pelo conhecimento da eficácia e dos riscos de seu uso, assim como pela reprodutibilidade e constância de sua qualidade” (RDC nº 14/2010). Eles são produzidos por indústrias farmacêuticas e/ou laboratórios oficiais e somente podem ser adquiridos de fornecedores qualificados, de acordo com as normas do SUS.

Figura 4 – Esquema para planta medicinal dispensada na forma de fitoterápico industrializado.



Fonte: Ministério da Saúde, 2011.

Com vistas a ampliar o acesso a esses medicamentos no SUS, em razão das demandas das políticas e programas nacionais, o Ministério da Saúde, após pactuação com os Estados e municípios, incluiu no Elenco de Referência da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica (Portaria nº 4.217/GM/MS, de 29/12/2010, que aprova as normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, e revoga a Portaria nº 2982/GM/MS, de 26/11/09) oito medicamentos fitoterápicos, além dos produtos da farmacopeia homeopática brasileira, todos passíveis de financiamento com recursos tripartite. São eles: alcachofra (*Cynara scolymus*); aroeira (*Schinus terebinthifolius*); cáscara-sagrada (*Rhamnus purshiana*); espinheira-santa (*Maytenus ilicifolia*); garra-do-diabo (*Harpagophytum procumbens*); guaco (*Mikania glomerata*); isoflavona de soja (*Glycine max*); unha-de-gato (*Uncaria tomentosa*) (Quadro 1).

Em 28 de março de 2012, o Ministério da Saúde publicou a Portaria MS/GM nº 533, que estabelece o elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME. A RENAME/2012 foi elaborada a partir das definições do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 e estruturada de acordo com a Resolução nº 1/CIT, de 17 de janeiro de 2012. Doze medicamentos fitoterápicos estão contemplados na RENAME, incluindo os oito anteriormente citados (Quadro 01).

Quadro 1 – Nome popular/científico, indicação/ação e apresentação dos fitoterápicos da Relação Nacional de Medicamentos. Brasília, 2012.

Nome popular/Nome científico	Indicação/ação	Apresentação
Alcachofra (<i>Cynara scolymus</i> L.)	Tratamento dos sintomas de dispepsia funcional (síndrome do desconforto pós-prandial) e de hipercolesterolemia leve a moderada. Apresenta ação colagoga e colerética	cápsula, comprimido, drágea, solução oral e tintura
Aroeira (<i>Schinus terebinthifolius</i> Raddi)	Apresenta ação cicatrizante, anti-inflamatória e anti-séptica tópica, para uso ginecológico.	gel e óvulo
Babosa (<i>Aloe vera</i> (L.) Burm. F.)	Tratamento tópico de queimaduras de 1º e 2º grau e como coadjuvante nos casos de Psoríase vulgaris	creme
Cáscara-sagrada (<i>Rhamnus purshiana</i> DC.)	Coadjuvante nos casos de obstipação intestinal eventual	cápsula e tintura
Espinheira-santa (<i>Maytenus officinalis</i> Mabb.)	Coadjuvante no tratamento de gastrite e úlcera gastroduodenal e sintomas dispepsia	cápsula, emulsão, solução oral e tintura
Guaco (<i>Mikania glomerata</i> Spreng.)	Apresenta ação expectorante e broncodilatadora	cápsula, solução, oral, tintura e xarope
Garra-do-diabo (<i>Harpagophytum procumbens</i>)	Tratamento da dor lombar baixa aguda e como coadjuvante nos casos de osteoartrite. Apresenta ação antiinflamatória	cápsula, comprimido
Hortelã (<i>Mentha x piperita</i> L.)	Tratamento da síndrome do cólon irritável. Apresenta ação antiflatulenta e antiespasmódica	cápsula
Isoflavona-de-soja (<i>Glycine max</i> (L.) Merr.)	Coadjuvante no alívio dos sintomas do climatério	cápsula e comprimido
Plantago (<i>Plantago ovata</i> Forssk.)	Coadjuvante nos casos de obstipação intestinal habitual. Tratamento da síndrome do cólon irritável	pó para dispersão oral
Salgueiro (<i>Salix alba</i> L.)	Tratamento de dor lombar baixa aguda. Apresenta ação antiinflamatória	comprimido
Unha-de-gato (<i>Uncaria tomentosa</i> (Willd. ex Roem. & Schult.))	Coadjuvante nos casos de artrites e osteoartrite. Apresenta ação antiinflamatória e imunomoduladora	cápsula, comprimido e gel

Fonte: Portaria MS/GM nº 533, de 28 de março de 2012, que estabelece o elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, Ministério da Saúde, 2012. .

continuação

Para dispensação no SUS, os medicamentos devem ser pactuados pelos gestores nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) para, posteriormente, os recursos serem transferidos do Fundo Nacional de Saúde diretamente ao Fundo Municipal de Saúde ou ao Fundo Estadual de Saúde, conforme acordo entre os gestores estaduais e municipais na CIB. Além disso, é essencial que os profissionais de saúde prescritores sejam qualificados para inserção destes e outros fitoterápicos no seu elenco de prescrição.

84

No *site* <www.saude.gov.br/medicamentos>, na área de Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, podem ser encontradas orientações sobre aquisição e qualificação de fornecedores de drogas vegetais e de fitoterápicos.

Referências

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004**. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília-DF, 20 de maio de 2004. Seção 1, p. 52.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Medicamentos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/medicamentos>>. Acesso em: 26 jun. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS nº 4.217, de 29 de dezembro de 2010**. Aprova as normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica. Brasília, Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.982/GM, de 26 de novembro de 2009**. Aprova as normas de execução e de financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/101557-2982>>. Acesso em: 7 out. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 971/GM, de 3 de maio de 2006**. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portariafito.pdf>>. Acesso em: 7 out. 2011

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 886/GM, de 20 de abril de 2010**. Institui a Farmácia Viva no SUS. Disponível em: <<http://brasilsus.com.br/legislacoes/gm/103778-886?q=>>. Acesso em: 7 out. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 136 p.

_____. **Portaria Interministerial nº 2.960, de 9 de dezembro de 2008**. Aprova o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e cria o Comitê Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/pri2960_09_12_2008.html>. Acesso em: 7 out. 2011.

_____. Presidência da República. **Decreto nº 5.813, de 22 de junho de 2006**. Aprova a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portariafito.pdf>>. Acesso em: 7 out. 2011.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004**. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/resol_cns338.pdf>. Acesso em: 7 out. 2011.

RATES, S. M. K. Promoção do uso racional de fitoterápicos: uma abordagem no ensino de farmacognosia. **Revista Brasileira de Farmacognosia**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 57-69, 2001.

SIMÕES, C. M. O. et al. **Plantas da medicina popular no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: UFRG, 1988. 173 p.

SILVA, M. I. G. et al. Utilização de fitoterápicos nas unidades básicas de atenção à Saúde da Família no município de Maracanaú (CE). **Revista Brasileira de Farmacognosia**, São Paulo, v. 16, n. 4, p. 455-462, 2006.

Plantas medicinais e fitoterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)

6

Rosani Pagani

Gustavo Tenório Cunha

Teresa Martins

Adriana Miranda de Castro

Olga Vânia Matoso de Oliveira

Guilherme Nabuco Machado

Dirceu Klitzke

A Atenção Primária à Saúde/Saúde da Família caracteriza-se como a porta de entrada prioritária de um sistema de saúde hierarquizado e regionalizado, o que vem provocando importante movimento de reorientação do modelo de atenção à saúde no SUS. Visando a apoiar a inserção da Estratégia Saúde da Família (ESF) na rede de serviços e ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção primária, bem como sua resolutividade, o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em 2008, atualizado por meio da Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

O NASF deve ser constituído por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuarem em conjunto com os profissionais das equipes de Saúde da Família e/ou equipes de atenção básica para populações específicas e/ou Academia da Saúde, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes no qual o NASF está inserido.

Existem duas modalidades de NASF: o NASF 1, que deverá ser composto por uma equipe multiprofissional, de nível superior, vinculada a oito a 15 equipes de Saúde da Família e/ou equipes de atenção básica para populações específicas; e o NASF 2, que deverá ser composto por uma equipe multiprofissional de nível superior vinculada a no mínimo três e no máximo sete equipes de SF e/ou equipes de atenção básica para populações específicas. Fica vedada a implantação das duas modalidades de forma concomitante nos municípios e no Distrito Federal.

Poderão compor os NASF 1 e 2 as seguintes ocupações do CBO:

Médico acupunturista; assistente social, profissional/professor de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista/obstetra, médico homeopata, nutricionista, médico pediatra, psicólogo, médico psiquiatra, terapeuta ocupacional, médico geriatra, médico internista (clínica médica), médico do trabalho, médico veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitária.

A definição dos profissionais que irão compor a equipe dos NASF é de responsabilidade dos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações.

O NASF tem como responsabilidade central atuar e reforçar nove diretrizes na atenção à saúde, a saber: a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, a educação popular, o território, a integralidade, o controle social, a educação permanente em saúde, a promoção da saúde e a humanização.

6.1 Processo de trabalho e as ferramentas do NASF (BRASIL, 2009)

90

O processo de trabalho dos NASF, nos territórios de sua responsabilidade, deve ser estruturado priorizando:

(a) Ações clínicas compartilhadas para uma intervenção interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para ambos os profissionais envolvidos. Com ênfase em estudo e discussão de casos e situações, realização de projeto terapêutico singular, orientações, bem como consulta conjunta (criando espaços de reuniões, atendimento, apoio por telefone, e-mail etc.);

(b) Intervenções especiais do profissional do NASF com os usuários e/ou famílias, com discussão e negociação *a priori* com os profissionais da equipe de SF e/ou equipes de atenção básica para populações específicas responsáveis pelo caso, de forma que o atendimento individualizado pelo NASF se dê apenas em situações extremamente necessárias. E, quando ocorrer, continuar mantendo contato com a equipe de SF e/ou equipes de atenção básica que não se descomprometeria com o caso, ao contrário, procuraria redefinir um padrão de seguimento complementar e compatível ao cuidado oferecido pelo NASF diretamente ao usuário, ou à família ou à comunidade;

(c) Ações compartilhadas nos territórios de sua responsabilidade, desenvolvidas de forma articulada com as equipes de SF e/ou equipes de atenção básica para populações específicas e outros setores. Por exemplo, o desenvolvimento do projeto de saúde no território, planejamentos, apoio aos grupos, trabalhos educativos, de inclusão social, enfrentamento da violência, ações junto aos equipamentos públicos (escolas, creches, igrejas, pastorais etc).

Para a organização e o desenvolvimento do processo de trabalho do NASF, algumas ferramentas podem ser enumeradas, das quais são exemplos: Apoio Matricial, a Clínica Ampliada, o Projeto Terapêutico Singular (PTS), o Projeto de Saúde no Território (PST) e Pactuação do Apoio. A seguir, descrevem-se sucintamente as ferramentas (BRASIL, 2009):

Apoio Matricial: arranjo tecnicoassistencial que visa à ampliação da clínica das equipes de SF e/ou equipes de atenção básica para populações específicas, desviando a lógica de encaminhamentos indiscriminados para uma lógica de corresponsabilização, pretendendo maior resolutividade em saúde (FIGUEREDO, M.). Os profissionais irão compartilhar sua prática e os seus saberes, para que as equipes sejam capazes de resolver os problemas mais comuns. O Apoio tem duas dimensões:

- Dimensão assistencial: que vai demandar uma ação clínica direta com os usuários;
- Dimensão técnico-pedagógica: que vai demandar uma ação e apoio educativo com e para a equipe.

Projeto Terapêutico Singular: conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas para um sujeito individual ou coletivo. Resulta da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar e usuário, com apoio matricial se necessário. Podendo ser estruturado por meio dos momentos de: diagnóstico, definição de metas, responsáveis, avaliação.

Projeto de Saúde no Território: estratégia das equipes de referência (equipe de SF e/ou equipes de atenção básica para populações específicas) e de apoio (NASF) para desenvolver ações na produção da saúde no território que tenham foco na articulação dos serviços de saúde com outros serviços e políticas, de forma a investir na qualidade de vida e na autonomia de sujeitos e comunidades.

Clínica Ampliada: tomar a saúde como seu objeto, considerando o risco do sujeito em seu contexto.

- Tem como objetivo produzir saúde e ampliar o grau de autonomia das pessoas, realizar a avaliação diagnóstica, considerando não só o saber clínico, mas também o contexto singular do sujeito, e definir a intervenção terapêutica, considerando a complexidade biopsíquicosocial das demandas de saúde. (PNH/MS)

Pactuação do Apoio, em duas dimensões:

- Construção do Projeto do NASF em conjunto com os gestores, equipe de SF e/ou equipes de atenção básica para populações específicas e controle social:
 - Avaliação conjunta das necessidades de saúde daquele território;
 - Composição da equipe do NASF (conhecimento do perfil epidemiológico da população; estudos de prevalência dos problemas de cada área de atuação);
- Apoio e espaços formativos para a implantação e aproximação com os conceitos e formas de trabalho dessa “nova” tecnologia. Pactuação do processo de trabalho do NASF entre gestores, conselho local, equipe de SF e/ou equipes de atenção básica para populações específicas e NASF:
 - É necessário que os profissionais assumam sua responsabilidade na cogestão e os gestores coordenem esse processo.

A equipe do NASF e as equipes de Saúde da Família e/ou equipes de atenção básica para populações específicas criarão espaços de discussões para gestão e constituição de uma rede de cuidados. Por exemplo, reuniões e atendimentos conjuntos constituindo processo de aprendizado coletivo. Dessa maneira, o NASF não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas apoio às equipes de SF e/ou equipes de atenção básica para populações específicas, e tem como eixos a responsabilização, a gestão compartilhada e o apoio à coordenação.

Dentro de tal perspectiva, o NASF busca superar a lógica fragmentada da saúde para a construção de redes de atenção e cuidado de forma corresponsabilizada com a ESF e/ou equipes de atenção básica para populações específicas. Sua implantação implica, portanto, a necessidade de estabelecer espaços rotineiros de reunião, o que incluiria discussão de casos, planejamento de ações, estabelecimento de contratos, definição de objetivos, critérios de prioridade, critérios de encaminhamento ou compartilhamento de casos, critérios de avaliação, resolução de conflitos etc. Tudo isso não acontece automaticamente, tornando-se necessário que os profissionais, tanto do NASF como das equipes de Saúde da Família e/ou equipes de atenção básica para populações específicas, assumam sua responsabilidade na cogestão da saúde e os gestores coordenem esse processo, em constante construção.

Podem então ser estabelecidos como pontos de síntese na missão do NASF os seguintes aspectos:

- a) O NASF não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas apoia as equipes de Saúde da Família e/ou equipes de atenção básica para populações específicas;
- b) Vincula-se a um número de equipes de Saúde da Família e/ou equipes de atenção básica para populações específicas, em territórios definidos, conforme sua classificação;
- c) A equipe do NASF e as equipes de Saúde da Família e/ou equipes de atenção básica para populações específicas criarão espaços de discussões para gestão do cuidado: reuniões e atendimentos compartilhados constituindo processo de aprendizado coletivo;
- d) O NASF deve ter como eixos de trabalho a responsabilização, gestão compartilhada e apoio à coordenação do cuidado, que se pretende pela Saúde da Família.

As intervenções do NASF são pautadas por nove áreas estratégicas, entre elas, as Práticas Integrativas e Complementares (PICs), contempladas na PNPIC. Nesse sentido, o propósito de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica com ampliação das categorias profissionais, por meio do NASF, vem ao encontro às ações em plantas medicinais e fitoterapia, que demandam equipe multidisciplinar nas diversas áreas de conhecimento da cadeia produtiva de plantas medicinais e fitoterápicos. A fitoterapia pode ser trabalhada pelos diferentes profissionais com enfoques variados, onde os olhares se somam, multiplicando suas aplicações e benefícios. É uma prática que incentiva o desenvolvimento comunitário, a solidariedade e a participação social.

As plantas medicinais e seus derivados vêm, há muito, sendo utilizados pela população nos seus cuidados com a saúde, seja pelo conhecimento tradicional na medicina tradicional indígena, quilombola, entre outros povos e comunidades tradicionais; seja pelo uso popular na medicina popular, de transmissão oral entre gerações; ou nos sistemas oficiais de saúde, como prática de cunho científico, orientada pelos princípios e diretrizes do SUS. Nesse sentido, a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o NASF são fortalecidos ao se adotar e/ou estimular as plantas medicinais e a fitoterapia como uma de suas práticas de cuidado. Valorizar um recurso terapêutico amplamente utilizado e conhecido pela população, diminuindo as barreiras que muitas vezes afastam serviços de saúde e seus usuários. Usando linguagem que é comum a ambos, é estabelecido diálogo com mais facilidade, horizontalizando as relações.

A portaria que institui o NASF traz orientações quanto às atividades a serem desenvolvidas por todos os profissionais, destacando aqui as seguintes:

- Identificar, em conjunto com as equipe de SF e/ou equipes de atenção básica para populações específicas e a comunidade, as atividades, ações e práticas a serem desenvolvidas;
- Atuar, de forma integrada e planejada, nas ações e atividades desenvolvidas pelas equipes de SF e/ou equipes de atenção básica para populações específicas;

- Desenvolver coletivamente ações que se integrem a outras políticas sociais (educação, esporte, trabalho etc.);
- Promover a gestão integrada e a participação dos usuários nas decisões, por meio de organização participativa;
- Elaborar estratégias de comunicação para divulgação e sensibilização das atividades dos NASF (cartazes, jornais, informativos, eventos etc.);

Ressalta-se que a portaria destaca as ações das Práticas Integrativas e Complementares, nelas incluídas as plantas medicinais e fitoterapia, como:

- Desenvolver ações individuais e coletivas relativas às Práticas Integrativas e Complementares;
- Veicular informações que visem à prevenção, à minimização dos riscos e à proteção à vulnerabilidade, buscando a produção do autocuidado;
- Incentivar a criação de espaços de inclusão social, com ações que ampliem o sentimento de pertinência social nas comunidades, por meio das ações individuais e coletivas referentes às Práticas Integrativas e Complementares;
- Proporcionar educação permanente em Práticas Integrativas e Complementares, juntamente com as equipes de SF e/ou equipes de atenção básica para populações específicas, sob a forma da coparticipação, acompanhamento supervisionado, discussão de caso e demais metodologias da aprendizagem em serviço, dentro de um processo de educação permanente;
- Identificar profissionais e/ou membros da comunidade com potencial para o desenvolvimento do trabalho educativo em Práticas Integrativas e Complementares, em conjunto com as eSF e/ou equipes de atenção básica para populações específicas;
- Capacitar os profissionais, inclusive os agentes comunitários de saúde (ACS), para atuarem como facilitadores/monitores no processo de divulgação e educação em saúde referente às Práticas Integrativas e Complementares;
- Promover ações ligadas às Práticas Integrativas e Complementares em locais do território como: salões comunitários, escolas, praças e outros espaços que comportem a ação planejada (BRASIL, 2009).

No desenvolvimento dessas e outras atividades, a equipe promove revitalização e valorização do conhecimento popular/tradicional do uso medicinal das plantas pelas comunidades, melhorando os cuidados com a saúde com essa prática e aumentando a autoestima dos indivíduos

e do coletivo. Além disso, a comunidade estreita laços com as equipes de saúde do seu território para trocas de experiências com o uso de plantas medicinais e promove maior envolvimento do usuário em seu tratamento, estimulando sua autonomia e corresponsabilização.

94 Ressalta-se a importância de todos os profissionais do NASF, nas ações de promoção do uso racional das plantas medicinais e fitoterápicos, na perspectiva do acesso a produtos e serviços de qualidade, seguros e eficazes. Nesse grupo de profissionais, cabe destacar o papel do farmacêutico no planejamento e desenvolvimento das ações e dos serviços de fitoterapia, além de sua atuação em todas as fases do ciclo da assistência farmacêutica, na atenção farmacêutica e na promoção do uso racional das plantas medicinais e fitoterápicos.

Cabe destacar também o papel do nutricionista nas ações de alimentação e nutrição, requisitos básicos para a promoção e a proteção da saúde, possibilitando a afirmação plena do potencial de crescimento e desenvolvimento humano, com qualidade de vida e cidadania. Considerando as ferramentas tecnológicas de trabalho no NASF, o nutricionista deve organizar a atenção alimentar e nutricional construindo em conjunto com as equipes de Saúde da Família um planejamento com base nas necessidades locais. Em relação às Práticas Integrativas e Complementares, em especial a fitoterapia, cabe, entre outros, implementar ações de alimentação e nutrição, inclusive aquelas relacionadas ao uso de plantas medicinais e suas preparações, considerando a realidade e singularidade sociocultural e epidemiológica das populações; atuar junto à equipe multiprofissional na promoção do uso correto e racional de plantas medicinais e fitoterápicos; difundir a implantação de hortas com plantas medicinais e hortaliças usuais associadas à alimentação sustentável, com base em produção agroecológica, além de promover educação continuada dos ACS contemplando temas de alimentação, nutrição e plantas medicinais.

Portanto, o uso das plantas medicinais/fitoterapia, quando instituído na Saúde da Família e/ou nas equipes de atenção básica para populações específicas, com destaque para o NASF, torna-se campo fértil para o desenvolvimento de suas potencialidades de forma multiprofissional e abre um leque de possibilidades e vantagens, como a aproximação dos trabalhadores da saúde com a comunidade, tornando a relação entre eles mais horizontal; amplia as ofertas de cuidado, favorecendo a integralidade em saúde; e amplia o diálogo entre as equipes de saúde e comunidade, fomentando o protagonismo dos sujeitos. Como recurso terapêutico adicional, aumenta a capacidade resolutiva e as ofertas de cuidado do serviço, permitindo substituir, como também diminuir, o abuso e dependência de algumas medicações.

Referências

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; FONSECA, C. D. A Estratégia Saúde da Família. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2004.

AYRES J. R. C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 117-140.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica de Diretrizes do NASF**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 160 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica; n. 27, versão preliminar).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: PNPIC: atitude de ampliação de acesso**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Credencia municípios conforme quantitativo e modalidade definidos, para receber o incentivo financeiro aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf>. Acesso em: 7 out. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 68 p. (Série E. Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v.4).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 52 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 7).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes do NASF**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009 (Caderno de Atenção Básica).

CAMPOS, G. W.S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.

_____. **Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas**. Campinas: Departamento de Medicina Preventiva e Social da FCM – UNICAMP. No prelo.

_____. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, 1999.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev., 2007.

CARVALHO, S. R.; CUNHA, G.T. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Fiocruz, 2006. v. 170, p. 837-868.

CUNHA, G. T. **A construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica**. São Paulo: ed. Hucitec, 2005.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2001. p. 39-64.

MENDES, E. V. A descentralização do Sistema de Serviços de Saúde no Brasil: novos rumos e um outro olhar sobre o nível local. In: MENDES, E. V. (Org). **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: Hucitec, 1998, p. 17.

MINOZZO, Fabiane et al. Avaliação para a melhoria da qualidade na Estratégia Saúde da Família: reflexões sobre a integralidade do cuidado em saúde. In: Seminário do Projeto Integralidade: Saberes e Práticas no Cotidiano das Instituições de Saúde, 7., 2008, Rio de Janeiro. **Ateliê do cuidado: trabalhos completos**. Roseni Pinheiro; Rubens Araujo de Mattos, (Orgs). Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS: CEPESC: Abrasco, 2008.

OLIVEIRA, G.N. **O projeto terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde**. São Paulo: Hucitec, 2008.

PAGANI, R. **Preceptoria de território: novas práticas e saberes na estratégia de educação permanente em Saúde da Família: o estudo do caso de Sobral-Ceará-Brasil**. Dissertação de Mestrado. 2006.

SALES, I. C.; PAGANI, R. A preceptoria de território na Estratégia Saúde da Família em Sobral (CE). **Sanare: Revista de Políticas Públicas**, Sobral, v. 5, n. 1, Sobral, p. 41-46, 2004.

_____. **A preceptoria de território na Estratégia Saúde da Família em Sobral**. SANARE – 10 Anos da Saúde da Família: 2004 jan./fev./mar.

SANTOS, M. O país distorcido: o Brasil, a globalização e a cidadania. **Publifolha**, São Paulo, 2002. Disponível em: <<http://www.fredericowestphalen.rs.gov.br/html>> Acesso: 9 out. 2008.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

QUEIROZ, Evando de; MACHADO, Guilherme Nabuco. Fitoterapia na Estratégia Saúde da Família e a Política Nacional de Humanização: relato de experiência. In: SEMINÁRIO DE NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO, 2., Brasília, 2009. **[Anais...]**. Brasília, 2009. Disponível em: <http://www.sispnh.com.br/anais/trabalhos/FITOTERAPIA_ESTRAT%C3%89GIA_SA%C3%9ADE_FAM%C3%8DLIA.pdf>. Acesso em: 10 out. 2011.

Farmácias Vivas

7

Marize Girão dos Santos

Said G. C. Fonseca

As Farmácias Vivas foram concebidas há quase três décadas como um projeto da Universidade Federal do Ceará (UFC), a partir dos ideais do professor Dr. Francisco José de Abreu Matos de promover a assistência social farmacêutica às comunidades, baseado nas recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), com ênfase àquelas voltadas aos cuidados primários em saúde, e diante da observação de que boa parte da população do Nordeste do Brasil não tinha acesso aos serviços de saúde, utilizando plantas da flora local como único recurso terapêutico.

A partir de inúmeras expedições percorrendo o interior do Ceará e do Nordeste do Brasil, sempre na companhia do prof. Afrânio Fernandes, botânico, coletando espécies vegetais e informações da sabedoria popular/tradicional sobre suas aplicações na saúde, o professor Matos se dedicou a interpretar e transformar em conhecimento científico o conhecimento empírico que absorvia. O projeto Farmácias Vivas foi criado, então, como forma de devolver a ciência das plantas medicinais para a comunidade, levando-lhe o ensinamento do seu uso correto.

Nesse intenso trabalho de pesquisa etnobotânica, etnofarmacológica, taxonômica, bibliográfica e experimental (ensaios químicos e toxicológicos), foi selecionada mais de uma centena de espécies vegetais medicinais tendo como critérios imprescindíveis o reconhecimento de seu potencial de eficácia terapêutica e segurança de uso, as quais passaram a integrar o elenco do projeto Farmácias Vivas.

Após a sua criação no Estado do Ceará, tornou-se referência para o Nordeste brasileiro e, posteriormente, para todo o País (MALTA; DINIZ; OLIVEIRA, 1999).

Atualmente, reconhece-se que as plantas medicinais fortalecem a relação dos profissionais de saúde com os usuários do SUS, tendo sido implantados vários programas Farmácias Vivas no Brasil, voltados para a Atenção Básica à Saúde. Segundo o prof. Matos, o bom funcionamento do programa é função da colaboração de três profissionais, cujas atividades nessa área são complementares: o médico, responsável pelo diagnóstico e orientação do tratamento; o farmacêutico, pela identificação das plantas e orientação desde a sua coleta até a preparação e controle de qualidade dos remédios fitoterápicos; e o agrônomo, pelas orientações de boas práticas de cultivo e preparo das mudas (MATOS, 2002).

Em 1999, as ações com plantas medicinais e fitoterapia na saúde pública foram oficializadas no Ceará, por meio da Lei Estadual nº 12.951, de 7 de outubro de 1999, que dispõe sobre a Política de Implantação da Fitoterapia em Saúde Pública, sendo posteriormente regulamentada pelo Decreto nº 30.016, de 30 de dezembro de 2009. Nesse regulamento técnico, foram instituídas as boas práticas para o cultivo, manejo, coleta, processamento, beneficiamento, armazenamento e dispensação de plantas medicinais, orientação para a preparação de remédios de origem vegetal, bem como a preparação de fitoterápicos e sua dispensação. Estabeleceu ainda três modelos de Farmácias Vivas, a partir dos tipos de atividades realizadas (CEARÁ, 2009).

Farmácia Viva I

Neste modelo, são desenvolvidas as atividades de cultivo, a partir da instalação de hortas de plantas medicinais em unidades de farmácias vivas comunitárias e/ou unidades do SUS, tornando acessível à população assistida a planta medicinal *in natura* e a orientação sobre a correta preparação e uso dos remédios caseiros.

Farmácia Viva II

Neste modelo, são realizadas as atividades de produção/dispensação de plantas medicinais secas (droga vegetal). Para tanto, deve possuir uma adequada estrutura de processamento da matéria-prima vegetal, visando a tornar acessível à população a planta medicinal seca/droga vegetal. Poderá ainda desenvolver as atividades previstas no modelo I.

Farmácia Viva III

Este modelo se destina à preparação de “fitoterápicos padronizados”, preparados em áreas específicas para as operações farmacêuticas, de acordo com as Boas Práticas de Preparação de Fitoterápicos (BPPF), visando ao provimento das unidades do SUS. O modelo III poderá ainda realizar as atividades previstas para os modelos I e II (CEARÁ, 2009).

Ressalta-se que os produtos obtidos na Farmácia Viva, em qualquer um dos modelos estabelecidos nessa regulamentação, vêm possibilitar o acesso às plantas medicinais em todas as formas de acesso previstas na PNPIC.

No contexto nacional, em virtude da relevância das Farmácias Vivas no campo da fitoterapia na rede pública, as quais servem de modelo para grande parte das ações/programas dos municípios brasileiros, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM nº 886, de 20 de abril de 2010, instituiu a Farmácia Viva no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), sob gestão estadual, municipal ou do Distrito Federal (definida no capítulo de assistência farmacêutica). Com respeito à normatização, atualmente, a demanda é a regulamentação sanitária das Farmácias Vivas pela Anvisa, assim como a definição das normas para cultivo e manejo de espécies de plantas medicinais pelos órgãos reguladores, além da Portaria SAS nº 470, de 19 de agosto de 2011, que inclui na tabela de serviços/classificação do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), no serviço de código 125 – serviço de Farmácia, a classificação 007 – Farmácia Viva.

7.1 O Programa Farmácia Viva do município de Fortaleza

O município de Fortaleza foi um dos pioneiros no desenvolvimento de ações de fitoterapia na saúde pública e serviu de modelo, junto a outras experiências no País, para formulação das diretrizes para “plantas medicinais e fitoterapia” na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares.

O Programa Farmácia Viva de Fortaleza, planejado e organizado, visando à melhoria da assistência à saúde do usuário, tem como missão produzir fitoterápicos de qualidade com garantia de segurança e eficácia, a partir de plantas medicinais validadas, buscando oferecer opção terapêutica aos usuários do sistema municipal de saúde, bem como desenvolver

trabalhos educativos sobre o uso correto das plantas medicinais. Entre os objetivos estão: ampliar o acesso da população às plantas medicinais e fitoterápicos; produzir fitoterápicos visando a atender à demanda da atenção básica, nas patologias passíveis de serem tratadas com plantas medicinais; e desenvolver ações educativas para a promoção do uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos.

As atividades do programa iniciaram-se em 1991, com a construção do setor de Plantas Medicinais, localizado no Horto Municipal Falconete Fialho. Nessa etapa, além da sensibilização dos gestores públicos, foi imprescindível a parceria com a Universidade Federal do Ceará (UFC), representada pelo professor Francisco José de Abreu Matos e seu projeto Farmácias Vivas, com informações técnico-científicas, doação de matrizes das espécies medicinais oriundas do Horto de Plantas Medicinais da UFC, viabilização das formas farmacêuticas adequadas à administração pelos usuários, além da capacitação dos profissionais farmacêuticos. Os profissionais prescritores também foram capacitados pela Secretaria Municipal de Saúde, em parceria com a UFC, para atuarem nos serviços de fitoterapia da rede pública.

A primeira oficina farmacêutica¹ de fitoterápicos foi inaugurada em 1992 nas dependências do Centro de Saúde Manuel Carlos de Gouveia, seguida pela implantação de mais três unidades nos anos de 1993, 1996 e 1997. Posteriormente, com o crescimento da demanda pelos fitoterápicos e ante a preocupação com a qualidade desses produtos, o preparo dos fitoterápicos foi direcionado para uma só estrutura, a Oficina Farmacêutica Maria Lúcia Gurgel – Farmácia Viva PMF/Unifor, cuja reforma (reconstrução) e aquisição de equipamentos foram custeadas pela Universidade de Fortaleza (Fundação Educacional Edson Queiroz), numa parceria que garante a essa instituição de ensino superior campo de estágio para os seus alunos do curso de farmácia, além de despertar o interesse dos acadêmicos dos demais cursos da saúde (medicina, odontologia, enfermagem, nutrição e fisioterapia) para o estudo e utilização das plantas medicinais e fitoterápicos.

O Programa Farmácia Viva de Fortaleza está presente no organograma da Secretaria Municipal de Saúde, integrando a Célula de Assistência Farmacêutica (Celaf), por meio da equipe de Medicamentos Fitoterápicos e Farmácia Viva, que é responsável pela sua coordenação. As atividades estão inseridas no “Ciclo da Assistência Farmacêutica”, tendo como ponto de partida o processo de seleção das espécies vegetais medicinais a serem disponibilizadas à população assistida, nas diferentes formas de acesso preconizadas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS.

¹ Oficina farmacêutica de fitoterápicos: área física, acoplada ou não, aos canteiros de plantas medicinais, aparelhada com equipamentos destinados à rasura e moagem de plantas medicinais e preparação de fitoterápicos (CEARÁ, 2009).

Foto 1 – Horto de espécies de plantas medicinais do Programa Farmácia Viva.



Fonte: Programa Farmácia Viva, Celaf/SMS/Prefeitura Municipal de Fortaleza.

Na definição do elenco das plantas medicinais do Programa Farmácia Viva de Fortaleza, foram observados os seguintes critérios (MATOS, 2007):

1. Ter eficácia e segurança terapêutica comprovadas: todas as plantas do elenco do Programa Farmácia Viva foram validadas cientificamente e integram o projeto Farmácias Vivas;
2. Atender ao perfil epidemiológico da população: a seleção das plantas medicinais considera as principais patologias que acometem a população na Atenção Primária à Saúde;
3. Ser de fácil cultivo/manejo: as espécies vegetais devem estar adaptadas ao local de cultivo, garantindo boa produção desse insumo vegetal e regularidade da oferta nos serviços;
4. Dispor de forma e fórmula farmacêuticas viabilizadas para definição e padronização delas.

A seleção das espécies medicinais, a correta identificação botânica das matrizes, o cultivo segundo boas práticas agrícolas, em área livre de contaminação, com água de boa qualidade, são os primeiros cuidados a serem observados, visando a assegurar a qualidade de todo o processo, da planta medicinal ao medicamento. Tais cuidados são imprescindíveis para assegurar que a população tenha acesso aos produtos nas suas diferentes formas com qualidade, segurança e eficácia (MATOS, 2002).

No elenco do programa, estão presentes as seguintes espécies de plantas medicinais: *Amburuna cearensis* Fr. All. C. Smith (cumaru), *Ageratum conyzoides* L. (mentrasto), *Justicia pectoralis* Jacq. (chambá), *Lippia sidoides* Cham. (alecrim pimenta), *Mentha arvensis* L. var. *piperacens* Holmes (hortelã japonesa), *Mentha X villosa* Huds (hortelã rasteira), *Mikania glomerata* Spreng (guaco), *Myracrodruom urundeuva* Fr. All. (aroeira do sertão), *Passiflora edulis* Sims. (maracujá), *Plectranthus barbatus* Andr. (malva-santa), *Plectranthus amboinicus* Lour (malvariço), *Symphytum officinale* L. (confrei), *Lippia Alba* Mill (erva-cidreira) (FORTALEZA, 2004).

A partir dessas espécies medicinais, são produzidos 12 fitoterápicos, em diferentes formas farmacêuticas (xarope, tintura, elixir, pomada, creme, cápsula), detalhadas na segunda parte deste capítulo. Além desses são ainda preparados três produtos farmacopeicos: pasta d'água simples e com enxofre, e pó antisséptico vaginal.

Para a realização das atividades, o Programa Farmácia Viva dispõe de quadro funcional composto por cinco farmacêuticos, três engenheiros-agrônomos, além dos auxiliares técnicos. Atualmente, o programa conta com a Oficina Farmacêutica do Centro de Desenvolvimento Familiar (Cedefam), numa parceria com a UFC, que realiza atividades de cultivo e possui área específica para processamento da planta medicinal em droga vegetal; a Oficina Farmacêutica Maria Lúcia Fernandes Gurgel (Farmácia Viva PMF/Unifor), em parceria com a Universidade de Fortaleza, além do horto de plantas medicinais, onde são cultivadas as espécies medicinais presentes no elenco. São desenvolvidas ainda atividades de processamento da droga vegetal – secagem, rasura/moagem e armazenamento, obtenção dos derivados vegetais (extratos, tinturas), produção e controle de qualidade das plantas medicinais e fitoterápicos manipulados e preparações farmacopeicas.

Foto 2 – Droga vegetal armazenada na Oficina Farmacêutica Maria Lúcia Gurgel – Farmácia Viva PMF/Unifor.



Fonte: Programa Farmácia Viva, Celaf/SMS/Prefeitura Municipal de Fortaleza.

A Farmácia Viva PMF/Unifor dispõe de áreas específicas para realizar todas as operações farmacêuticas na produção dos fitoterápicos manipulados ou fitoterápicos padronizados, em conformidade com as Boas Práticas de Preparação de Fitoterápicos (BPPF). Essa oficina dispõe ainda de dois laboratórios de controle de qualidade (físico-químico e microbiológico), onde são realizadas análises dos insumos (inclusive os de origem vegetal) e dos fitoterápicos.

Os fitoterápicos preparados nas oficinas farmacêuticas são encaminhados para a Central de Abastecimento Farmacêutico da Celaf/SMS, que é também a responsável pela distribuição, juntamente com os demais medicamentos que compõem a assistência farmacêutica, aos Centros de Saúde da Família (CSFs), onde os fitoterápicos são dispensados nas farmácias mediante prescrição médica.

Na perspectiva da promoção do uso correto e racional de plantas medicinais e fitoterápicos, diversas atividades são realizadas, entre elas, elaboração e distribuição de material técnico-científico (guia fitoterápico ou memento terapêutico, álbum seriado, manual ilustrado de Farmácia Viva); elaboração e distribuição de material informativo (cartazes, pôsteres e cartilhas), oficinas de preparações caseiras, palestras em comunidades, escolas, unidades de saúde, empresas etc.; e distribuição de mudas de plantas medicinais.

Foto 3 – Laboratório de Controle de Qualidade Microbiológico da Oficina Farmacêutica Maria Lúcia Gurgel – Farmácia Viva PMF/Unifor.



Fonte: Programa Farmácia Viva, Celaf/SMS/Prefeitura Municipal de Fortaleza.

Foto 4 – Guia Fitoterápico, cartilha e pôster do Programa Farmácia Viva de Fortaleza.



Fonte: Programa Farmácia Viva, Celaf/SMS/Prefeitura Municipal de Fortaleza.

Além dessas atividades, o programa realiza pesquisas em parceria com universidades, visando a aprimorar a qualidade do serviço ofertado, como o Projeto de Pesquisa PMF/UFC/CNPq, que teve por objetivo o desenvolvimento e validação de metodologia para coleta de dados de utilização dos fitoterápicos do Programa Farmácia Viva de Fortaleza, que rendeu uma dissertação do curso de mestrado em ciências farmacêuticas da UFC.

7.2 Formas farmacêuticas de fitoterápicos utilizadas nos Programas Farmácias Vivas e demais programas de fitoterapia

As plantas medicinais e fitoterápicos têm recebido crescente importância como recurso terapêutico, acompanhando a evolução tecnológica no que se refere ao reconhecimento dos constituintes químicos ativos e os estudos de triagem quanto ao seu emprego, além dos ensaios de segurança. Para sua efetiva utilização, torna-se necessário o processamento da planta, no todo ou em partes, visando a sua adequação à via e forma de administração, obtendo-se formas farmacêuticas de acordo com a possibilidade tecnológica e necessidade para o uso.

A seguir, são apresentadas as formas farmacêuticas mais comumente apresentadas quando do uso de plantas medicinais e fitoterápicos.

7.2.1 Pó

É a forma farmacêutica obtida após a estabilização, secagem, trituração e tamisação da droga. Pode ser dispensado para uso na preparação de chás ou adicionado à alimentação (leite, sucos, mel etc.). O envase e armazenamento devem ser realizados de forma a evitar a absorção de umidade, contaminação com outras espécies e exposição à luz solar.

Para a preparação dessa forma, a espécie vegetal ou a parte que contém o metabólito secundário selecionado deve ser submetida a um conjunto de operações farmacêuticas visando a sua estabilização química e microbiológica, à redução da umidade por meio da dessecação em temperatura ambiente ou em estufa com controle de temperatura e circulação de ar. Dependendo da parte da planta, pode ser necessário realizar redução inicial do tamanho, como nos tubérculos e cascas, de forma a facilitar a difusão da água e redução da umidade. Depois da secagem, será realizada a trituração propriamente dita.

Não se deve confundir nem substituir essa forma obtida diretamente da planta seca com o extrato seco, também apresentado de forma pulverulenta, mas, nesse último caso, após a realização de diversas outras operações, tais como extração, depuração, adição de adjuvante e evaporação do solvente, podendo ser apresentado na forma de extrato seco simples ou padronizado.

7.2.2 Soluções extrativas

7.2.2.1 Tinturas

São soluções alcoólicas ou hidroalcoólicas dos constituintes químicos solúveis das drogas secas, em que o processo extrativo ocorre à temperatura ambiente. Embora as tinturas variem em concentração de ativos correspondentes àqueles contidos na droga que a deu origem (10% ou 20%), aquelas preparadas a partir de drogas contendo ativos muito potentes (drogas heroicas) têm 10% de potência, ou seja, 100 ml da tintura têm a potência equivalente a 10 g da droga.

As drogas heroicas apresentam atividade farmacológica muito intensa, associada com possíveis efeitos tóxicos, o que equivale a dizer que possuem um índice terapêutico estreito. Exemplos: acônito (*Aconitum napellus* L.), beladona (*Atropa belladonna* L.), cânhamo indiano (*Cannabis sativa* L.), cólchico (*Colchicum autumnale* L.), dedaleira (*Digitalis purpúrea* L.), estamônio (*Datura stramonium* L.), estrofantó (*Strophantushispidus* D.C.), fava-de-Calabar (*Physostigma venenosum* Balfour), hidraste (*Hydrastis canadensis* L.), ipeca (*Cephaelis ipecacuanha* – Brotero – A. Richard.), lobélia (*Lobelia inflata* L.), meimendro (*Hyoscyamus niger* L.), noz-vômica (*Strychnus nux-vomica* L.), ópio (*Papaver somniferum* L.).

As tinturas são preparadas por processo extrativo de maceração ou maceração seguida de percolação. Podem precipitar constituintes durante o envelhecimento por meio da interação

destes com o oxigênio, por exemplo. A utilização de agentes que evitem ou prorroguem tais problemas é recomendada como forma de manter a integridade química e potência farmacológica do produto. Devem ser guardadas em recipientes bem fechados, protegidos da ação da luz e de temperatura superior ou inferior à média ambiente.

7.2.2.2 Extratos

São formas farmacêuticas obtidas por um ou mais dos processos extrativos (digestão, maceração, percolação, turbolização, sohxlet etc.), diferindo das tinturas, fundamentalmente, na concentração e na intervenção do calor, que se faz para a extração propriamente dita e/ou para a concentração do extrato até atingir a concentração ou consistência desejada.

Podem ser classificados como extratos ordinários ou fluidos, segundo a concentração em que se apresentem. Os ordinários são os que têm extrato correspondente a uma determinada concentração expressa no produto, por exemplo: extrato de confei a 50% é aquele cuja ordem de grandeza da concentração específica a existência em cada 100 ml dos ativos solúveis presentes em 50 g da droga. Os extratos fluidos são aqueles em que cada ml contém os ativos solúveis presentes em 1 g da droga que lhe deu origem, correspondendo a uma concentração de 100%. Para a sua preparação, são utilizados processos extrativos adequados a cada caso até o esgotamento da droga.

Segundo a consistência, além fluido, já descrito, existem ainda os extratos moles e secos, ficando a consistência na dependência da quantidade residual de umidade presente nele e, portanto, da concentração atingida durante a evaporação. Os secos podem se apresentar na forma de blocos ou em pó, sendo essa última a mais apropriada para o uso na produção de medicamentos.

São aplicáveis somente as drogas que possuem princípios ativos não voláteis nem termolábeis. No entanto, o processo C, também denominado de percolação fracionada, foi elaborado para ser utilizado na obtenção de extratos fluidos de drogas que contêm óleos essenciais ou outras substâncias ativas termolábeis. Atualmente se dispõe de tecnologia apropriada para a preparação de extratos secos de drogas com constituintes termolábeis, que são a liofilização (freeze-dryer) e nebulização (spray-dryer).

7.2.2.3 Outras formas extrativas

Chás – recebem essa denominação as formas líquidas obtidas pela extração a quente com água, preparadas para uso imediato a partir de plantas frescas ou secas. Dependendo da parte da planta utilizada e dos seus constituintes ativos, são preparados por infusão ou por decocção.

Óleos essenciais – também denominados essências e óleos etéreos, são obtidos por processos extrativos diferenciados, tais como arraste a vapor, extração em fluido supercrítico, além daqueles processos tradicionais como coobação e enfleurage. Quando se utiliza a extração por arraste a vapor ou coobação, é obtido resíduo aquoso denominado hidrolato, que consiste na água saturada com os constituintes mais solúveis do óleo essencial.

Alcoolatura – forma extrativa obtida a partir da planta no seu estado fresco, empregando processos idênticos aos da preparação das tinturas.

Extratos glicólicos – formas extrativas nas quais se empregam glicóis (notadamente o propilenoglicol) juntamente com água e, às vezes, o álcool, como líquido extrator. Essas formas costumam ser empregadas na composição de produtos cosméticos nos quais a presença de álcool venha a causar prejuízos para a forma cosmética (redução de espuma, turvação) ou para o paciente (irritação).

Resinas – recebem essa denominação os exsudatos secos obtidos de plantas. Algumas vezes, são obtidas pelo simples recolhimento da superfície das plantas, recebendo-se a denominação de gomas (goma arábica, alcátira, tragacanto). Outras vezes, é necessário realizar a evaporação da fase líquida presente no material vegetal coletado por incisão, como ocorre com a babosa (*Aloe sp.*). Por fim, existem casos em que a resina é obtida após purificação de uma forma extrativa em que outros constituintes são total ou parcialmente eliminados, resultando em aumento da concentração dos componentes resinosos, que, após evaporação do solvente, podem ser recolhidos na forma de bloco ou em pó.

7.2.2.4 Formas líquidas de uso oral

7.2.2.4.1 Xarope

É uma solução de açúcar com elevada concentração, próxima à saturação. O xarope simples contém 850 g de sacarose e quantidade suficiente de água purificada para perfazer 1.000 ml (cerca de 450 ml). Essa é uma solução com 85% p/v ou aproximadamente 65% p/p, com densidade de 1,30 g/ml. O alto conteúdo em açúcar fornece uma moderada/elevada viscosidade e densidade ao produto. Quando se destinar ao uso em pacientes diabéticos, pode-se substituir a sacarose por solução de sorbitol a 70% ou pela utilização de sacarina como adoçante de uma solução aquosa de viscosidade comparável à do xarope simples, alcançada com o uso de espessantes como a carboximetilcelulose sódica. No entanto, essa última substituição destitui o xarope do seu poder emoliente e de ser autoconservante pela elevada pressão osmótica.

7.2.2.4.2 Elixir

São soluções hidroalcoólicas agradavelmente edulcoradas destinadas ao uso oral. A presença de açúcar e álcool distingue o elixir de outras categorias. Elixires que contêm compostos terapeuticamente ativos são conhecidos como medicinais. Por serem uma forma que admite muitas variações, diversas preparações recebem a denominação de elixir, nem sempre consistindo a forma verdadeira, como o elixir paregórico, que, na verdade, é uma tintura.

7.2.2.5 Formas semissólidas

7.2.2.5.1 Pomadas

São preparações semissólidas destinadas ao uso externo. Devem ser prontamente espalháveis; sua viscosidade plástica pode ser controlada por modificações na formulação. As pomadas são tipicamente usadas como:

- Emolientes, que tornam a pele mais hidratada e flexível;
- Barreira protetora, que previne a absorção de substâncias perigosas através da pele;
- Veículo, no qual se incorporam modificações.

As bases para pomadas podem ser do tipo oleaginosa e de absorção. As oleaginosas são anidras e insolúveis em água; não podem absorver, contatar nem são laváveis com água. As bases de absorção são anidras, insolúveis e não laváveis com água, mas podem absorver água. Permitem, portanto, a inclusão de medicamentos solúveis em água diretamente na base ou após a sua dissolução no mínimo de água.

Podemos citar ainda as bases de natureza hidrofílica, como aquelas preparadas pela associação de polietilenoglicóis de pesos moleculares diferentes, fazendo com que sejam obtidas preparações de diferentes viscosidades.

7.2.2.5.2 Pastas

São as formas semissólidas carregadas de sólidos insolúveis com teor acima de 40% p/p, podendo ser do tipo hidrofílica ou hidrofóbica. Classicamente temos como exemplo a pasta d'água, que tem 50% de sólidos insolúveis na sua composição. Quando aplicadas sobre a pele, apresentam efeito refrescante, pela evaporação da água, e efeito absorvente, devido ao pó que permanece sobre a pele. Como exemplo de pasta hidrofóbica, temos a pasta de Lassar, que traz o óxido de zinco e o amido veiculado em vaselina.

7.2.2.5.3 Cremes

Podem ser emulsões de água em óleo (a/o), que são insolúveis e não laváveis em água, mas podem absorvê-la por causa da sua fase interna aquosa; e emulsões de óleo em água (o/a), que têm fase interna insolúvel em água, mas são laváveis e absorvem água.

7.2.2.5.4 Géis

São formas farmacêuticas que têm como veículo uma dispersão de polímero com água/álcool, que resulta num meio de elevada viscosidade, tomando a consistência gelatinosa. Destina-se ao uso sobre mucosas e a pele, quando se deseja uma ação hidratante e refrescante, além da ação medicamentosa da droga veiculada. Entre os polímeros mais utilizados, estão a carboximetilcelulose sódica, a hidroxietilcelulose e os polímeros carboxivinílicos.

7.2.2.6 Formas sólidas

As formas farmacêuticas sólidas têm em comum a maior estabilidade física, química e microbiológica que as demais formas, mas são bastante susceptíveis do ponto de vista biofarmacêutico, exigindo grande cuidado na escolha e quantidade dos excipientes utilizados na sua fabricação.

7.2.2.6.1 Cápsulas

É a forma farmacêutica obtida pela deposição ordenada da droga seca, triturada e tamisada ou de extratos secos em cápsulas gelatinosas duras, ou ainda pelo encapsulamento de líquidos ou semissólidos de natureza lipofílica em cápsulas gelatinosas moles. Os invólucros utilizados são geralmente de natureza proteica e, portanto, incompatíveis com drogas tânicas, por exemplo. Estão disponíveis cápsulas duras preparadas com derivados celulósicos que eliminam a incompatibilidade supracitada. Cuidado especial deve ser tomado com a umidade, temperatura e pressão exercida sobre as cápsulas durante o armazenamento e transporte. Esses fatores podem desidratar ou hidratar as cápsulas, tornando-as quebradiças ou deformadas e coladas, respectivamente.

7.2.2.6.2 Comprimidos

Forma farmacêutica sólida de dose unitária obtida por compressão, sendo a forma e tamanho definidos pelo fabricante, e empregando o ferramental (punções e matrizes) adequado. Os comprimidos produzidos com extratos de plantas medicinais costumam ser revestidos com filme opaco para mascarar a cor, sabor e odor dos constituintes, além de protegê-los da exposição à luz e umidade.

Sendo uma forma seca e pela forma de produção em grande escala, é bastante viável economicamente sua produção, que, muitas vezes, não necessita de prévio tratamento da mistura como a granulação, pelo fato de o extrato seco utilizado apresentar características de compressibilidade adequadas ao processo.

7.2.2.6.3 Supositórios e óvulos

Formas farmacêuticas sólidas para serem introduzidas nas cavidades corporais, respectivamente reto e vagina, onde devem liberar o conteúdo ativo para exercer efeito local ou sistêmico.

Referências

- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Vocabulário controlado de formas farmacêuticas, vias de administração e embalagens de medicamentos**. Brasília: Anvisa, 2011.
- ALLEN Jr.; L. V.; POPOVICH, N. G.; ANSEL, H. C. **Formas farmacêuticas e sistemas de liberação de fármacos**. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- ALONSO, J. R. **Tratado de fitomedicina: bases clínicas y farmacológicas**. Buenos Aires: Isis, 1998.
- AULTON, M. C. **Delineamento de formas farmacêuticas**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- CEARÁ. **Decreto do Governo do Estado nº 30.016, de 30 de dezembro de 2009**. Aprova o Regulamento Técnico da Fitoterapia no Serviço Público do Estado do Ceará. [S.l.: s.n], 2009.
- FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Guia fitoterápico do Programa Farmácia Viva de Fortaleza**. 2004.
- GENARO, A.R. **Remington: a ciência e a prática da farmácia**. 20. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.
- MALTA, Jr. A.; DINIZ, M. F. F. M.; OLIVEIRA, R. A. G. **Das plantas medicinais aos fitoterápicos: abordagem multidisciplinar**. João Pessoa: PET-FARMÁCIA/CAPES/UFPB, 1999.
- MATOS, F. J. A. **Farmácias Vivas: sistema de utilização de plantas medicinais projetado para pequenas comunidades**. 4. ed. rev. e ampl. Fortaleza: UFC, 2002, 267p.
- MATOS, F. J. A. **Plantas medicinais: guia de seleção e emprego das plantas usadas em fitoterapia no Nordeste do Brasil**. 3. ed. Fortaleza: Imprensa Universitária, 2007.

Regulamentação para plantas medicinais e fitoterápicos na saúde

8

Ana Cecília Bezerra Carvalho

Edmundo Machado Netto

8.1 Introdução

Produtos obtidos de plantas medicinais possuem diversas definições na área farmacêutica dependendo de sua etapa tecnológica de processamento. Nesse sentido, é importante conhecer essas definições para compreender e utilizar toda a normatização para plantas medicinais e seus derivados desenvolvida e aplicada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), para ofertas de serviços e produtos com qualidade, segurança e eficácia.

A primeira etapa tecnológica de processamento é a própria planta medicinal, definida como espécie vegetal, cultivada ou não, utilizada com propósitos terapêuticos. Ela pode estar no estado fresco, que é aquela coletada no momento do uso, ou seco, quando foi procedida à secagem (BRASIL, 2007). Quando é seca, triturada, podendo ser estabilizada ou não, denomina-se droga vegetal (ANVISA, 2010). Para classificar esses produtos iniciais utilizados na produção de medicamentos fitoterápicos, dá-se a denominação geral de matéria-prima vegetal, que compreende tanto a planta medicinal como a droga vegetal (ANVISA, 2010). Drogas vegetais tanto podem ser matérias-primas para produção de medicamentos fitoterápicos, como constituir-se no produto final a ser notificado à Anvisa para liberação de uso pela população como drogas vegetais notificadas. Já o derivado vegetal é o produto obtido por processo extrativo da matéria-prima vegetal, podendo ser obtido da planta fresca ou seca. Técnicas diversas de extração podem ser utilizadas, como a prensagem, maceração, percolação, soxhlet, entre outras.

O produto industrializado, tecnicamente elaborado a partir de matérias-primas ativas vegetais, com finalidade profilática, curativa ou paliativa, é denominado medicamento fitoterápico. É caracterizado pelo conhecimento da eficácia e dos riscos de seu uso, assim como pela reprodutibilidade e constância de sua qualidade. Não podem ser incluídas no medicamento fitoterápico substâncias ativas isoladas, de qualquer origem, nem as associações destas com extratos vegetais (ANVISA, 2010). O medicamento fitoterápico pode ser também manipulado, obtido a partir de matérias-primas vegetais em farmácias de manipulação.

O medicamento fitoterápico pode ser simples, quando tem como ativo apenas uma espécie vegetal, e composto, quando tem duas ou mais espécies vegetais como ativos na formulação.

A fitoterapia pode ser definida como a terapêutica caracterizada pela utilização de plantas medicinais em suas diferentes preparações farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal (BRASIL, 2006); e o fitoterápico como o produto obtido de planta medicinal, ou de seus derivados, exceto substâncias isoladas, com finalidade profilática, curativa ou paliativa (BRASIL, 2008).

Quanto aos estabelecimentos que legalmente estão envolvidos na cadeia de plantas medicinais e fitoterápicos, podem ser citados: ervanaria, farmácia, drogaria, distribuidora de insumos farmacêuticos e indústria farmacêutica ou de produção de drogas vegetais.

A ervanaria ou ervanária é o estabelecimento que realiza a dispensação de plantas medicinais. Ela não precisa ter farmacêutico responsável, mas também não pode dispensar medicamentos, e as plantas medicinais dispensadas não podem ter alegações terapêuticas (BRASIL, 1973).

A farmácia é o estabelecimento de manipulação de fórmulas magistrais e oficinais, de comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, incluindo a dispensação e o atendimento privativo de unidade hospitalar ou de qualquer outra equivalente de assistência médica; enquanto a drogaria é o estabelecimento de dispensação e comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos em suas embalagens originais (BRASIL, 1973). Ambas precisam de autorização de funcionamento e responsável técnico habilitado pelo Conselho Regional de Farmácia do Estado onde o estabelecimento está localizado.

A fornecedora de insumos farmacêuticos produz e fornece insumos, que são todos os materiais utilizados na produção de medicamentos, compreendendo tanto substâncias ativas como excipientes, para as farmácias de manipulação e a indústria farmacêutica.

Finalmente, as indústrias farmacêuticas são estabelecimentos produtores de medicamentos em grande quantidade, produzidos em lotes, conforme as Boas Práticas de Fabricação e Controle (BPF). Devem ter farmacêutico responsável técnico e autorização de funcionamento para produção de medicamentos. Indústrias de drogas vegetais serão estabelecimentos que produzirão drogas vegetais, em lotes, conforme BPF específicas, a serem notificadas à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), conforme a RDC nº 10/2010, em embalagens padronizadas.

8.2 Legislação para plantas medicinais

O comércio de plantas medicinais é regulamentado por meio da Lei nº 5.991/1973, que determina, no art. 7º, que “a dispensação de plantas medicinais é privativa das farmácias e ervanárias, observados o acondicionamento adequado e a classificação botânica.” Esse artigo não foi ainda regulamentado, deixando em aberto os requisitos de qualidade para plantas medicinais, como também sua segurança e eficácia. Plantas medicinais não podem ser comercializadas como medicamentos, não podendo alegar indicações terapêuticas em suas embalagens (BRASIL, 1973).

As plantas ainda podem ser utilizadas como matérias-primas para a indústria de cosméticos, havendo vários produtos de uso tópico disponíveis no comércio, como pomadas de babosa (*Aloe vera*) e calêndula (*Calendula officinalis*), utilizadas como emolientes. As normas relacionadas são as RDCs nº 211 e nº 343, ambas de 2005, que instituem o procedimento eletrônico para a notificação de produtos de higiene pessoal, cosméticos e perfumes de grau 1 (baixo risco), onde se enquadram a maioria dos produtos obtidos de plantas para uso tópico.

Plantas medicinais também podem ser regulamentadas na área de alimentos, principalmente como chás, que são produtos constituídos 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 (BRASIL, 2005).

Recentemente, visando a devolver à população a forma tradicional de uso das plantas medicinais, a Anvisa publicou uma norma para melhor regulamentar a produção e uso de plantas medicinais, a RDC nº 10, de 10 de março de 2010. Para cada uma das 66 espécies, foram padronizadas alegações terapêuticas, forma(s) de uso, quantidade a ser ingerida e os cuidados e

restrições a serem observados no seu uso, conforme informações de uso tradicional disponíveis. As plantas como droga vegetal são notificadas na Anvisa, podendo ser produzidas tanto por indústrias farmacêuticas como por estabelecimentos industriais específicos habilitados para fabricação de drogas vegetais conforme BPFC específicas a ser publicada pela Anvisa (2010).

8.3 Legislações sobre medicamentos fitoterápicos

Medicamentos podem ser manipulados ou industrializados, conforme citado anteriormente, e ainda ser destinados ao uso humano ou veterinário, sendo os para uso humano regulamentados pela Anvisa e os para uso veterinário regulamentados pelo Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (MAPA).

8.3.1 Medicamentos fitoterápicos manipulados

A manipulação de medicamentos fitoterápicos para uso humano é feita em farmácias com autorização da Vigilância Sanitária local (Visa). A Anvisa não faz fiscalização direta nesses estabelecimentos, exceto quando há alguma denúncia ou solicitação das Visas do Estado ou municípios. A manipulação pode ser magistral, quando formulada por profissional habilitado a prescrevê-la, ou oficial, quando constante do Formulário Nacional. Atualmente, o Formulário Nacional, publicado em 2006, não possui fórmulas de fitoterápicos. Contudo está sendo elaborado, pela Farmacopeia Brasileira, o Formulário Fitoterápico Brasileiro, que deverá ser publicado em 2011 (BRASIL, 2006).

Medicamentos manipulados não precisam ser registrados na Anvisa, sendo o controle da sua produção feito no estabelecimento produtor. A norma que regulamenta a manipulação de medicamentos é a RDC nº 67 (ANVISA, 2007), atualizada pela RDC nº 87 (ANVISA, 2008a), a qual define as boas práticas de manipulação de preparações magistrais e oficiais para uso humano em farmácias.

As farmácias devem ter autorização de funcionamento, e a manipulação de medicamentos segue regras rígidas de controle que devem ser utilizadas para garantir que sejam disponibilizados ao usuário com a segurança necessária. A produção deve ser feita individualmente, conforme demandado por receita de profissional habilitado a prescrever medicamentos. Enquanto não existe o Formulário Fitoterápico Brasileiro, a farmácia não pode produzir esses medicamentos em quantidade maior, denominado como estoque mínimo.

As farmácias devem adquirir, e não produzir, as matérias-primas a serem utilizadas na manipulação de medicamentos de fornecedores de insumos qualificados.

Recentemente, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS nº 886, de 20 de abril de 2010, a qual institui a Farmácia Viva no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), sob gestão estadual,

municipal ou do Distrito Federal. A partir daí, a Anvisa elaborou proposta de regulamento técnico para boas práticas de processamento e manipulação de plantas medicinais e fitoterápicos em Farmácias Vivas. Essa norma passou por Consulta Pública (CP), por meio da CP nº 85/2010, com uma proposta de requisitos mínimos exigidos, desde as instalações, equipamentos e recursos humanos, aquisição e controle da qualidade da matéria-prima, armazenamento, avaliação farmacêutica da prescrição, conservação, transporte, dispensação das preparações, além da atenção farmacêutica aos usuários ou seus responsáveis, visando à garantia de sua qualidade, segurança, efetividade e promoção do seu uso seguro e racional dos fitoterápicos produzidos nesses estabelecimentos. A Farmácia Viva será um estabelecimento com horto agregado, sob controle dos órgãos ambientais, Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (MAPA) e do Meio Ambiente (MMA).

A CP nº 85/2010 foi concluída e estão sendo consolidadas as contribuições para publicação da norma. Enquanto isso, Estados ou municípios que já desenvolvem programas nessa área e que já tenham esse serviço regulamentado por leis estaduais ou municipais podem fazê-la conforme seus regulamentos regionais. Quando uma norma federal for publicada para esses tipos de estabelecimentos, as normas municipais e federais deverão ser adequadas à norma federal.

8.3.2 Medicamentos fitoterápicos industrializados

A norma vigente para registro de medicamentos fitoterápicos é a RDC nº 14, publicada em 5 de abril de 2010, que, comparada à anterior (RDC nº 48/04), traz entre as modificações a adequação aos conceitos definidos pela Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF) e pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS, além da adoção de alternativas ao controle de qualidade, item com grau de dificuldade elevado no caso de medicamentos fitoterápicos, devido à complexidade de sua composição. O documento traz ainda reestruturação da norma anterior, a RDC nº 48/2004, com divisão mais racional dos critérios técnicos correspondentes à droga vegetal, derivado vegetal e produto final (ANVISA, 2010).

Concomitantemente à publicação da RDC nº 14/2010, houve atualização da lista de referências para comprovação de segurança e eficácia de fitoterápicos, na forma da Instrução Normativa (IN) 05/2010, a qual foi ampliada de 17 para 35 publicações de referência (ANVISA, 2010).

Os requisitos de segurança e eficácia não foram essencialmente modificados, havendo ainda a possibilidade de comprová-los, além do item de referências técnico-científicas anteriormente citado, por três outras formas: ensaios pré-clínicos e clínicos de segurança e eficácia; tradicionalidade de uso; e presença na “Lista de medicamentos fitoterápicos de registro simplificado” (ANVISA, 2008).

A tradicionalidade de uso é mais uma possibilidade que pode ser utilizada para comprovar segurança e eficácia de um medicamento fitoterápico. A comprovação deve ser feita por meio da apresentação de estudo etnofarmacológico ou etno-orientado de utilização, documentações

técnico-científicas, ou outras publicações, mostrando a eficácia e segurança do produto por um período igual ou superior a 20 anos. O período de uso proposto para o medicamento a ser registrado por essa forma deve ser episódico ou curto.

A lista de espécies de registro simplificado, publicada como IN 05/2008, contempla 36 espécies vegetais, para as quais já foram estabelecidos critérios de segurança e eficácia. A empresa deve seguir todos os parâmetros especificados na lista citada, que são: parte da planta, padronização/marcador, tipo de derivado vegetal, indicações/ações terapêuticas, dose diária, via de administração, concentração da forma farmacêutica, quando descrita, e restrição de uso. Nesse caso, não precisa apresentar informações adicionais de segurança e eficácia (BRASIL, 2008).

No Brasil, em levantamento realizado em 2011, havia 382 medicamentos fitoterápicos, sendo destes 357 fitoterápicos simples e 25 em associação. Esses fitoterápicos são produzidos a partir de 98 diferentes espécies vegetais. As espécies vegetais com mais registro são em sua maioria estrangeiras, como castanha-da-índia (*Aesculus hippocastanum*), com 22 registros e ginkgo (*Ginkgo biloba*), com 20 registros. Entre as brasileiras, as mais registradas são o guaco (*Mikania glomerata*), com 20 registros, Maracujá (*Passiflora incarnata*), com 16 registros e espinheira-santa (*Maytenus ilicifolia*), com 14 registros. Existem 78 empresas produtoras de fitoterápicos no Brasil, na maior parte, concentradas nas Regiões Sul e Sudeste do país (PERFEITO, 2012).

Outra norma recente é a RDC nº 95/2008, atualizada pela RDC nº 47/2009, que padroniza as bulas de fitoterápicos obtidos de 13 espécies vegetais. A Anvisa pretendeu com isso proporcionar informações padronizadas sobre medicamentos fitoterápicos à população e aos profissionais de saúde que os prescrevem, atuando no seu uso racional (BRASIL, 2008; 2009).

As empresas produtoras de medicamentos fitoterápicos devem ter alvará sanitário e autorização de funcionamento, além de seguir as Boas Práticas de Fabricação e Controle de Medicamentos, para as quais devem ser certificadas a cada dois anos, conforme a RDC nº 17/2010 (ANVISA, 2010a).

8.4 Farmacovigilância

Persiste a ideia disseminada de que o uso de plantas medicinais e fitoterápicos é seguro, sem a possibilidade de ocorrência de eventos adversos e intoxicações, embora diversos relatos já tenham evidenciado ocorrência de reações adversas derivadas do uso de plantas medicinais e seus derivados. Entretanto, a maioria da população ainda não estabelece correlação entre o aparecimento desse tipo de efeitos e o uso de plantas medicinais.

Farmacovigilância é a ciência relacionada à detecção, avaliação, compreensão e prevenção dos efeitos adversos ou quaisquer problemas relacionados a medicamentos, visando a detectar precocemente eventos adversos, conhecidos ou não, monitorando também possíveis aumentos na incidência deles (OMS, 2002). Desde 2001, o Brasil é membro do programa da OMS, coordenado

pelo Centro Colaborador do Uppsala Monitoring Centre, para gestão da base de dados internacional das notificações de eventos adversos recebidos dos centros nacionais participantes (BALBINO; DIAS, 2010).

A partir de março de 2008, foi implementado o Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária (Notivisa), com o intuito de receber informações qualificadas diretamente na forma de banco de dados. Esse banco de dados recebe notificações de eventos adversos de profissionais de saúde ou de usuários por meio eletrônico. Os primeiros fazem a notificação diretamente pelo estabelecimento de saúde, enquanto os usuários devem se cadastrar e preencher um formulário próprio, que deve ser também enviado eletronicamente. É possível ainda comunicar notificações adversas para a Visa local, que deve, por sua vez, repassar a informação à Anvisa e fiscalizar a comercialização desses produtos (BALBINO; DIAS, 2010).

Ao solicitar o registro de um medicamento fitoterápico na Anvisa, deve ser demonstrado que a empresa solicitante possui um sistema de farmacovigilância, de forma a poder detectar efeitos adversos ou danos causados pelo uso do produto (BRASIL, 2009).

8.5 Farmacopeia Brasileira

A Farmacopeia Brasileira (FB) é o código oficial farmacêutico do País onde são estabelecidos critérios da qualidade dos medicamentos em uso, tanto manipulados como industrializados, constituindo o conjunto de normas e monografias de farmacocômicos, estabelecido por e para o País. Nesse sentido, o Ministério da Saúde deve, conforme determina a Política Nacional de Medicamentos, promover o processo de revisão permanente da FB. A atualização da FB constitui mecanismo de fundamental importância para as ações legais de vigilância sanitária e das relações de comércio exterior, tanto de importação quanto de exportação (BRASIL, 1998).

As monografias de plantas medicinais, derivados vegetais e produtos finais presentes na FB facilitam o registro de medicamentos fitoterápicos, por fornecerem métodos validados de controle dessas etapas, evitando a necessidade de validação de metodologias analíticas pelas empresas produtoras de medicamentos. Constam da FB os testes de identificação da matéria-prima, testes de controle microbiológicos, teor de cinzas, umidade, teor de marcadores, entre outros, que podem estar em seus métodos gerais ou nas monografias específicas para cada produto (BRASIL, 2006).

A presença de monografias de plantas na FB facilita ainda a atuação da farmácia de manipulação, por disponibilizar as metodologias de controle de qualidade a serem seguidos para comprovar a qualidade e segurança do medicamento, auxiliando na identificação da matéria-prima, controle de contaminantes e avaliação da integridade e qualidade do medicamento manipulado.

A FB passou a ser regimentalmente parte integrante da Anvisa pela Lei nº 9.782/1999, sendo composta pela Comissão da Farmacopeia Brasileira (CFB) e 18 Comitês Técnicos Temáticos (CTT). Todos os membros da Comissão e dos CTTs são nomeados oficialmente pela Anvisa (BRASIL, 1999; BRASIL, 2006).

Entre os CTTs da Farmacopeia Brasileira, três se dedicam à normatização de plantas medicinais e fitoterápicos: Farmacognosia; Marcadores e padrões de referência de produtos fitoterápicos; e o de apoio à Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (CTT-APF).

A FB passou por processo de revisão, em parceria com universidades brasileiras, que culminou, em 2010, com a publicação de sua 5ª edição, revogando as quatro edições anteriores. Para isso, todas as monografias passaram por consulta pública, incluindo as de plantas medicinais e seus derivados.

Em outubro de 2011, foi publicado o Formulário Fitoterápico da Farmacopeia Brasileira e está sendo elaborado o Memento Nacional Fitoterápico, coordenados pelo CTT-APF. São códigos oficiais publicados pela FB que incluem monografias diferenciadas: as do Formulário Fitoterápico são constituídas de monografias de medicamentos, contendo a fórmula, sinônimos usados como referência ao produto, forma farmacêutica, orientações para o preparo, embalagem e armazenamento, advertências, indicações terapêuticas e modo de usar, conforme já ocorre com o Formulário Nacional (BRASIL, 2006), cuja primeira edição foi publicada em 2006. A presença da formulação no Formulário a torna oficial, liberando a sua produção na forma de estoque mínimo na farmácia de manipulação e na Farmácia Viva.

O Memento Fitoterápico Nacional incluirá monografias com informações mais genéricas sobre as espécies vegetais, com o intuito de orientar usuários, prescritores, gestores e legisladores, organizando diversas informações disponíveis sobre a espécie descrita, desde seus aspectos agrônômicos, de segurança, eficácia e controle.

Todas as ações realizadas pela Anvisa buscam adequar seus regulamentos e documentos à PNMPF e à PNPIC, liberando ao consumo da população insumos, drogas vegetais notificadas e medicamentos manipulados e industrializados seguros e eficazes.

Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Formulário Nacional**. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 2006. 175 p.

122

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Resolução RDC nº 87, de 21 de novembro de 2008a**. Altera o regulamento técnico sobre Boas Práticas de Manipulação em Farmácias. Disponível em: <http://www.anfarmag.org.br/integra.php?codigo=1247&codcategoria_menu=184>. Acesso em: 10 out. 2011.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Resolução RDC nº 67, de 8 de outubro de 2007**. Dispõe sobre boas práticas de manipulação de preparações magistrais e oficinais para uso humano em farmácias. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/resolucao67_08_10_07.pdf>. Acesso em: 13 out. 2011.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Instrução Normativa 5, de 11 de dezembro de 2008a**. Determina a publicação da lista de medicamentos fitoterápicos de registro simplificado. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/instrucao05_11_12_08.pdf>. Acesso em: 13 out. 2011.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **RDC nº 95, de 11 de dezembro de 2008b**. Regulamenta o texto de bula de medicamentos fitoterápicos. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/resolucao95_11_12_08.pdf>. Acesso em: 13 out. 2011.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **RDC nº 47, de 8 de setembro de 2009**. Estabelece regras para elaboração, harmonização, atualização, publicação e disponibilização de bulas de medicamentos para pacientes e para profissionais de saúde. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/medicamentos/bulas/rdc_47.pdf>. Acesso em: 13 out. 2011.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **RDC nº 10, de 10 de março de 2010**. Dispõe sobre a notificação de drogas vegetais junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/rdc/103202-10.html>>. Acesso em: 13 out. 2011.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **RDC nº 17, de 16 de abril de 2010a**. Dispõe sobre as boas práticas de fabricação de medicamentos. Disponível em: <<http://brasilsus.com.br/legislacoes/rdc/103711-17.html>>. Acesso em: 13 out. 2011.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **RDC nº 14, de 30 de março de 2010b**. Dispõe sobre o registro de medicamentos fitoterápicos. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/rdc/103507-14.html>>. Acesso em: 13 out. 2011.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **IN 05, de 31 de março de 2010c**. Lista de referências bibliográficas para avaliação de segurança e eficácia de medicamentos

fitoterápicos. Disponível em: <www.mp.sp.gov.br/portal/page/.../IN-ANVISA-05-2010.doc>. Acesso em: 13 out. 2011.

BALBINO, E. E.; DIAS, M. F. Farmacovigilância: um passo em direção ao uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos. **Revista Brasileira de Farmacognosia**. 2010. No prelo.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973**. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L5991.htm>. Acesso em: 5 out. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998**. Aprova a Política Nacional de Medicamentos, cuja íntegra consta do anexo desta Portaria. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/legis/consolidada/portaria_3916_98.pdf>. Acesso em: 5 out. 2011.

_____. Presidência da República. **Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999**. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.portaltributario.com.br/legislacao/lei9782.htm>>. Acesso em: 5 out. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução RDC nº 267, de 22 de setembro de 2005**. Regulamento Técnico de Espécies Vegetais para o Preparo de Chás. Disponível em: <<http://www.ivegetal.com.br/Anvisa/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20RDC%20N%C2%BA%20267%20de%2022%20de%20setembro%20de%202005%20-%20Anvisa.htm>>. Acesso em: 5 out. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006**. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde Brasília. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PNPIC.pdf>>. Acesso em: 5 out. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Farmacopeia Brasileira**. Disponível em: <<http://www.farmacopeia.org.br/>>. Acesso em: 21 mar. 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 60 p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.960, de 9 de dezembro de 2008**. Aprova o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e cria o Comitê Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/pri2960_09_12_2008.html>. Acesso em: 13 out. 2011.

OMS. **The importance of Pharmacovigilance: safety monitoring of medicinal products**. Geneva: OMS, 2002.

PERFEITO, J. P. S. **O registro sanitário de medicamentos fitoterápicos no Brasil: uma avaliação da situação atual e das razões de indeferimento**. Dissertação apresentada ao programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde. Universidade de Brasília, 2012. 162 p.

Considerações finais

9

O propósito deste CAP PICs Vol. I foi apresentar a profissionais e gestores o complexo universo das Práticas Integrativas e Complementares, com foco no uso de plantas medicinais e fitoterápios. Essa complexidade se traduz em toda a cadeia produtiva e oferece a possibilidade tanto de aproximação como de atuação de modo interdisciplinar nas ações de saúde. Como considerações finais, aponta-se a síntese dos capítulos num passeio histórico.

O processo de formulação, aprovação e implementação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, desenvolvido de forma transversal e com participação efetiva da sociedade, trouxe avanços para a saúde no País, pela normatização e institucionalização dessas práticas na rede pública, fato comprovado pela ampliação da oferta de serviços e produtos e pela aprovação de políticas, programas e legislação nas três instâncias de governo. Entre os desdobramentos com políticas públicas nacionais para “plantas medicinais e fitoterapia”, cabe destacar a Política e seu Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, com diretrizes e ações para toda a cadeia produtiva de plantas medicinais e fitoterápicos.

Outros avanços oriundos da indução das políticas nacionais merecem destaque, como: ampliação da oferta de serviços e produtos da fitoterapia na rede pública; instituição de grupos técnicos para definição de normas e produtos para o SUS, como a Comafito e os grupos técnicos da Farmacopeia Brasileira; normas desenvolvidas pela Anvisa; revisão das monografias de plantas medicinais pela Farmacopeia Brasileira; instituição do Comitê Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos; inclusão de oito fitoterápicos no Elenco de Referência Nacional de Medicamentos e Insumos Complementares para a Assistência Farmacêutica na Atenção Básica; publicação da Relação Nacional de Plantas Medicinais de interesse para o SUS – Renuis; incentivo à pesquisa e desenvolvimento de plantas medicinais e fitoterápicos, pelo Ministério da Saúde, em parceria com outros órgãos de fomento; inclusão do tema na Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde e na Rede de Pesquisas em Atenção Primária à Saúde; instituição da Farmácia Viva no âmbito do SUS; criação da Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no DAB/SAS/MS; ações de educação permanente para profissionais de saúde; iniciativas de educação popular para usuários; aprovação de políticas e programas estaduais e municipais; e investimentos na estruturação de programas/projetos de fitoterapia no SUS.

Todos esses instrumentos e iniciativas vêm fortalecer as ações/serviços com plantas medicinais e fitoterapia, há muito ofertados no SUS, em sua maioria na Estratégia Saúde da Família, pelos fundamentos e princípios desse nível de atenção/Estratégia e pela característica da prática da fitoterapia, que envolve interação entre saberes, atuação multiprofissional, ações de promoção e prevenção, entre outras. A crescente ampliação da cobertura da ESF e da abrangência e escopo da atenção básica pelo NASF, nas diversas regiões e biomas, denota potencial para ampliação do acesso às ações e serviços, fortalecendo os princípios da universalidade e da integralidade em saúde.

Como preconizado pelas políticas nacionais e pelas recomendações da OMS, na ampliação da oferta desses serviços e produtos, deve-se garantir à população o acesso seguro, eficaz e de qualidade, além de promover o uso racional das plantas medicinais e fitoterápicos, em quaisquer das formas ofertadas: planta medicinal in natura, planta medicinal seca (droga vegetal), fitoterápico manipulado e/ou industrializado.

Nesse sentido, destaca-se a importância da formação/qualificação dos profissionais para atuação nos programas, em conformidade com as diretrizes da Política de Educação na Saúde e da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Nesse campo, pode-se lançar mão de estratégias como o Sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS); o Programa Nacional de Telessaúde; o Programa de Educação Permanente pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde); cursos de especialização e mestrado profissionalizante; entre outros. Aliadas a isso, devem ser consideradas as estratégias de capacitação promovidas pelos Estados e municípios em conformidade com a política nacional.

Além disso, ampliar investimento em pesquisas, priorizando aquelas voltadas às demandas dos serviços, como custo-efetividade na utilização de plantas medicinais e fitoterápicos nos serviços de saúde; e desenvolvendo e inovando produtos (fitoterápicos), priorizando espécies da flora brasileira. Para promoção do uso racional de plantas medicinais e dos fitoterápicos no SUS, cabe promover estratégias de divulgação e informação aos profissionais de saúde, gestores e usuários dos conhecimentos sobre plantas medicinais e fitoterápicos, considerando as metodologias participativas e o saber popular. Outra questão importante na oferta de produtos e serviços de qualidade é a definição das Relações Nacionais de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, do Formulário Fitoterápico Brasileiro e Memento Nacional Fitoterápico, além de instrumento de monitoramento, para acompanhamento e avaliação da inserção e implementação das plantas medicinais e fitoterapia no SUS.

Em continuidade aos esforços na implementação das diretrizes das políticas nacionais, ficam os desafios para estruturar e fortalecer a atenção em plantas medicinais e fitoterapia, como: fortalecimento do apoio institucional a Estados e municípios; alocação de recursos específicos para desenvolvimento das ações dessas políticas (ensino, estruturação de serviços, divulgação e pesquisa); formação/qualificação de profissionais de saúde de acordo com as demandas do SUS; desenvolvimento/adequação de normas específicas para o serviço no SUS (Farmácia Viva); ampliação do investimento em pesquisa, desenvolvimento e inovação de produtos; definição, no âmbito do MS, de incentivo para Estados e municípios no sentido de estimular a inserção da fitoterapia no SUS; ampliação do número de fitoterápicos no elenco da atenção básica; inclusão das ações de PICs na Renases e Rename; entre outros.

Diante de todos os esforços empenhados e avanços percebidos, percebe-se que as iniciativas com respeito à integração das Práticas Integrativas e Complementares no SUS, nesse caso das plantas medicinais e fitoterapia, estão em conformidade com as recomendações da OMS aos seus Estados membros de formulação de Políticas Nacionais de MT/MCA, visando a integrá-las aos sistemas oficiais de saúde; de oferta de serviços e produtos com segurança, eficácia e qualidade; de ampliação do acesso; e de promoção do uso racional das MT/MCA.

Anexos

Anexo A – Publicações de referência

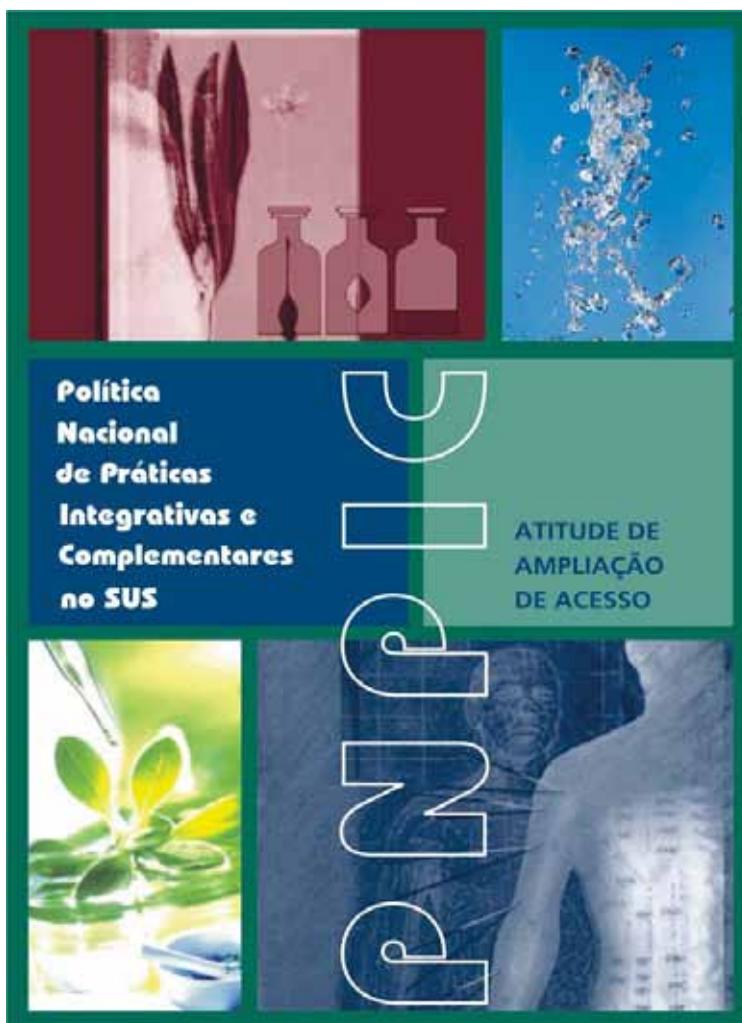
Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 92 p. (Série B – Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pnpic_publicacao.pdf>.

Versões em inglês e espanhol disponíveis em:

<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/geral/pnpic_ingles.pdf>

<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/geral/pnpic_espanol.pdf>



Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência farmacêutica. Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p. (Série B – Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_fitoterapicos.pdf>.

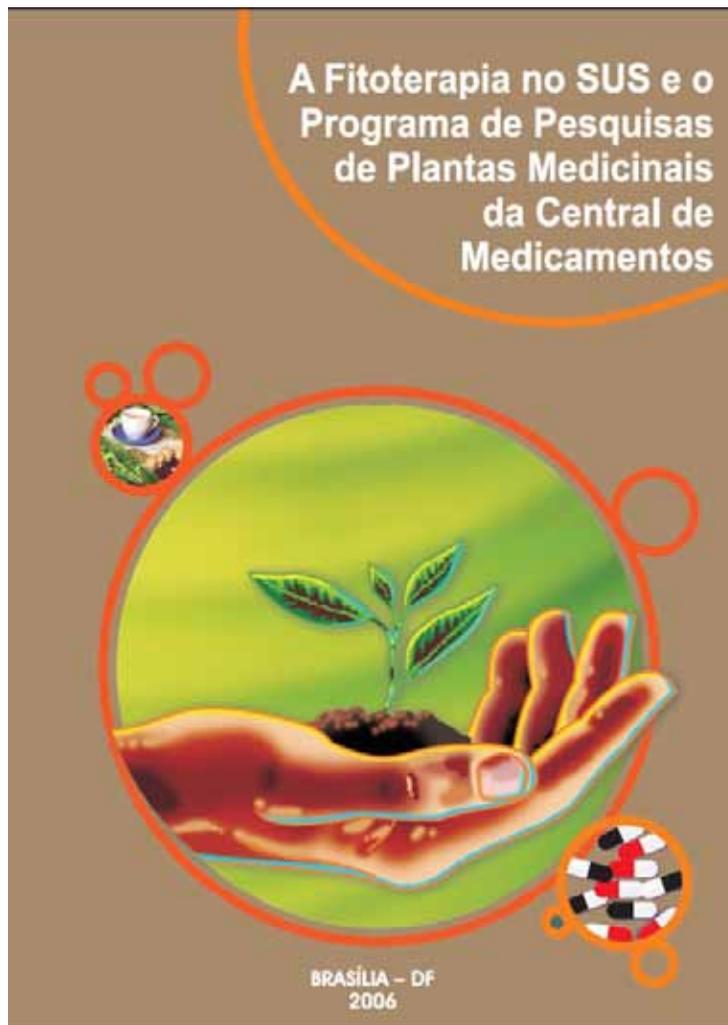
132



A Fitoterapia no SUS e o Programa de Plantas Medicinais da Central de Medicamentos

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência farmacêutica. A fitoterapia no SUS e o Programa de Pesquisas de Plantas Medicinais da Central de Medicamentos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 148 p. (Série B – Textos Básicos de Saúde. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/fitoterapia_no_sus.pdf>.

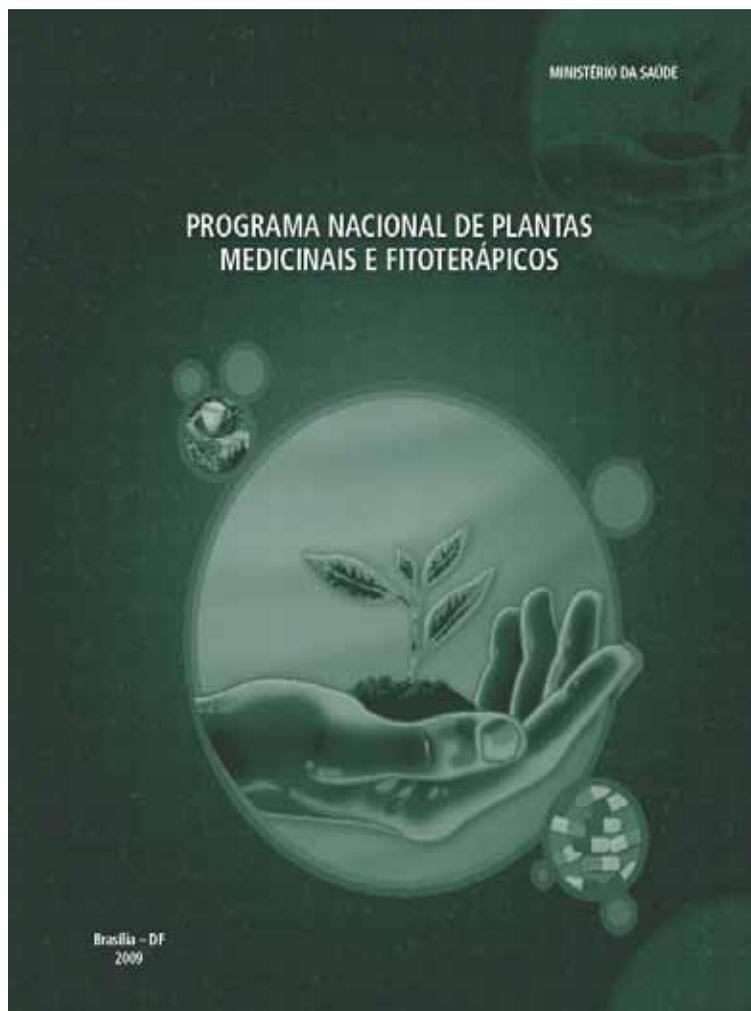


Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 78 p. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/matriz_versao_publicada.pdf>.

134



BRASIL. Ministério da Saúde. Práticas Integrativas e Complementares em Saúde: uma realidade no SUS. Revista Brasileira Saúde da Família. Ano IX, Ed. Especial, maio 2008. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 76 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/revistas/revista_saude_familia18_especial.pdf>.



Relatório do 1º Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, ocorrido em Brasília, de 13 a 15 de maio de 2008.

136



http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/geral/relatorio_1o_sem_pnpic.pdf

Plantas Medicinais e Fitoterapia na Atenção Básica

InfoDAB 2010, de 7 de outubro de 2010.

http://189.28.128.100/dab/docs/geral/plantas_fitoterapia_ab.pdf

Práticas Integrativas e Complementares no SUS: ampliação do acesso

Informe de Atenção Básica, nº 53

Ano IX, julho/agosto de 2009

<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/informes/psfinfo53.pdf>

Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS

Informe de Atenção Básica, nº 35

Ano VII, maio/junho de 2006, ISSN 1806-1192

<http://189.28.128.100/dab/docs/publ>

Anexo B – Histórico de normas/regulamentação para plantas medicinais e fitoterápicos

- Portaria nº 22, de 30 de outubro de 1967, do Congresso Nacional, que estabelece normas para o emprego de preparações fitoterápicas. D.O.U. Diário Oficial da União; Poder Legislativo, Brasília, DF, 16 nov. 1967.
- Portaria nº 212, de 11 de setembro de 1981, do Ministério da Saúde, que, no item 2.4.3., define o “estudo das plantas medicinais como uma das prioridades de investigação clínica”.
- Resolução Ciplan nº 8, de 8 de março de 1988, que dispõe sobre a implantação da prática de fitoterapia nos serviços de saúde, assim como cria procedimentos e rotinas relativas a essa prática nas Unidades Assistenciais Médicas (BRASIL, 1988).
- Parecer nº 04/92 do Conselho Federal de Medicina (aprovado em 17/1/92), que reconhece a fitoterapia como método terapêutico, por isso, deve ter a rigorosa supervisão do Estado, por meio da Divisão de Vigilância Sanitária. A formação de recursos humanos necessita de regulamentação, devendo seguir os parâmetros éticos existentes.
- Portaria nº 31/SVS, da Secretaria de Vigilância Sanitária (6/4/1994), que cria o Grupo de Estudos de Produtos Fitoterápicos.
- Portaria nº 06/SVS, da Secretaria de Vigilância Sanitária (31/1/1995), que institui e normatiza o registro de produtos fitoterápicos junto ao Sistema de Vigilância Sanitária.
- Portaria nº 665, de 1998, do Ministério da Saúde, que cria a Subcomissão Nacional de Assessoramento em Fitoterápicos (Conafit).
- Resolução RDC nº 17, de 2000, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Ministério da Saúde, que dispõe sobre o registro de medicamentos fitoterápicos.
- Portaria nº 254, de 2002, do Ministério da Saúde, que aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. No item 4.5 – Promoção ao uso adequado e racional de medicamentos, estabelece: “Nas ações que envolvem direta ou indiretamente a assistência farmacêutica no contexto da atenção à saúde indígena, devem também compor as práticas de saúde tradicionais dos povos indígenas, que envolvem o conhecimento e o uso de plantas medicinais e demais produtos da farmacopeia tradicional no tratamento de doenças e outros agravos à saúde” (BRASIL, 2002).

- Resolução RDC nº 210/ANVISA, de 4 de agosto de 2003, que determina a todos os estabelecimentos fabricantes de medicamentos o cumprimento das diretrizes estabelecidas no Regulamento Técnico das Boas Práticas para a Fabricação de Medicamentos, conforme o Anexo I da presente resolução.
- Resolução RDC nº 48, de 16 de março de 2004, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Ministério da Saúde, que dispõe sobre o registro de medicamentos fitoterápicos. Concomitantemente à RDC 48, foram publicadas as Resoluções Específicas (RE): RE 88 – Lista de referências bibliográficas para avaliação de segurança e eficácia; RE 89 – Lista de registro simplificado de fitoterápicos (atualizada pela Instrução Normativa 05/dez. 2008); RE 90 – Guia para a realização de estudos de toxicidade pré-clínica; e RE 91 – Guia para realização de alterações, inclusões, notificações e cancelamentos pós-registro.
- Decreto Presidencial de 17 de fevereiro de 2005, que cria grupo de trabalho interministerial para elaboração da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (BRASIL, 2005).
- RDC nº 267/Anvisa, de 22 de setembro de 2005, que aprova o “regulamento técnico de espécies vegetais para o preparo de chás”. Prorrogada(o) por: Resolução RDC nº 181, de 3 de outubro de 2006.
- Portaria GM nº 971/Ministério da Saúde, de 3 de maio de 2006, que aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, contemplando as áreas de plantas medicinais e fitoterapia, medicina tradicional chinesa/acupuntura, homeopatia e termalismo social/crençoterapia (BRASIL, 2006).
- RDC nº 219/Anvisa, de 22 de dezembro de 2006, que aprova a inclusão do uso das espécies vegetais e parte(s) de espécies vegetais para o preparo de chás constante da Tabela 1 do Anexo desta resolução, em complementação às espécies aprovadas pela Resolução Anvisa RDC nº 267, de 22 de setembro de 2005.
- Decreto Presidencial nº 5.813, de 22 de junho de 2006, que aprova a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, e dá outras providências (BRASIL, 2006).
- Portaria GM nº 853, Ministério da Saúde, de 17 de novembro de 2006, que, em seu artigo 1º, contempla “incluir, na tabela de serviços/classificação do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) de Informações do SUS, o serviço de código 068 – Práticas Integrativas e Complementares...”. A fitoterapia está relacionada ao código de classificação 002 (BRASIL, 2006).
- Portaria GM nº 2.311/Ministério da Saúde, de 29 de setembro de 2006, republicada em 22 de fevereiro de 2007, que nomeia grupo de trabalho interministerial para elaborar o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (BRASIL, 2007).
- RDC nº 67/Anvisa, de 8 de outubro de 2007, que dispõe sobre o Regulamento Técnico sobre Boas Práticas de Manipulação de Preparações Magistrais e Oficiais para Uso

Humano em Farmácias e seus Anexos.

- Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008, que cria os núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).
- Portaria SAS/MS nº 154, de 18 de março de 2008, que institui o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, o manual e o Sistema SCNES.
- Resolução nº 477, de 28 de maio de 2008, do Conselho Federal de Farmácia, que dispõe sobre as atribuições do farmacêutico no âmbito das plantas medicinais e fitoterápicos, e dá outras providências.
- Portaria nº 1.274/GM, do Ministério da Saúde, de 25 de junho de 2008, que institui Grupo Executivo para o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.
- RDC nº 87/Anvisa, de 21 de novembro de 2008, que altera o regulamento técnico sobre Boas Práticas de Manipulação em Farmácias.
- RDC nº 95/Anvisa, de 11 de dezembro de 2008, que regula o texto de bula de medicamentos fitoterápicos.
- Portaria Interministerial nº 2.960, de 9 de dezembro de 2008, que aprova o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e cria o Comitê Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.
- Instrução Normativa nº 5/Anvisa, de 11 de dezembro de 2008, que determina a publicação da “lista de medicamentos fitoterápicos de registro simplificado”.
- RDC nº 95/Anvisa, de 11 de dezembro de 2008, que regula o texto de bula de medicamentos fitoterápicos.
- Portaria SAS nº 84, de 25 de março 2009, que adequa o serviço especializado 134 – Serviço de Práticas Integrativas e sua classificação 001 – Acupuntura.
- Instrução Normativa nº 10, de 17 de agosto de 2009, que aprova a relação dos medicamentos isentos de prescrição que poderão permanecer ao alcance dos usuários para obtenção por meio de autosserviço em farmácias e drogarias.
- Portaria nº 2.982/GM, do Ministério da Saúde, de 26 de novembro de 2009, que aprova as normas de execução e de financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica e define o elenco de referência de medicamentos e insumos complementares para a Assistência Farmacêutica na Atenção Básica (inserção de dois fitoterápicos no elenco).
- RDC nº 14, de 31 de março de 2010, que dispõe sobre o registro de medicamentos fitoterápicos.
- Instrução Normativa nº 5, de 31 de março de 2010, que estabelece a lista de referências

bibliográficas para avaliação de segurança e eficácia de medicamentos fitoterápicos.

- RDC nº 10, de 9 de março de 2010, que dispõe sobre a notificação de drogas vegetais junto à Anvisa.
- RDC nº 17, de 16 de abril de 2010, que dispõe sobre as Boas Práticas de Fabricação de Drogas Vegetais sujeitas a notificação.
- Portaria GM nº 886, de 20 de abril de 2010, que institui a Farmácia Viva no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- Portaria GM nº 1.102, de 12 de maio de 2010, que constitui comissão técnica e multidisciplinar de elaboração e atualização da Relação Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (Comafito).
- Portaria nº 4.217/GM/MS, de 29 de dezembro de 2010, que aprova as normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica e insere oito fitoterápicos no elenco (revoga a Portaria nº 2.982/GM/MS, de 26/11/09).
- Portaria SAS nº 470, de 19 de agosto de 2011, que inclui, na Tabela de Serviços/Classificação do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), no serviço de código 125 – serviço de Farmácia, a classificação 007 – Farmácia Viva.
- Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).
- Portaria MS/GM nº 533, de 28 de março de 2012, que estabelece o elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME.

Anexo C – Proposta de oficina para sensibilização de gestores, profissionais do NASF e Saúde da Família e usuários para implementação das diretrizes para plantas medicinais e fitoterapia no SUS

Angelo Giovani Rodrigues
Carmem De Simoni
Marize Girão dos Santos
Rosani Pagani

A aprovação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC) promoveu o desenvolvimento de políticas, programas, ações e projetos em todas as instâncias governamentais, em especial a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (Decreto Presidencial nº 5.813, de 22 de junho de 2006), com diretrizes para toda a cadeia produtiva de plantas medicinais e fitoterápicos e seu programa nacional, aprovada em 2008.

O crescimento na oferta das Práticas Integrativas e Complementares na rede pública trouxe como demanda investimentos em qualificação/formação de profissionais de saúde para implantação e desenvolvimento de ações/serviços na atenção à saúde da população. Nesse sentido, a PNPIC preconiza estratégias de qualificação em conformidade com os princípios e diretrizes estabelecidos para educação permanente e para a fitoterapia, iniciando por curso básico interdisciplinar, com vistas à sensibilização dos profissionais sobre os princípios e diretrizes do SUS, políticas de saúde, Práticas Integrativas e Complementares no SUS, fitoterapia no SUS, normas e regulamentação e uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos.

A Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares/DAB, em parceria com a equipe do NASF, Coordenação Geral de Atenção Básica/DAB, Departamento de Assistência Farmacêutica/SCTIE e Coordenação de Fitoterápicos e Dinamizados/ Anvisa, elaborou proposta de qualificação/sensibilização em plantas medicinais e fitoterapia baseada na estratégia de qualificação adotada pelo NASF, que envolve profissionais de Saúde da Família e NASF, gestores de municípios que desenvolvam ações/serviços em PICs/plantas medicinais e fitoterapia (coordenadores municipais de APS, NASF e Assistência Farmacêutica, coordenador estadual da APS) e controle social.

Essa ação vem ao encontro das diretrizes da PNPIC e da necessidade de ampliação da atenção em fitoterapia na rede pública e se propõe a discutir os princípios e atributos da Atenção Primária à Saúde, da Saúde da Família, o papel dos NASF em relação às equipes de SF e à rede de atenção à saúde locorregional, a fitoterapia no SUS, o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, assim como discutir os aspectos do planejamento das intervenções que venham ao encontro da qualificação da atenção à saúde com plantas medicinais e fitoterapia na atenção primária.

Para promoção do uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos no SUS, devem-se promover estratégias de divulgação e informação aos profissionais de saúde, gestores e usuários dos conhecimentos básicos sobre plantas medicinais e fitoterápicos, considerando as metodologias

participativas e o saber popular; desenvolver ações de informação e divulgação aos usuários do SUS, por meio de cartazes, cartilhas, folhetos, vídeos; e identificar, articular e apoiar experiências de educação popular, informação e comunicação em fitoterapia.

Além disso, os profissionais de saúde deverão fomentar a implementação das PICs na Estratégia Saúde da Família mediante: sensibilização por meio de divulgação de informação das PICs no SUS; apoio matricial em todas as áreas pertinentes, mediante ações interativas e sistematizadas; incentivo a estudos de caso e ações de conjuntas (foco nas equipes); educação permanente, informação e comunicação (foco na população); apoio para a implantação dos serviços e programas municipais de PICs (foco na gestão municipal); estímulo à implantação das PICs pelas equipes de SF; estímulo a projetos de pesquisa em serviço voltados às PICs; atendimento individual, quando necessário.

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF (Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011) foram instituídos com o objetivo de “ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica”. Com esse objetivo, viabilizado pela ampliação das categorias profissionais na rede pública, o NASF vem fomentar, entre outras áreas, as ações em plantas medicinais e fitoterapia que demandam equipe multidisciplinar nas diversas áreas de conhecimento da cadeia produtiva de plantas medicinais e fitoterápicos.

Nesse sentido, com o objetivo de qualificar a atuação das equipes de NASF e Saúde da Família, com foco nas diretrizes para plantas medicinais e fitoterapia no SUS contempladas na PNPIC, propõe-se a realização de oficinas de qualificação do seu processo de trabalho relacionadas às ações de capacitação, atenção à saúde e promoção do uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos. Nessa oficina, pretende-se discutir os princípios e atributos da Atenção Primária à Saúde, o papel dos NASF em relação às equipes de SF e à rede de atenção à saúde locorregional, assim como os aspectos do planejamento das intervenções que venham ao encontro da qualificação da atenção à saúde com plantas medicinais e fitoterapia na atenção primária.

OBJETIVOS

1. Realizar alinhamento conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde;
2. Realizar alinhamento conceitual sobre diretrizes e processo de trabalho do NASF;
3. Discutir e problematizar a atuação do NASF junto às equipes de SF com foco na qualificação da atenção à saúde com plantas medicinais e fitoterapia;
4. Discutir aspectos elementares que possibilitem aos profissionais de saúde aplicar os conhecimentos na área de plantas medicinais e fitoterapia, na formulação, normatização e implantação de projetos e serviços de fitoterapia na rede pública;
5. Desenvolver a compreensão da fitoterapia como possibilidade terapêutica no âmbito da ESF;
6. Promover o acesso e uso racional das plantas medicinais e fitoterápicos.

PRODUTOS

- Alinhamento conceitual;
- Projeto de intervenção por NASF de cada município;
- Definição da forma de multiplicação dos temas da oficina por município;
- Proposta de intervenção para a capacitação de profissionais de saúde para o conhecimento e uso das potencialidades das plantas medicinais e fitoterapia como terapêutica complementar.

METODOLOGIA

- Exposição dialogada sobre a Atenção Primária à Saúde e ESF no Estado;
- Exposição dialogada sobre a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB);
- Exposição dialogada sobre as diretrizes para plantas medicinais e fitoterapia no SUS contidas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) e na Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos;
- Exposição dialogada sobre o NASF e o seu panorama de implantação no Brasil;
- Apresentação de experiência municipal de apoio matricial e/ou de NASF com foco na

inserção das plantas medicinais e fitoterapia no SUS;

- Problematização em grupos de trabalho (construção de projeto de intervenção etc.);
- Construção de proposta de capacitação da equipe do NASF e de SF para a inserção das plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Primária à Saúde.

144

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

1º DIA

MANHÃ

Abertura: acolhida

Integração dos participantes – apresentação das expectativas

- Apresentação das propostas da oficina.

Apresentação e discussão: Atenção Primária à Saúde

- Diretrizes e os atributos da APS/SF;
- Organização, processo de trabalho e atribuições dos profissionais da APS/SF;
- Apresentação da APS no Estado.

Exposição dialogada sobre NASF

- Refletir sobre as diretrizes do NASF;
- Discutir sobre as principais ferramentas e estratégias de ação propostas para os profissionais do NASF;
- Problematizar o processo de trabalho do NASF;
- Discutir o papel do NASF no sistema de saúde.

TARDE

- Políticas públicas em plantas medicinais e fitoterápicos
- Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC)
 - a. Histórico e regulamentação;

- b. Ações e programas de PICs no SUS (homeopatia, MTC/acupuntura, plantas medicinais e fitoterapia, termalismo social e medicina antroposófica);
 - c. Objetivos, diretrizes e ações da PNPIC;
 - d. Responsabilidades dos gestores;
 - e. Avanços e desafios.
- Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos
 - a. Princípios e diretrizes;
 - b. Responsabilidades institucionais;
 - c. Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos;
 - d. Comitê Nacional de Plantas Medicinais;
 - e. Avanços e desafios.
 - Ações transversais entre PICs e outras políticas públicas
 - a. Política Nacional de Atenção Básica, de Práticas Integrativas e Complementares, de Saúde da Pessoa Idosa, de Atenção Integral à Saúde do Homem, entre outras.

2º DIA

MANHÃ

Da planta ao medicamento

- a. Evolução no uso das plantas medicinais;
- b. Etnobotânica e etnofarmacologia: saber popular – saber tradicional – saber científico sobre plantas medicinais;
- c. Conceitos fundamentais em plantas medicinais;
- d. Validação de plantas medicinais.

Plantas medicinais e fitoterapia no SUS

- a. Histórico, regulamentação e conceitos;
- b. Programas de fitoterapia no SUS;

- c. Diretrizes, ações e responsabilidades dos gestores.

Regulamentação para plantas medicinais e fitoterapia na saúde pública

- a. Histórico, a Anvisa e a regulamentação para plantas medicinais e fitoterápicos, conceitos, normas, farmacovigilância, Farmacopeia Brasileira – histórico, objetivos, grupos de trabalho (apoio à PNPMF) e seus produtos.

TARDE

Atenção à saúde com plantas medicinais e fitoterápicos

- a. Fitoterapia na Saúde da Família;
- b. Cuidado ao paciente/usuário;
- c. Evolução do tratamento.

Plantas medicinais e fitoterapia na assistência farmacêutica

- a. Ciclo da assistência farmacêutica;
- b. Elenco de plantas medicinais e de fitoterápicos;
- c. RENISUS;
- d. Formas de acesso a plantas medicinais e fitoterápicos;
- e. Elenco de referência nacional de medicamentos e insumos complementares para a assistência farmacêutica na atenção básica;
- f. Financiamento na Assistência Farmacêutica Básica.

3º DIA

MANHÃ

Educação em saúde

- a. Cultivo de plantas medicinais;
- b. Remédios caseiros com plantas medicinais: orientações para o preparo e uso;
- c. Promoção do uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos;
- d. Farmacovigilância.

Apresentação de experiência municipal exitosa na atenção à saúde com plantas medicinais e fitoterapia

TARDE

Estratégias de implantação e gestão de serviços/programas: desenvolvimento e implementação de políticas e programas de plantas medicinais e fitoterapia, interação das áreas do conhecimento na cadeia produtiva de plantas medicinais e fitoterápicos.

Divisão em subgrupos para reflexão:

- “Como posso inserir as plantas medicinais e fitoterapia na rede assistencial do meu município?”
- “Como posso melhorá-la desencadeando o processo de intervenção?”

Pós-teste

Avaliação da oficina (ex. “que bom”, “que pena”, “que tal...”)

PARTICIPANTES

- Gestores de municípios que desenvolvam ações/serviços em Práticas Integrativas e Complementares/plantas medicinais e fitoterapia (coordenadores municipais de APS, NASF e Assistência Farmacêutica, coordenador estadual da APS);
- Equipe de Saúde da Família e equipe do NASF;
- Controle social.

METODOLOGIA

Serão realizadas oficinas ativoparticipativas tendo como base o diálogo constante e a troca de experiências, de forma a estimular a reflexão, abrindo um espaço real de participação e construção de um novo olhar sobre a atuação das equipes na proposta de incorporação do conhecimento e uso das potencialidades das plantas medicinais e fitoterapia como terapêutica complementar.

Do total de profissionais a serem treinados por Estado, serão formados grupos de, no máximo, 60 profissionais, possibilitando, assim, a participação efetiva de todos. A quantidade dos grupos será formada conforme demanda do Estado.

CRONOGRAMA

A carga horária total da oficina será de 24 horas, distribuídas em três dias, com dois turnos de quatro horas/dia.

MATERIAIS

Textos e material didático (flip-chart, papel craft, pincéis atômicos, fitas adesivas, barbante, pastas, canetas, blocos), DVD-player, datashow, crachás e certificados, relatório e plano de ação.

148

RECURSOS HUMANOS

Dois facilitadores por grupo.

PUBLICAÇÕES/TEXTOS DE REFERÊNCIA

1. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pnpic_publicacao.pdf

2. Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_fitoterapicos.pdf

3. A Fitoterapia no SUS e o Programa de Plantas Medicinais da Central de Medicamentos

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/fitoterapia_no_sus.pdf

4. Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/matriz_versao_publicada.pdf

5. BRASIL. Ministério da Saúde. Práticas Integrativas e Complementares em Saúde: uma realidade no SUS. Revista Brasileira Saúde da Família. Ano IX, Ed. Especial (maio/2008). Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 76 p.

6. Relatório do 1º Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, ocorrido em Brasília, de 13 a 15 de maio de 2008.

http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/geral/relatorio_1o_sem_pnpic.pdf

7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica de Diretrizes do NASF/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 160 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica; n. 27– Versão Preliminar).
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 4. Ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 68 p.– (Série E. Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v.4).
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2. Ed- Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

Anexo D – Considerações sobre hortos de plantas medicinais em programas públicos de fitoterapia

150

A implantação de hortos municipais com espécies de plantas medicinais para atender às demandas dos programas no SUS torna possível a utilização de recursos naturais em busca de qualidade de vida e saúde. O cultivo dessas plantas é fundamental para a autossustentabilidade e se presta a produzir matéria-prima de qualidade e em quantidade para a demanda dos programas, adotando as boas práticas agrícolas. Além disso, os hortos são importantes locais de aglutinação cultural e ações de educação popular e permanentes de profissionais de saúde e da população, tanto na área da saúde quanto ambiental.

As considerações seguintes se propõem, apenas, a alertar os profissionais de saúde dos diversos fatores que interagem e que devem ser levados em conta na produção das plantas medicinais, com vistas à oferta de matéria-prima de qualidade. Isso se traduz na adoção das boas práticas agrícolas na produção dessas espécies.

- O primeiro passo para implantação dos hortos é a formação de parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde, a população e órgãos ligados ao cultivo de plantas medicinais, como universidades, Secretarias Municipais de Agricultura, para que haja acompanhamento de profissionais da área agrônômica em todas as etapas de produção.
- Além de matéria-prima para dispensação de fitoterápicos nas UBS, os hortos podem ser fonte de mudas para plantio nos quintais da comunidade, além de suporte para ações de educação popular, educação permanente para profissionais de saúde e outras ações para promoção da saúde.
- Os hortos devem atender às boas práticas de cultivo, preservando a qualidade do ar, do solo e da água, para a produção de matéria-prima de qualidade. Dica: consultar normas/publicações do Ministério da Agricultura e Abastecimento sobre “Boas Práticas Agrícolas de Plantas Medicinais”.
- As espécies cultivadas, identificadas botanicamente, podem ser aquelas oriundas da relação de plantas medicinais nacional, estadual ou municipal, ou aquelas de amplo conhecimento das pessoas no local e que tenham seus usos validados. Assim, sempre que possível, as mudas devem ser originárias de hortos públicos municipal/estadual, universidades e instituições de pesquisa.
- Os fatores ambientais como temperatura, umidade relativa do ar, duração do dia, luz, solo, disponibilidade de água e nutrientes, além da latitude e longitude, influenciam na produção das espécies e de seus princípios ativos responsáveis pela ação medicamentosa. Nesse sentido, algumas plantas não conseguem se desenvolver bem em determinadas regiões e, mesmo que cresçam, poderão não produzir os princípios ativos.

- O local deve ser protegido de animais, da poeira, de sentido de vento que traga poluição, estar perto de água em quantidade e qualidade, ter baixa declividade e os canteiros devem ser orientados no sentido norte-sul.
- Preferência para solos profundos e com baixa declividade, permitindo a conservação das estruturas de canteiros e reduzindo a possibilidade de erosão.
- Utilizar adubos orgânicos isentos de contaminação e que estejam completamente "curtidos", quando de origem animal, e/ou submetido à compostagem, quando se tratar de restos culturais.
- Desaconselha-se o uso de adubos químicos e agrotóxicos, pois podem alterar a composição da planta, com perda de seu valor medicinal, podendo até provocar efeitos colaterais ou tóxicos.
- Utilizar cobertura morta (restos de culturas, palhas, capins secos, por exemplo) em toda a área da produção, impedindo os respingos da chuva do solo nas partes aéreas que promoveriam a contaminação.
- A colheita deve ser realizada quando as plantas estiverem com maior produção de biomassa e no ponto de maior concentração de princípios ativos, levando-se em consideração a variação na composição dos princípios ativos ao longo das diferentes fases de desenvolvimento da planta e do transcorrer do dia. Outro cuidado durante a colheita é a preservação da integridade das partes colhidas para diminuir a perda de princípios ativos, como é o caso de plantas produtoras de óleos essenciais que possuem suas estruturas secretoras e armazenadoras na superfície das folhas.
- A secagem e o armazenamento devem ser realizados em local com controle de umidade, temperatura e luz, permitindo a conservação das plantas hermeticamente fechadas pelo tempo apropriado para tal.

(Síntese do texto elaborado por Daniel Sales Pimenta)



DISQUE SAÚDE



Ouvidoria Geral do SUS.
www.saude.gov.br

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs



Ministério da
Saúde

