UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA

"JULIO DE MESQUITA FILHO"

FACULDADE DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

CAMPUS DE ARARAQUARA

DIAGNÓSTICO DOS PROGRAMAS DE PLANTAS MEDICINAIS E MEDICAMENTOS FITOTERÁPICOS, VISANDO SUBSIDIAR A DISTRIBUIÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

ELY EDUARDO SARANZ CAMARGO

ORIENTADOR: Prof. Dr. Anselmo Gomes de Oliveira

CO-ORIENTADORA: Profa. Dra. Mary Anne Medeiro Bandeira

ARARAQUARA – SP

2010

Livros Grátis

http://www.livrosgratis.com.br

Milhares de livros grátis para download.

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA

"JULIO DE MESQUITA FILHO"

FACULDADE DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

CAMPUS DE ARARAQUARA

DIAGNÓSTICO DOS PROGRAMAS DE PLANTAS MEDICINAIS E MEDICAMENTOS FITOTERÁPICOS, VISANDO SUBSIDIAR A DISTRIBUIÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

ELY EDUARDO SARANZ CAMARGO

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Área de Pesquisa e Desenvolvimento de Fármacos e Medicamentos, da Faculdade de Ciências Farmacêuticas, UNESP, como parte dos requisitos para obtenção do título de doutor em ciências farmacêuticas.

ORIENTADOR: Prof. Dr. Anselmo Gomes de Oliveira

CO-ORIENTADORA: Profa. Dra. Mary Anne Medeiro Bandeira

ARARAQUARA – SP

2010

Ficha Catalográfica

Elaborada Pelo Serviço Técnico de Biblioteca e Documentação

Faculdade de Ciências Farmacêuticas

UNESP – Campus de Araraquara

Camargo, Ely Eduardo Saranz

C172d Avaliação dos programas de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos, visando subsidiar a sua reorientação no Sistema Único de Saúde. / Ely Eduardo Saranz Camargo. – Araraquara, 2010.

223 f.

Tese (Doutorado) – Universidade Estadual Paulista. "Júlio de Mesquita Filho". Faculdade de Ciências Farmacêuticas. Programa de Pós Graduação em Ciências Farmacêuticos

Orientador: Anselmo Gomes de Oliveira

Co-orientador: Mary Anne Medeiros Bandeira

1. Fitoterapia. 2. Plantas medicinais. 3. Sistema Único de Saúde (Brasil). I.Oliveira, Anselmo Gomes de., orient. II. Bandeira, Mary Anne Medeiros, co-orient. III. Título.

CAPES: 40300005

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JULIO DE MESQUITA FILHO"
FACULDADE DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS
CÂMPUS DE ARARAQUARA

“AVALIAÇÃO DOS PROGRAMAS DE PLANTAS MEDICINAIS E MEDICAMENTOS FITOTERÁPICOS, VISANDO SUBSIDIAR A SUA REORIENTAÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE”

Candidato: ELY EDUARDO SARANZ CAMARGO

Data da defesa pública: 20 de agosto de 2010

Comissão Examinadora

1. Prof. Dr. ANSELMO GOMES DE OLIVEIRA –
   Orientador - Departamento de Fármacos e Medicamentos da Faculdade de Ciências Farmacêuticas do Câmpus de Araraquara da UNESP

2. Profa. Dra. MARA ZÉLIA DE ALMEIDA
   Departamento de Medicamento da Universidade Federal da Bahia

3. Profa. Dra. RAQUEL REGINA DUARTE MOREIRA
   Departamento de Principios Ativos Naturais e Toxicologia da Faculdade de Ciências Farmacêuticas do Câmpus de Araraquara da UNESP

4. Profa. Dra. LEONIA MARIA BATISTA
   Departamento de Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal da Paraiba

5. Profa. Dra. NIRLA RODRIGUES ROMERO
   Departamento de Química Farmacêutica da Universidade Federal do Ceará

“O SENHOR FEZ A TERRA PRODUZIR OS MEDICAMENTOS:
O HOMEM SENSATO NÃO OS DESPREZA.
UMA ESPÉCIE DE MADEIRA NÃO ADOÇOU O AMARGOR DA ÁGUA?
ESSA VIRTUDE CHEGOU AO CONHECIMENTO DOS HOMENS.
O ALTISSIMO DEU-LHES A CIÊNCIA DA MEDICINA.
PARA SER HONRADO EM SUAS MARAVILHAS;
E DELA SE SERVE PARA ACALMAR AS DORES E CURÁ-LAS;
O FARMACÊUTICO FAZ MISTURAS AGRADÁVEIS,
COMPÕE UNGUENTOS ÚTEIS À SAÚDE,
E SEU TRABALHO NÃO TERMINARÁ,
ATÉ QUE A PAZ DIVINA SE ESTENDA SOBRE A FACE DA TERRA.”

Eclesiástico – 38; 4-8

Dedicatória

As três mulheres muito especiais na minha vida, que em todos esses anos sempre estiveram comigo nos momentos felizes e difíceis da minha trajetória. Minha esposa Célia e minhas filhas: Bruna e Victória.

"Tenho a esperança de ver em realização o estudo e a aplicação do conhecimento sobre nossas plantas medicinais quanto a seu emprego social ou industrial realizado por nossos pesquisadores, especialmente os farmacêuticos, inspirados na principal diretriz recomendada pela OMS"

Prof. Dr. Francisco José de Abreu Matos †

Agradecimentos Especiais

Ao Prof. Dr. Anselmo Gomes de Oliveira, por ter me aceito como orientado e acompanhado o trabalho com dedicação e amizade.

A Profa. Dra. Mary Anne Medeiros Bandeira, por ter aceito a co-orientação desse trabalho com dedicação e amizade.

Ao Dr. Jaldo de Souza Santos, presidente do Conselho Federal de Farmácia, onde proporcionou condições para que as visitas técnicas pudessem ser realizadas.

Ao Dr. Angelo Giovani, assessor do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, que nos passou todas as informações contidas no Departamento de Assistência Farmacêutica.

Ao Dr. Dirceu Barbano, diretor adjunto da Anvisa, que encaminhou os questionários aos municípios, como coordenador do DAF na época.

A Dra. Kátia Torres, assessora técnica do DAF, pelo empenho no envio dos questionários.

Agradecimentos

A minha mãe, que sempre me apoiou;

Aos colegas e amigos do Plenário do Conselho Federal de Farmácia;

A Diretoria do Conselho Federal de Farmácia;

A minha família pelo incentivo na conquista desse trabalho;

Aos amigos do Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo;

Aos amigos do Sindicato dos Farmacêuticos no Estado de São Paulo;

Aos amigos da Comissão de Fitoterapia do CFF;

Aos amigos da Comissão de Industria e Transporte do CFF;

Aos amigos assessores técnicos da presidência do CFF: Jarbas, Maldonado e Tarcisio;

Aos coordenadores dos programas de: Betim, Brasília, Campinas, Cuiabá, Fortaleza, Ipatinga, Macapá, Pindamonhagaba, Rio de Janeiro, Vitória;

Aos amigos da FEF, Giovani, Ocimar, Reges, Osmar e Iara;

As funcionárias do Departamento de Pós Graduação da Faculdade de Ciências Farmacêuticas – UNESP – Araraquara;

A todos que, mesmo de forma indireta me apoiaram para finalização dessa tese.

SUMÁRIO

		Lista de abreviações	9
		Índice de tabelas	10
		Índice de figuras	11
		Resumo	16
		Abstract	18
I		**Introdução**	20
	1	Breve histórico sobre o uso de plantas medicinais e fitoterápicos	21
	2	Contribuição dos naturalistas ao conhecimento das plantas medicinais, do Brasil, do período colonial à atualidade	25
	3	Regulamentação do uso das plantas medicinais no Sistema Único de Saúde	37
II		**Objetivos**	47
	1	Objetivos gerais	47
	2	Objetivos específicos	47
	3	Natureza do problema e hipótese	47
III		**Justificativa**	49
IV		**Metodologia**	51
V		**Resultados e Discussões**	55
	1	Critérios adotados para elaboração da proposta de fitoterápicos inseridos no Sistema Único de Saúde	55
	2	Diagnóstico dos programas de fitoterapia inseridos no Sistema Único de Saúde, elaborado pelo Departamento de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde	60
	3	Diagnóstico dos Programas de Distribuição de Plantas Medicinais e Medicamentos Fitoterápicos , inseridos no Sistema Único de Saúde	69
	4	Discussão dos resultados obtidos com os questionários	115
	5	Visitas técnicas realizadas nos municípios que implantaram programa de distribuição de plantas medicinais e fitoterápicos inseridos no Sistema Único de Saúde	120
	5.1	O programa Farmácias Vivas do Estado do Ceará	121
	5.2	O Programa Farmácia Verde de Ipatinga – MG	139
	5.3	O programa do IEPA – Instituto de Pesquisa Científica e Tecnológica do Estado do Amapá	149
	5.4	O programa de plantas medicinais e fitoterápicos do município do Rio de Janeiro – RJ	157
	5.5	O programa do Núcleo de Suporte a Assistência Farmacêutica em Terapias não Convencionais de Brasília - DF	164
	5.6	O programa Botica da Família do município de Campinas - SP	167
	5.7	O programa Farmácia Viva no SUS do município de Betim - MG	170
	5.8	O programa de Fitoterápicos do município de Vitória - ES	174
	5.9	O Programa Fitoviva – Cuiabá - MT	177
	5.10	O Programa do CEPIC – Pindamonhangaba - SP	180
	5.11	Visita técnica na aldeia indígena dos Wajãmpi – Pedra Branca do Amassari – AP	182
VI		**Conclusões**	184
VII		**Referências**	188
VIII		**Glossário**	199
IX		**Apêndice**	205
X		**Anexo**	219

LISTA DE ABREVIAÇÕES

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
Anvisa	Agencia Nacional de Vigilância Sanitária
Associofito	Associação Brasileira de Fitoterapia em Serviços Públicos
BPF	Boas Práticas de Fabricação
Cati	Coordenação de Assistência Integral
Cedefam	Centro de Desenvolvimento da Família
Ceme	Central de Medicamentos
Cepic	Centro de Práticas Integrativas e Complementares
CFF	Conselho Federal de Farmácia
CFM	Conselho Federal de Medicina
Ciatec	Centro Incubador de Alta Tecnologia
Conafit	Comissão Nacional de Fitoterápia
Conasems	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
Conass	Conselho Nacional de Saúde
Cpqba	Centro Pluridisciplinar de Pesquisas Químicas, Biológicas e Agricolas
CRF	Conselho Regional de Farmácia
DAB	Departamento de Assistência Básica
DAE	Departamento de Atenção Especial
DAF	Departamento de Assistência Farmacêutica
EUA	Estados Unidos da América
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
Ibpm	Instituto Brasileiro de Plantas Medicinais
Iepa	Instituto de Pesquisa Científica e Tecnológica do Amapá
MS	Ministério da Saúde
Nufito	Núcleo de Fitoterapia
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização não Governamental
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
Pnpic	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
POP	Procedimento Operacional Padrão
Pnpmf	Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos
PSF	Programa de Saúde da Família
RAF	Relatório Anual de Fiscalização
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
Reliplam	Rede Latino Americana de Plantas Medicinais
Renafito	Relação Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos
Renisus	Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse do SUS
SAS	Secretaria de Atenção a Saúde
Sctie	Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos
Sobrafito	Sociedade Brasileira de Fitomedicina
SUS	Sistema Único de Saúde
UFC	Universidade Federal do Ceará
Unesp	Universidade Estadual Paulista
Unifor	Universidade de Fortaleza
Unitau	Universidade de Taubaté

NÚMERO	ÍNDICE DE TABELAS	PÁGINA
1	Elenco das espécies selecionadas para estudo na CEME	58
2	Comparação de preços dos fitoterápicos inseridos na Renisus	117
3	Elenco de plantas medicinais selecionadas pelo comitê estadual de fitoterapia do Estado do Ceará	124
4	Lista de fitoterápicos selecionados pelo núcleo de fitoterapia do Estado do Ceará com suas respectivas indicações terapêuticas	128
5	Percentual de citações das plantas medicinais que compõem os hortos dos programas Farmácias Vivas do Estado do Ceará	132
6	Relação de fitoterápicos com percentual de citação de acordo com os formulários respondidos pelos programas Farmácias Vivas do Estado do Ceará	134
7	Plantas medicinais cultivadas no programa Farmácia Verde em Ipatinga/MG	140
8	Fitoterápicos manipulados no programa Farmácia Verde em Ipatinga/MG	145
9	Plantas medicinais padronizadas no programa Farmácia da Terra - AP	150
10	Plantas medicinais cultivadas no programa de fitoterapia do Rio de Janeiro – RJ	159
11	Fitoterápicos preparados a partir das plantas cultivadas no programa de fitoterapia do Rio de Janeiro - RJ	160
12	Plantas medicinais selecionadas no programa de fitoterapia de Brasília - DF	164
13	Fitoterápicos preparados no programa de fitoterapia de Brasília - DF	165
14	Plantas medicinais cultivadas no programa Botica da Família em Campinas - SP	168
15	Fitoterápicos produzidos no programa Botica da Família em Campinas - SP	169
16	Plantas medicinais padronizadas no programa Farmácia Viva – SUS – Betim - MG	171
17	Fitoterápicos produzidos no programa Farmácia Viva – SUS – Betim – MG	172
18	Plantas medicinais padronizadas no programa do município de Vitória - ES	175
19	Fitoterápicos padronizados no programa de Vitória - ES	176
20	Plantas medicinais cultivadas no programa Fitoviva de Cuiabá - MT	178

FIGURAS	ÍNDICE DE FIGURAS	PÁGINA
Figura 1	Evolução dos gastos com medicamentos pelo Ministério da Saúde de 2003 a 2008	55
Figura 2	Percentual de gastos com medicamentos relacionado com o orçamento destinado ao Ministério da Saúde	55
Figura 3	Percentual de investimentos na saúde pública do Brasil, nos anos de 2003 a 2006	56
Figura 4	Percentual de municípios que implantaram seus programas com recursos próprios	62
Figura 5	Tempo de existência dos programas em atividades	63
Figura 6	Motivos que levaram os municípios e estados a implantarem os programas	63
Figura 7	Percentual de programas que possuem horto próprio	64
Figura 8	Origem das mudas para formação dos hortos nos programas	63
Figura 9	Percentual de programas que possuem parcerias com outras entidades	65
Figura 10	Motivos adotados para a escolha do elenco das plantas medicinais nos programas	66
Figura 11	Percentual de programas com oficinas farmacêuticas	67
Figura 12	Percentual de programas em que a fitoterapia faz parte da assistência farmacêutica do município	67
Figura 13	A- Percentual de programas que devolveram os formulários respondidos. B- Percentual de programas em atividades no país	70
Figura 14	Percentual de programas que integram o Farmácias Vivas	71
Figura 15	Distribuição dos programas por estados da federação	72
Figura 16	Distribuição dos programas em atividades, por região do país	73
Figura 17	Números de municípios em que os programas foram implantados e abandonados	74
Figura 18	Distribuição do percentual de programas que chegaram a implantar os serviços de distribuição de plantas medicinais e fitoterápicos no SUS	74
Figura 19	Distribuição cronológica da implantação dos programas	75
Figura 20	Motivos que levaram os municípios a implantar programas, que estão em atividades	75
Figura 21	Motivos que justificam a implantação dos programas de fitoterapia	76
Figura 22	Razões da implantação dos programas que se encontram em atividades no país	77
Figura 23	Aquisição dos fitoterápicos para composição dos medicamentos padronizados nos municípios	77
Figura 24	Percentual de programas que estão inseridos na Assistência Farmacêutica do município	78
Figura 25	Outras práticas integrativas e complementares implantados nos municípios	78
Figura 26	Dificuldades encontradas pelos municípios para a implantação dos programas de fitoterapia	79
Figura 27	Facilidades encontradas pelos municípios para a implantação dos programas de fitoterapia	80
Figura 28	Recursos usados para implantação dos programas	81
Figura 29	Percentual de programas que possuem parcerias com outras instituições	81
Figura 30	Envolvimento dos programas que possuem fitoterapia com outras instituições	82
Figura 31	Motivos alegados pelos prescritores que não aderiram a fitoterapia	84

Figura 32	Percentual dos profissionais envolvidos com serviços de fitoterapia nos programas	84
Figura 33	Percentual de programas que integram o Programa de Saúde da Família	85
Figura 34	Percentual dos profissionais envolvidos nos programas que conhecem a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos	86
Figura 35	Percentual de programas que possuem cursos de capacitação para os profissionais envolvidos	87
Figura 36	Percentual de programas que proporcionam trabalhos educativos em fitoterapia com a comunidade local	88
Figura 37	Percentual dos programas que proporcionam acompanhamento dos pacientes em uso de fitoterápicos	88
Figura 38	Medidas adotadas para avaliação da eficácia do tratamento com plantas medicinais e fitoterápicos nos programas de fitoterapia em atividades	89
Figura 39	Tipos de orientações dadas aos usuários de fitoterápicos	89
Figura 40	Percentual de programas em que a eficácia dos fitoterápicos são avaliadas	90
Figura 41	Procedimentos utilizados na avaliação da eficácia dos fitoterápicos	91
Figura 42	Critérios adotados nos programas na padronização das espécies	92
Figura 43	Critérios adotados na determinação da posologia dos fitoterápicos nos programas	93
Figura 44	Percentual de programas que cultivam plantas medicinais	94
Figura 45	Distribuição do tipo de horto de plantas medicinais encontrados nos programas	94
Figura 46	Procedência das matrizes para formação dos hortos de plantas medicinais nos programas	95
Figura 47	Percentual de programas que realizam identificação botânica nas espécies	96
Figura 48	Profissionais que realizam identificação botânica nas espécies	96
Figura 49	Épocas do ano em que são realizados replantio das espécies vegetais nos programas	97
Figura 50	Critérios adotados nos programas para coleta das espécies vegetais	98
Figura 51	Características das plantas observadas durante a coleta pelos programas	99
Figura 52	Percentual de programas que realizam descontaminação das plantas medicinais após a coleta	99
Figura 53	Percentual de programas que possuem área de secagem das espécies vegetais	100
Figura 54	Métodos de secagem das plantas medicinais nos programas de fitototerapia	101
Figura 55	Destino das espécies medicinais cultivadas nos programas de fitoterapia	101
Figura 56	Percentual de programas que possuem iniciativas para desenvolvimento de agricultura familiar	102
Figura 57	Percentual de programas que adquirem matérias-primas de terceiros	103
Figura 58	Distribuição de programas que adquirem matéria-prima e extratos para produção dos fitoterápicos	103
Figura 59	Percentual de programas que utilizam matéria-prima de terceiro	104
Figura 60	Percentual de programas que possuem procedimentos para	104

	aquisição de matéria-prima de terceiro	
Figura 61	Percentual de programas que possuem o farmacêutico como responsável técnico pela manipulação dos fitoterápicos	105
Figura 62	Percentual de programas que atuam na saúde bucal	106
Figura 63	Tipo de laboratório envolvido no preparo dos fitoterápicos	107
Figura 64	Percentual de programas legalizados nos respectivos Conselhos Regionais de Farmácia	107
Figura 65	Percentual de programas que possuem certificados de Boas Práticas de Fabricação	108
Figura 66	Número de profissionais envolvidos nos programas de fitoterapia	108
Figura 67	Formação dos profissionais envolvidos nos programas de fitoterapia	109
Figura 68	Tipos de formas farmacêuticas produzidas nas oficinas farmacêuticas dos programas	109
Figura 69	Percentual de programas que possuem informativos para profissionais e população	110
Figura 70	Percentual dos programas em que são realizados controle de qualidade nos fitoterápicos	112
Figura 71	Percentual de programas que realizam controle macroscópico nas espécies vegetais cultivadas	113
Figura 72	Testes realizados nos fitoterápicos nos programas de fitoterapia	113
Figura 73	Percentual de programas que recebem recursos para manutenção dos serviços	113
Figura 74	Horto de plantas medicinais da UFC	126
Figura 75	Horto da UFC	126
Figura 76	Fachada da oficina farmacêutica Maria Lucia Gurgel	126
Figura 77	Laboratório de produção de semi-sólidos	126
Figura 78	Laboratório de produção de sólidos	127
Figura 79	Laboratório de controle físico-químico e microbiológico	127
Figura 80	Percentual de programas Farmácias Vivas do Estado do Ceará que possuem oficina farmacêutica	133
Figura 81	Percentual de programas Farmácias Vivas do Estado do Ceará que possuem horto próximo da oficina farmacêutica	133
Figura 82	Percentual de oficinas farmacêuticas do programa Farmácias Vivas do Est. Ceará que atendem a legislação sanitária	135
Figura 83	Programas Farmácias Vivas do Est. Ceará que possuem acompanhamento clinico do paciente em uso de fitoterápico	136
Figura 84	Farmácia Verde e equipe técnica de Ipatinga/MG	141
Figura 85	Cultivo de plantas medicinais de Ipatinga/MG	141
Figura 86	Preparo das sementes e do solo para plantio, no Farmácia Verde	142
Figura 87	Plantio das mudas de plantas medicinais no Farmácia Verde	142
Figura 88	Produção de mudas no Farmácia Verde	143
Figura 89	Viveiro de mudas para replantio , Farmácia Verde	143
Figura 90	Coleta das plantas medicinais no Farmácia Verde	143
Figura 91	Triagem e descontaminação das plantas medicinais do Farmácia Verde	144
Figura 92	Secagem das plantas medicinais do Farmácia Verde	144
Figura 93	Secagem de capítulos floridos em estufa, no Farmácia Verde	144
Figura 94	Produção de extratos e tinturas no Farmácia Verde	144
Figura 95	Distribuição de fitoterápicos do programa Farmácia Verde de Ipatinga/MG	147
Figura 96	Sede do programa de plantas aromáticas IEPA	152
Figura 97	Cultivo de plantas medicinais do IEPA	152
Figura 98	Coleta de plantas medicinais do IEPA	152
Figura 99	Beneficiamento de plantas medicinais no IEPA	152

Figura 100	Viveiro de plantas medicinais da comunidade de Mazagão Velho/AP	153
Figura 101	Coleta na Floresta Amazônica –IEPA	153
Figura 102	Treinamento de coleta em comunidade indígena – IEPA	154
Figura 103	Produção de insumos farmacêuticos na oficina farmacêutica do IEPA	154
Figura 104	Controle de qualidade da oficina farmacêutica do IEPA	154
Figura 105	Oficina farmacêutica do IEPA	155
Figura 106	Cartilha usada no Farmácia da Terra, para educação continuada	156
Figura 107	Fazenda modelo e cultivo de plantas medicinais no programa do Rio de Janeiro	158
Figura 108	Área de plantio de espécies medicinais do Rio de Janeiro	158
Figura 109	Área de preparo de mudas do programa do Rio de Janeiro	158
Figura 110	Oficina farmacêutica do Hospital M. Raphael de Paula e Souza do programa do Rio de Janeiro	161
Figura 111	Armazenamento de plantas e insumos farmacêuticos do H. Paula Souza – Rio de Janeiro	161
Figura 112	Laboratório de produção de fitoterápicos do H. Paula Souza – Rio de Janeiro	161
Figura 113	Envase de produtos semi-sólidos da oficina farmacêutica do H. Paula Souza – Rio de Janeiro	161
Figura 114	Números de prescrições de fitoterápicos do programa do Rio de Janeiro no período de 2005 a 2008	162
Figura 115	Quantidades de produtos semi-sólidos para uso externo, distribuídos no programa de fitoterapia do Rio de Janeiro	163
Figura 116	Quantidades de tinturas e xaropes para uso interno, distribuídos no programa de fitoterapia do Rio de Janeiro	163
Figura 117	Vista geral da oficina farmacêutica do programa de fitoterapia do DF	166
Figura 118	Laboratório de produção da oficina farmacêutica do DF	166
Figura 119	Envase de xarope na oficina farmacêutica do DF	166
Figura 120	Plantio de espécies vegetais no Parque da Cidade do programa de Vitória/ES	176
Figura 121	Mandala de plantas medicinais em UBS de Vitória/ES	176
Figura 122	Orientação em cultivo de plantas medicinais no horto Fitoviva de Cuiabá/MT	179
Figura 123	Herbário da UFMT	179
Figura 124	Trabalho com a comunidade em UBS de Cuiabá/MT	179
Figura 125	Pajé da tribo dos Wajãmpi – Amapá	183
Figura 126	Cacique de uma das aldeias mostrando o uso do taperebá como cicatrizante.	183
Figura 127	Cacique de outra aldeia dos Wajãmpi mostrando como são realizadas as coletas de plantas medicinais.	183

Resumo

Os sistemas de saúde em todo o mundo estão em fase de transição. As mudanças nos trazem diariamente diferentes prioridades e expectativas e uma nova série de acrônimos a ser aprendida. No Brasil, vários municípios e estados, implantaram programas de distribuição de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos, com o objetivo de garantir o acesso dos usuários ao medicamento.

As informações para o diagnóstico dos programas foram obtidas por meio de questionário, enviados a 124 municípios, os quais estavam cadastrados no Departamento de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, como sendo detentores de programas de fitoterapia. Após o recebimento dos questionários respondidos e verificados quais encontravam em atividades, foram selecionados 10 programas dos quais realizou-se visitas in loco no sentido de confirmar as respostas obtidas nos respectivos questionários.

Os resultados obtidos através dos questionários, foram concordantes aos observados nas visitas técnicas. Do total de questionários enviados, foram devolvidos 36% e desses, 55% estão em atividades no país. As regiões nordeste e sudeste concentram o maior número de programas em atividades. Porém a região sudeste também se destaca no número de programas que abandonaram suas atividades. Os motivos relacionados a implantação dos programas foram atribuídos a demanda da população em utilizar plantas medicinais e fitoterápicos.

A iniciativa que levou os municípios implantarem os programas foram atribuídos em aproximadamente 58%, pelos gestores, porém as dificuldades encontradas na implantação, em 91% deles, atribuíram a falta de recursos financeiros. Mesmo assim, esses municípios usaram recursos próprios para efetivação dos serviços. Um fator bastante forte, que assegura a continuidade dos serviços, atribui-se em aproximadamente 50% deles, estarem envolvidos com associações e comunidades.

Em aproximadamente 80% dos programas os médicos que não aderiram aos serviços de fitoterapia, atribuem ao fato de não possuir conhecimentos, e 71%

apresentaram como estratégia para aumentar a aderência de prescritores, cursos de capacitação. Dessa forma, esses programas apresentam como medidas para avaliação da eficácia dos fitoterápicos, as consultas médicas. Porém todos os municípios que possuem programas de fitoterapia se utilizam das informações do pacientes para avaliação da eficácia terapêutica das plantas medicinais e fitoterápicos.

Dos 36% dos programas em atividades, 50% cultivam espécies medicinais e ainda do total, aproximadamente 67% realizam controle de qualidade nas plantas medicinais e nos fitoterápicos. Porém em quase todos os programas o controle de qualidade não atende a legislação vigente.

Com a aprovação recentemente da Política Nacional de Plantas Medicinais pelo governo brasileiro, a Anvisa, juntamente com o DAF/SCTIE/MS, vem promovendo discussões a fim de tentar desenvolver uma legislação específica para regulamentação do setor, e com isso espera-se que muitos outros programas possam ser implantados, consolidando o uso das plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos no Sistema Único de Saúde.

Abstract

Health systems around the world are in transition. Changes in daily bring different priorities and expectations and a new set of acronyms to learn. In Brazil, many municipalities and states have implemented programs for the distribution of medicinal plants and herbal medicines, in order to ensure users access to medicine.

The information for the diagnosis of the programs were obtained through a questionnaire sent to 124 municipalities, which were registered in the Department of Pharmaceutical Services of the Department of Science and Technology and Strategic Inputs of the Ministry of Health, as having programs for herbal medicine. Upon receipt the answered of the questionnaire, it was being able to identify which programs are in activity. Then, it was selected ten programs to technical visit for confirmation of the answers in their questionnaires.

The results obtained from the questionnaires were in agreement with was observed in the technical visits. Of the total questionnaires, it was returned 36%, and of these, 55% are in-country activities. The northeast and southeast regions have the highest number of programs in activity. The southeast is notable in the number of programs that have abolished their activities. The implementation of the programs occurs basically because the demand of the population in uses medicinal plants and herbal medicines.

The initiative of municipalities to roll out the programs was allocated in 58% by the managers, but the lack of financial resources was the difficulties factor for implementation in 91% of theses programs. Nevertheless, 50% of theses programs are involved in organizations and communities, which is a strong factor to ensure continuity of service. It means that 50% of municipalities have being used their own resources for effective services.

In approximately 80% of programs the doctors did not adhere to the herbal medicine services and it was attributed to the lack of knowledge. As a strategy to increase the adherence of prescribers, the programs have being indicated training course (71%) and medical consultations to evaluate the effectiveness of herbal medicines. But all municipalities that have herbal programs, use information from

patients to evaluate the therapeutic efficacy of medicinal plants and herbal medicines.

50% of 36% programs in activities, cultivate medicinal plants and approximately 67% carry out quality control in medicinal plants and herbal medicines. However, quality control does not meet current legislation in the most of programs.

With the recent approval of the National Policy on Medicinal Plants by the Brazilian Government, Anvisa and DAF/SCTIE/MS, together, has been promoting discussions to develop specific legislation for regulate the sector, and it is expected that many other programs can be implemented by consolidating the use of medicinal plants and herbal medicines in the National Health System.

I – Introdução

As plantas medicinais têm sido utilizadas há milênios, sendo consideradas tão antigas quanto à existência do mundo. No campo da medicina tradicional envolvendo medicamentos alopáticos, parece que algo novo está sendo descoberto. A produção do medicamento fitoterápico dentro dos padrões preconizados pela legislação vigente tem sido a grande preocupação do momento. O desenvolvimento da garantia da qualidade na área farmacêutica, a qual envolve o cuidado na produção de sementes, o plantio, colheita, secagem, extração, produção e armazenagem das drogas, sendo que todos estes processos devem ser acompanhados de um rígido controle da qualidade, testes pré-clínicos, clínicos e registro de dados. A garantia da qualidade ofereceu aos profissionais de saúde a segurança de prescrever fitoterápicos que a população já utilizava há tempos (HARDMAN, *et al*, 1996).

Na sociedade atual é fato comum a utilização de plantas medicinais na terapêutica, tanto dentro do aspecto da cultura popular, quanto de forma mais embasada cientificamente. Recorrer à natureza como forma de amenizar sintomas ou curar enfermidades é uma prática comum e de longa data, até mesmo porque os recursos destinados a produção de medicamentos não são disponibilizados de acordo com as necessidades da população ou ainda, muito desses medicamentos encontram-se em processo desenvolvimento científico. Relembrar a história do uso de plantas medicinais nos direciona para a importância de que os conhecimentos da sociedade nativa e a sua interação com o meio ambiente pode gerar benefício para sociedade como um todo, no presente e no futuro. Ao mesmo tempo, urge a necessidade de investigar as riquezas da biodiversidade e, particularmente, da flora medicinal, seu uso discriminado e racional, de forma a se obter vias terapeuticamente eficientes e seguras, de utilização das plantas medicinais pela população (ALZUGARY, 1988).

1- Breve Histórico sobre o uso de Plantas Medicinais e Fitoterápicos

É interessante especular como as civilizações antigas conseguiam descobrir as vertentes para a utilização das plantas medicinais em terapêutica. Não existem evidências de que algum sistema médico da época pudesse estabelecer algum paralelo entre as funções biológicas e funcionamento orgânico com a manutenção da saúde. De fato a doença era considerada um castigo dos Deuses ou dos espíritos em vingança pelos erros cometidos. Uma teoria bastante aceita é que o homem seguia somente o seu instinto natural (FIGUEIREDO, *et al*, 2005).

Com uma grande aproximação à natureza, nossos antepassados provavelmente tinham um grande conhecimento sobre o uso das plantas na manutenção da vida. Este instinto pode ser visualizado nos animais selvagens, os quais podem consumir alimentos em quantidades e combinações corretas para manutenção a saúde, conseguindo selecionar as plantas de forma a evitar as tóxicas, além da habilidade de ingerir determinadas plantas direcionadas especificamente a algum mal físico. Esse comportamento, muito provavelmente também se passou com nossos antepassados, os quais adquiriram gradualmente os conhecimentos necessários para a utilização de diferentes plantas ou ervas para manterem normalizadas as atividades biológicas (MATOS, 1998).

Por mais de cinco mil anos a arte da cura tem sido uma doutrina de conhecimentos crescentes e em constante evolução. A história da medicina e da farmácia mostra esse aspecto claramente através das várias civilizações e podemos perceber muitos paralelos que nos permitem entender o uso das plantas medicinais no mundo moderno.

A história da utilização de plantas como medicamento, em nosso país, para o tratamento de doenças, sofreu influências da cultura africana, indígena e européia. A contribuição dos escravos africanos com a tradição do uso de plantas medicinais se deu por meio das plantas que trouxeram para cá, as quais eram utilizadas em rituais religiosos e também por suas propriedades farmacológicas, descobertas de forma empírica. Os índios que aqui viviam dispostos em inúmeras tribos, utilizavam grande diversidade de plantas medicinais e, por intermédio dos pajés, o conhecimento das

ervas locais e seus usos foi transmitido e aprimorado ao longo das gerações. Os primeiros europeus que chegaram ao Brasil tiveram acesso a esses conhecimentos, e os disseminaram entre seus descendentes que passaram a viver no país e a usufruir daquilo que a natureza podia lhes oferecer além do contato íntimo com os índios que passaram a auxiliá-los como "guias". Esses fatos proporcionaram uma ampliação substancial do conhecimento dos europeus em relação à flora medicinal brasileira, sua utilização na subsistência alimentar e na preservação da saúde pela utilização como medicamentos (LORENZI; MATOS, 2002).

No Brasil, até o século passado, o uso das plantas medicinais para a cura de inúmeras doenças era bastante disseminado, sendo esta prática resultante de uma tradição transmitida ao longo dos tempos. No entanto, com o advento da industrialização, da urbanização e do avanço da tecnologia em relação a elaboração de fármacos semi-sintéticos, sintéticos e os idênticos aos naturais, houve um grande aumento da utilização destes pela população e a exploração do conhecimento tradicional das plantas medicinais foi relegada ao segundo plano. As plantas medicinais passaram a ser relacionadas com “atraso tecnológico”, e tiveram sua utilização restringida ao plano da medicina caseira ou alternativa (ALONSO, 1998).

A crença popular de que a utilização de plantas para tratar doenças obtinha resultados satisfatórios, aos poucos foi sendo substituída pelo uso dos medicamentos industrializados, que atraíam as pessoas devido à novas pesquisas que geraram a descrição dos mecanismo de ação de inúmeros fármacos. Atualmente este panorama começa a ser modificado. Mesmo que os fármacos sintéticos ainda representem a maioria dos medicamentos utilizados pela população, os fitoterápicos também têm conseguido um espaço crescente na área farmacêutica.

Nos países em desenvolvimento, como o Brasil, assim como em países desenvolvidos, a partir da segunda metade dos anos 70 e década de 80, verificou-se um grande desenvolvimento da fitoterapia.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), o uso de plantas medicinais é a principal opção terapêutica de aproximadamente 80% da população mundial. O mercado mundial de fitoterápicos movimenta cerca de US$ 22 bilhões por ano. Na década de 2000 o setor faturou cerca de US$ 6,6 bilhões nos EUA e US$ 8,5 bilhões na Europa. No Brasil estima-se que o comércio de fitoterápicos seja da ordem de 5%

do mercado total de medicamentos, avaliado em mais de US$ 400 milhões (OPAS, 2004)

De acordo com os dados do Departamento de Comércio Exterior, no Brasil, em 1998 foram exportadas oficialmente cerca de 2.842 toneladas de plantas medicinais. De 1999 para 2000, as vendas de fitoterápicos aumentaram cerca de 15%, enquanto que os medicamentos sintéticos 4%, representando cerca de US$ 260 milhões/ano. Os estados do Paraná, São Paulo, Bahia, Maranhão, Amazonas, Pará e Mato Grosso são os maiores exportadores de plantas medicinais, principalmente para países como os Estados Unidos, Alemanha, Países Baixos, França, Japão, Portugal, Itália, Coréia do Sul, Reino Unido, Espanha, Suíça e Austrália (MARTINS, et.al., 2000).

O aumento do consumo de medicamentos fitoterápicos, de certa forma, pode ser associado ao esclarecimento da população sobre as implicações do uso abusivo e irracional de fármacos convencionais contidos nos medicamentos sintéticos e procuram substituí-los por plantas medicinais, supostamente menos agressivas, mas igualmente eficientes. A comprovação da eficiência terapêutica de fitofármacos e a falta de acesso ao medicamento sintético, também favorece essa dinâmica.

A medicina tradicional tem sido difundida pelo mundo e reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Em maio de 1978, por meio de uma resolução da XXXI Assembléia Geral a OMS determinou o início de programa mundial visando o uso e avaliação dos métodos da chamada "medicina tradicional". Essa prática tem sido reconhecida como um pilar essencial nos cuidados primários de saúde, sendo que sua principal contribuição tem sido com referência à descoberta de plantas medicinais. A OMS tem estimulado os países a explorar os aspectos da medicina tradicional que fornecem remédios ou práticas seguras e eficazes para a obtenção de saúde, os quais devem ser recomendados nos programas voltados para cuidados primários de saúde (BRASIL, 2006).

Neste contexto, pode-se verificar que, em diversas épocas e culturas, o homem conviveu com os recursos naturais locais e especialmente com as plantas, onde encontrou um recurso terapêutico, utilizado como fonte necessária para aumentar sua sobrevivência.

Além da crença sobre o poder de cura de determinadas plantas, contribuiu com a evolução da fitoterapia e sofisticou o conhecimento sobre o poder curativo das plantas a ponto de não poder ser mais considerada como uso popular, passada por várias gerações, mas sim como uma ciência, estudada, entendida, e em constante evolução, em que o homem, ao longo do tempo, vem buscando ampliar seus conhecimentos o poder medicinal das plantas.

2- Contribuição dos naturalistas ao conhecimento das plantas medicinais do Brasil: do período colonial à atualidade

A utilização de plantas no tratamento de doenças no Brasil apresenta influências das cultura indígena, africana e européia. As primeiras informações referentes à flora nativa devem-se aos cronistas coloniais , desde o século XVI, que na sua maioria procuravam registrar os deslumbramentos causados pelas terras do Novo Mundo (CAMARGO, 1998).

As plantas medicinais e a prática da medicina popular no Brasil de hoje apresentam características que remontam ao período colonial, quando começaram a chegar os primeiros colonizadores portugueses atracando em nossa costa. O processo de colonização do Brasil foi iniciado por Martim Afonso de Sousa, com a criação das capitanias hereditárias, surgindo, assim, São Vicente, a primeira povoação histórica brasileira. Em sua expedição vieram homens trazendo a cultura da cana de açúcar, proveniente da Ilha da Madeira e construíram os primeiros engenhos, trazendo também, sementes, berinjela, alho, ervilha, lentilha, pepino, melão eram cultivadas no Brasil do século XVI. Os portugueses já exploravam as especiarias da costa ocidental da África na busca de novos centros de produção e tais plantas foram trazidas para cá (FRANÇA, 1926).

Com a vinda dos primeiros religiosos para o Brasil, no início da colonização das terras pelos portugueses, estava o Padre Manuel da Nóbrega com alguns companheiros. O padre José de Anchieta, acompanhado de outros padres, vieram mais tarde com Duarte da Costa, segundo Governador do Brasil. Estes chegaram à baia de Todos os Santos por volta de 1553 (VASCONCELOS, 1943).

Os portugueses trouxeram consigo seus costumes, doenças e a formas de curá-las, sendo que seus hábitos foram sendo adaptados aproveitando as plantas medicinais nativas e a arte indígena de curar. Interessavam em levar para Portugal as plantas que julgavam de interesse, principalmente econômico, como também cultivar em terras conquistadas, plantas européias ou de outros continentes.

Os primeiros contatos dos colonos portugueses e particularmente dos jesuítas com os índios, permitiram perceber os costumes destes com relação às práticas de

cura. Perfeitamente adaptados ao clima, os índios eram resistentes às intempéries e resolviam seus problemas de saúde com os recursos que a natureza lhes oferecia e com os poderes de cura de seus pajés (KURY, 2001).

Muitos daqueles que exerciam a medicina em Portugal vieram voluntariamente para o Brasil devido à sua ascendência cristã-nova, pois era comum aderirem à vida religiosa dos mosteiros, a fim de se protegerem da Inquisição. Vieram também nas primeiras expedições homens que exerceram a medicina como físicos, cirurgiões e barbeiros e estes, além de suas condições humildes e pouca instrução, eram poucos, permitindo, assim a proliferação do curandeirismo. Essas são algumas das razões que fizeram os padres serem mais aceitos na arte de curar, pois tinham algum conhecimento de patologia, terapêutica e botânica.

A fé na cura milagrosa e a superstição, que marcaram profundamente a medicina em Portugal, estão documentadas nas confissões e denunciações do Santo Ofício, durante o período da Inquisição, quando obrigavam os doentes a relatarem com pormenores os fatos acontecidos. Todas essas crenças foram trazidas para o Brasil. As orações faziam, também, parte dos processos de cura, visto que para cada doença havia uma oração de garantida eficácia. A oração para reforçar a cura ainda é uma constante, hoje nas práticas médicas de benzedeiras e curandeiros em geral e continua a se apoiar fortemente na fé religiosa que reforça o sentimento de culpa e do castigo divino, quando diante de problemas de saúde. As terapias adotadas são sempre acompanhadas de orações, penitências, promessas visando o merecimento da graça da cura (KURY, 2001).

As terapias daquele período histórico do Brasil, era praticamente as mesmas adotadas em Portugal, onde as plantas desempenhavam importante papel na preparação dos remédios. Os jesuítas as conheciam muito bem, visto que mantinham boticas onde atendiam aos doentes e forneciam-lhes as plantas, quase todas vindas de Portugal. Dentre essas plantas estavam: manjericão, salsa, arruda, bredo, hortelã, coentro, beringela, alho, ervilha, lentilha, pepino, melão. (FRANÇA, 1926). Com as dificuldades que tinham para receber tais plantas, sendo que as viagens levavam muito tempo, eles passaram a substituí-las por plantas indígenas, que de seu contato com os nativos, o qual já vinha se processando, muito foi sendo aprendido e, assim, muitas plantas nativas foram incorporadas à coleção mantida

nas boticas. Dentre aquelas plantas nativas de valor medicinal estavam também as plantas litúrgicas, usadas nas cerimônias da igreja. Citam-se os exemplos da umburana (*Bursera leptophloeos*) e da cabreúva (*Myroxilon toluifera*), que o padre José de Anchieta, achando-as parecidas, no aroma desprendido quando cremadas, com as espécies asiáticas usadas pela igreja, consagrou-as aos cultos, conservando-lhes os nomes de mirra e incenso respectivamente. A essas plantas somavam-se aquelas originárias da Europa, já citadas acima, que foram introduzidas, visto que Portugal tinha interesse em cultivá-las nas colônias, principalmente no Brasil. Muitas delas se desenvolveram com tal facilidade que hoje podemos vê-las espalhadas por todo o País (CAMARGO, 1985).

Dentre as doenças mais comuns encontradas entre os indígenas estava a "espinhela caída", assim chamada pelos portugueses. A medicina indígena aplicava para este estado mórbido cataplasmas com plantas medicinais e ventosas feitas com chifres. Tratava-se de dor na região epigástrica, decorrente da reentrância do apêndice xifóide, provocando forte abatimento, com gastralgia, vômitos e dificuldade para respirar, principalmente após farta refeição, dificultando a digestão. Esta "patologia", encontra-se ainda hoje na medicina popular, cuja terapêutica e interpretação remonta àqueles tempos coloniais (SANTOS FILHO, 1947).

A matéria médica indígena, além dos vegetais, empregava sangue humano, saliva, urina, cauda e cabeça de cobra, gorduras de animais, bicos de aves, chifres e ossos calcinados, entre outros. O sangue era reconstituinte, a saliva cicatrizante, a urina excitante e indutora de vômito (SANTOS FILHO, 1947).

Os jesuítas que cuidavam das boticas aprenderam a colher plantas medicinais com os índios que ensinavam a manipulá-las, assim como aprenderam extrair os "maus humores", causadores de doenças, chupando as partes afetadas do corpo. Eram os pajés os detentores da arte de curar (KURY, 2001).

O negro teria vindo para o Brasil na primeira metade do século XVI, a fim de substituir o índio no trabalho escravo. Com o negro, várias doenças foram introduzidas no Brasil, tais como: o máculo, tracoma, febre tifóide, a varíola e a lepra, cujas terapêuticas adotadas para saná-las baseavam-se nas experiências dos médicos portugueses e dos jesuítas, assim como dos indígenas e dos próprios negros (CAMARGO, 1998).

Naquela época no velho mundo prevalecia a medicina de Galeno (KURY, 2001). Entretanto, entre os séculos XVI e XVII o mundo começou a sair do empirismo e entrar no domínio da experimentação, destacando-se entre os cientistas o médico suíço Paracelso (Phillipus Aureolus Theophrastus Bombastus von Hohenheim (1493- 1541), considerado por muitos como um reformador do medicamento e o botânico, zoólogo e médico sueco Lineu (Carl Linnaeus (1707-1778), criador da nomenclatura binomial e da classificação científica, sendo assim considerado o "pai da taxonomia moderna" (PARIS, 1976).

O marco histórico dos estudos botânicos no Brasil ocorreu no século XVII com os trabalhos de Guilherme Piso, médico e naturalista do governo holandês do Conde Maurício de Nassau. A obra de Piso e seu colaborador Georg Marcgrave (Historia Naturalis Brasiliae) foi a primeira obra de cunho científico do Brasil e único representante por muito tempo do levantamento das plantas e animais do Brasil. Sendo as obras de Piso do século XVII (entre 1637 e 1644) anteriores ao sistema de classificação lineana, os vegetais e animais estão assinalados por nomes de origem indígena o que dificulta o reconhecimento, nos dias de hoje, das plantas estudadas naquela época (ALMEIDA; CÂMARA; MARQUES, 2008).

No início do século XVIII, com a vinda da Família Real portuguesa para o Brasil (1808), diversas mudanças de cunho cultural e tecnológico foram incentivadas. A ciência e as artes até então pouco exploradas passaram a ter espaço, e recursos foram investidos de forma que até grandes nomes da cultura européia da época foram trazidos para o Brasil (FAUSTO, 2006).

Dom João VI contribuiu com a disseminação do conhecimento e da informação no momento em que autorizou a circulação de jornais e revistas no país, que até então eram proibidos. Com esses novos meios de divulgação da informação, as novas idéias científicas e também literárias puderam ser difundidas entre os vários grupos que começavam a se formar na sociedade, que não mais se mostrava (FAUSTO, 2006).

Como a Coroa não veio sozinha, trazendo consigo a nobreza e parte da burguesia, a educação e cultura também necessitaram de reformas. Para tanto, Dom João incentivou a produção local de conhecimento com a criação de Universidades que eram dotadas de cursos como a Escola Anatômica, Cirúrgica e

Médica do Rio de Janeiro; criou o Museu Real (que se tornaria, futuramente, o Museu Nacional) e o Jardim de Aclimação (futuro Jardim Botânico); A Escola de Belas Artes, atualmente integrada à UFRJ; a Academia Naval e a Faculdade de Medicina da Bahia, agora da UFBA, as três últimas feitas entre 1810 e 1816. A importação da Biblioteca Real, atual Biblioteca Nacional da Avenida Rio Branco também está neste âmbito. Chegaram ao Brasil cientistas e viajantes estrangeiros principalmente nas missões artísticas que tinham o objetivo de explorar esta terra tão vasta e rica (FIGUEIRA, 2005).

As concepções sobre o modo de fazer ciência que privilegiam o trabalho de campo ou o de gabinete coexistem no século XIX. Os naturalistas que vieram ao Brasil haviam feito a opção de "ver com os próprios olhos". Nas grandes expedições científicas, os viajantes buscavam dar conta das sensações e impressões experimentadas durante sua estada no Brasil não só utilizando o desenho e a pintura, mas também fazendo ricas descrições textuais. Para grande parte dos naturalistas do século XIX, a multiplicidade de sensações que envolvem o naturalista em sua viagem poderia e deveria ser descrita pela ciência. Assim, o cientista que se faz viajante escolheu não apenas ver com os próprios olhos, mas ouvir e sentir com o próprio corpo os fenômenos lá onde acontecia. Porém, o viajante romântico, se por um lado produzia ciência *in loco*, por outro, acabou se especializando no registro preciso de sensações e fenômenos, em consonância com os métodos científicos estabelecidos na época (KURY, 2001).

Destacaremos a seguir vários cientistas, denominados naturalistas, que contribuíram para o conhecimento da nossa flora e que, através dos tempos, influenciaram tanto o comportamento da população como de profissionais brasileiros, para o valor do conhecimento científico e a utilização de plantas medicinais face aos problemas de saúde pública.

- August de Saint –Hilaire (1779-1853)

O naturalista francês Auguste de Saint-Hilaire (1779-1853) fez parte daquele grupo fascinante de cientistas que transformaram o mundo em seu laboratório. Botânico, sua obra ficou eternizada no nome científico das muitas espécies que descobriu e descreveu. Pode-se dizer que ele dedicou a vida às plantas e ao Brasil,

onde chegou com 37 anos, viajou durante 6 anos e recolheu uma coleção com 30 mil exemplares de plantas de 7 mil espécies, das quais 4.500 até então desconhecidas. O estudo desse acervo foi a razão de sua vida depois que voltou à França (BRANDÃO, 2009).

Escreveu vários livros sobre as pesquisas e as viagens. Esses livros são documentos preciosos sobre o Brasil do princípio do século XIX. Era um observador minucioso, preocupado em fazer o leitor "viajar" com ele. Por isso, os relatos são sempre enriquecidos com lições de história, geografia, sociologia e antropologia. Foi um humanista exemplar, capaz de se envolver, pesquisar a fundo, criticar, sugerir e se apaixonar pelo que via. Mesmo quando expunha as mazelas do Brasil daquela época, ele se expressava de uma forma supreendente para um estrangeiro, demonstrando carinho e preocupação com o futuro do País. Conhecia muito bem o nosso idioma, chegando a explicar a origem das palavras e discorrer sobre diferenças regionais de pronúncia. Também é surpreendente a consciência ecológica dele, numa época em que a palavra ecologia nem existia. Quando viajava do Rio de Janeiro para Goiás, ele condenou a agricultura baseada nas queimadas, dizendo que quem assim o fazia estava prejudicando as gerações futuras (BRANDÃO, 2009).

- Karl Friedrich Philipp von Martius (1794 —1868)

Chegava ao Brasil , em 1817, um jovem botânico alemão de 23 anos Karl Friedrich Philipp von Martius, numa missão austríaca que trazia a arquiduquesa Leopoldina para se casar com D. Pedro I. Nessa expedição, vieram também diversos cientistas e artistas europeus. Seu trabalho durante a viagem renderia a obra Flora Brasiliensis, que levou 66 anos para ser concluída e é ainda hoje o mais completo e abrangente levantamento da flora nacional, com 22.767 espécies catalogadas.

Durante cerca de três anos, von Martius percorreu, ao lado do zoólogo alemão Johann Baptiste von Spix (1781-1826), aproximadamente dez mil quilômetros pelo interior do Brasil, recolhendo informações sobre a flora e a sociedade brasileiras. Em 1820, voltaram à Alemanha, onde começaram um esforço de catalogação e publicação do material aqui recolhido (Martius,1982).

Esse trabalho resultou na obra Reise in Brasilien (Viagem pelo Brasil), concluída pelos cientistas em 1831, além da Flora Brasiliensis , conduzida por von Martius até sua morte, em 1868, e continuada por outros 65 cientistas até a publicação, em 1906. A sua forma final, consiste de 15 volumes subdivididos em 40 partes originalmente publicados na forma de 140 fascículos individuais. Descreve um total de 22.767 espécies, das quais 19.629 são nativas e 5.689 foram descritas como novas na obra. A Flora Brasiliensis ainda é a maior obra de flora já feita no mundo, com o maior número de espécies e gêneros descritos, e até hoje nenhum botânico brasileiro trabalha sem ela.

Compilou o primeiro receituário fitoterapêutico e popular do Brasil "Natureza, Doenças, Medicina e Remédios dos Índios Brasileiros", constituído de aproximadamente 130 plantas medicinais em uso no início do século IX; a maior parte das quais redescobertas e recomendadas por homeopatas da atualidade (ANTONIL, 2007).

- Francisco Freire Allemão de Cysneiros (1797- 1874)

Nasceu em 24 de fevereiro de 1797, na antiga Fazenda do Mendanha, situada na freguesia de Nossa Senhora do Desterro de Campo Grande (atualmente na zona oeste da cidade do Rio de Janeiro), onde fixou residência. Era filho de João Freire Allemão e de Feliciana Angélica do Espírito Santo, lavradores da região da Serra do Mendanha, localizada na referida freguesia (GAMA, 1875).

Em 1822 ingressou na academia médico-cirúrgica do Rio de Janeiro, onde diplomou-se como cirurgião-aprovado, em 1827. Foi docente de botânica e zoologia médicas (1833-1853) da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

A maior contribuição de Freire Allemão para o conhecimento da nossa flora foi ter sido presidente e chefe da seção botânica da comissão científica de exploração (1859-1861), proposta pelo Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro, que era composta de naturalistas e de engenheiros e tinha como objetivo a exploração científica das províncias do norte e nordeste do país. Esta comissão, que ficou conhecida como "Comissão das Borboletas", foi concretizada pela lei de orçamento e despesas para os anos de 1857 e 1858, e organizou-se por seções: botânica (Francisco Freire Allemão de Cysneiros), geológica e mineralógica (Guilherme Schüch de Capanema), zoológica (Manoel Ferreira Lagos), astronômica e

geográfica (Giacomo Raja Gabaglia), etnográfica e narrativa da viagem (Antônio Gonçalves Dias).

A comissão deixou o Rio de Janeiro em 26 de janeiro de 1859, e percorreu as províncias do Ceará, Piauí, Pernambuco, Paraíba e Rio Grande do Norte, tendo sido chefiada por Manoel Ferreira Lagos. Nesta viagem Francisco Freire Allemão de Cysneiros teve a seu lado, Manoel Freire Allemão, seu sobrinho. No Ceará foram colhidas 20.000 amostras de plantas, e muitas destas amostras, assim como instrumentos e outros materiais, foram incorporados ao acervo do então Museu Imperial e Nacional, no Rio de Janeiro (VERGARA, 2003).

Em 1866, presidiu a comissão, da qual participavam Ladislau de Souza Mello Netto e Custódio Alves Serrão, destinada ao estudo e classificação de vegetais para o pavilhão brasileiro na Exposição Universal, a realizar-se em Paris no ano seguinte (VERGARA, 2003).

- Theodoro Peckolt (1822-1912)

Peckolt, foi um farmacêutico alemão que chegou ao Brasil em novembro de 1847 e aqui permaneceu até os 65 anos restantes de sua vida, legando-nos uma obra de cento e setenta publicações, entre artigos em periódicos e livros, com dados de suas análises de cerca de seis mil plantas, em sua grande maioria pertencentes ao domínio da Mata Atlântica (SANTOS, 1998).

Viajando a cavalo, percorreu as províncias do Espírito Santo, Minas Gerais e Rio de Janeiro, estudando-lhes a flora. Recebeu pagamento de 50$000 réis cinqüenta mil) mensais para enviar plantas em herbário para Martius e sementes para os Jardins Botânicos de Berlim e Munique, assim como outros objetos de história natural. Em julho de 1851, foi aprovado no exame farmacêutico da Escola de Medicina do Rio de Janeiro (SANTOS, 1998).

Viveu entre Cantagalo e Friburgo durante 17 anos e, nesse período, adquiriu profundo conhecimento da flora e fauna local. Para dar continuidade a seus trabalhos de colaborador da Flora Brasiliensis, montou em sua farmácia um laboratório próprio para realizar análises das plantas brasileiras. Peckolt permaneceu em Cantagalo até 1868 e ali realizou, segundo suas próprias declarações, cerca de quinhentas análises quantitativas de extratos de plantas da flora brasileira. Destas, 437 foram publicadas em revistas internacionais, entre 1850

e 1868. Daí foi considerado o recordista de análise química das plantas da flora brasieira século XIX, e acredita-se que essa marca permaneça imbatível ainda hoje (SANTOS, 1998).

As publicações em alemão são as que concentram a maior parte de sua obra, cerca de 79%, com destaque para as seguintes revistas: Archiv der Pharmacie. Zeitschrift des Allgemeinen Deutschen Apotheker-Vereins (Berlim), na qual publicou entre 1859 e 1865, Zeitschrift des Allgemeinen Oesterreichischen Apotheker (Viena), colaboração entre 1865 e 1896, e Berichte der Deutschen Pharmazeutischen Gesellschaft (Berlim), entre 1896 e 1911.

Destacam-se entre as obras nacionais de Peckolt: Análises da matéria médica brasileira, 108 páginas (1868), História das plantas alimentares e de gozo do Brasil, em cinco fascículos (1871 a 1884) e História das plantas medicinais e úteis do Brasil, em oito fascículos (1888 a 1914 — póstuma), escrita em colaboração com seu filho, também farmacêutico, Gustavo Peckolt (1861-1923). Este trabalho contém a classificação botânica e descreve, por exemplo, as técnicas de cultura, as partes próprias para uso, a composição química, o emprego em diversas moléstias, as doses e os usos industriais de plantas brasileiras. Estas duas últimas obras são ainda hoje citadas em virtude de sua amplitude (SANTOS, 1998).

- João Barbosa Rodrigues (1842 - 1909)

Importante botânico brasileiro, nasceu no Rio de Janeiro e residiu em Minas Gerais. Retornou para o Rio de Janeiro com sua família em 1858. Tinha muito interesse em ciências naturais, colecionava insetos e plantas. Tornou-se professor especializado em botânica sob a supervisão de Francisco Freire Allemão e Cysneiro. Participou de uma missão científica do governo imperial na Floresta Amazônica. Em 1890 foi diretor do Jardim Botânico do Rio de Janeiro. Ele publicou vários livros, e uma das suas mais importantes contribuições foi um trabalho sobre orquídeas, em dois volumes, Genera et species orchidearum novarum (SÁ, 2001).

- Rodolfo Albino Dias da Silva (1889 – 1931)

Farmacêutico e militar brasileiro, nasceu em Cantagalo no dia 5 de agosto de 1889 e faleceu no ano de 1931. Foi um dos fundadores e presidiu a Associação Brasileira de Farmacêuticos em 1916 e foi também redator-chefe do “Boletim” desta associação.

O pesquisador foi químico do Laboratório Nacional de Análise e professor de farmácia, trabalhou intensamente por mais de 10 anos para concluir o Código Farmacêutico Brasileiro. Ao terminá-lo, o pouco conhecido Rodolpho Albino Dias da Silva, pôde apresentar seu projeto de farmacopéia brasileira ao Dr. Carlos Chagas, diretor geral do departamento nacional de saúde pública. Para julgar o trabalho apresentado, o Dr. Chagas nomeou uma comissão constituída por três professores doutores da Fiocruz e três farmacêuticos. Após exame minucioso da obra, a comissão resolveu aceitá-la solicitando ao governo a sua oficialização como Código Nacional Farmacêutico, com a supressão, porém de certos artigos por eles considerados de uso restrito. Em 1926, as autoridades sanitárias do País aprovaram a proposta do Código Farmacêutico Brasileiro. Aprovado pelas autoridades sanitárias da época, este Código foi oficializado em 1929 e tornou-se a primeira edição da Farmacopéia Brasileira. Obra de um único autor, a primeira edição da Farmacopéia Brasileira (IFRJ, 2010).

- Manuel Pio Correia (1874 - 1934)

Foi um naturalista português, botânico, geólogo e pesquisador, dedicou-se ao estudo da Botânica aplicada, ressaltando aspectos científicos, econômicos e industriais das plantas. Membro de mais de uma dezena de instituições científicas. Os trabalhos desenvolvidos por este naturalista dariam origem a importantes publicações, dentre as quais os seis volumes do Dicionário das Plantas Úteis do Brasil e das Exóticas Cultivadas, publicados a partir de 1926 pelo Ministério da Agricultura. Sua bibliografia completa inclui cerca de 150 trabalhos. Quando faleceu, era pesquisador do Museu de História Natural de Paris (CORRÊA, 1984).

- Walter Baptist Mors (1920 - 2008)

Nascido em São Paulo no ano de 1920, Walter Baptist Mors bacharelou-se em Química pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da Universidade de São Paulo e obteve a livre-docência pela Universidade do Brasil, hoje Universidade Federal do Rio de Janeiro. Como bolsista da Fundação Rockefeller, trabalhou então na Wayne State University, em Detroit, com o Prof. Carl Djerassi, uma das maiores estrelas da Química de Produtos Naturais de todos os tempos e o impulsionador desta área, nos anos 60, no Rio de Janeiro (PINTO, 2008).

Em colaboração com muitos colegas e alunos produziu uma longa série de trabalhos sobre produtos naturais. A última pesquisa foi relativa a plantas que o uso popular consagrou como antiofídicas. Suas pesquisas demonstraram a veracidade desta reputação, que levou ao isolamento de várias substâncias responsáveis pela proteção que estas plantas conferem contra a ação dos venenos de cobras. Das dezenas de artigos científicos que publicou, se destaca a identificação do epoxigeranilgeraniol como a substância ativa do óleo obtido dos frutos da sucupira-branca (*Ptedoron pubescens*), que impede a penetração das cercárias do *Schistosoma mansoni* na pele do hospedeiro, publicado na prestigiosa revista Science, e a identificação do princípio ativo da planta anti-diabética pedra-ume-caá.

Aposentado desde 1991, Walter Mors continuou colaborando com o Núcleo de Pesquisas de Produtos Naturais da UFRJ, do qual era co-fundador e foi diretor por duas vezes. Tornou-se presidente de honra da Associação Brasileira de Química em 1993, foi presidente da Federacion Latinoamericana de Asociaciones Químicas (FLAQ) e membro eleito da Linnean Society of London. Foi membro do Conselho da Finep. Recebeu, em 2001, a Medalha Simão Mathias da Sociedade Brasileira de Química (SBQ) e em 1994 a Grã-Cruz da Ordem Nacional do Mérito Científico do Presidente da República do Brasil (PINTO, 2008).

- Francisco José de Abreu Matos (1924 - 2008)

Graduado farmacêutico-químico pela Faculdade de Farmácia do Ceará em 1945, ele foi um dos fundadores da UFC, Universidade Federal do Ceará. Doutor em farmacognosia, livre-docente, professor emérito, seus títulos acadêmicos e honrarias revelam apenas um pouco de uma brilhante trajetória (Silveira, 2008).

Filho, neto e bisneto de farmacêutico, o professor Abreu Matos nasceu em Fortaleza, em 21 de maio de 1924, como herdeiro das afamadas Pílulas de Mattos, criadas pelo seu bisavô, o cirurgião Francisco José de Mattos, o qual edificou a "Pharmacia Mattos" em Baturité, que ainda testemunha esse passado. Foi casado durante 57 anos com Maria Eunice Ferreira Gomes Matos (MAGALHÃES, 2008).

Autor de centenas de artigos científicos publicados em revistas nacionais e estrangeiras, tendo realizado inúmeras apresentações em congressos científicos . Seu nome encontra-se registrado nas famosas coleções do herbário britânico Kew Garden, nas quais encontramos alusão à espécie *Croton regelianus* var. matosii, em

sua homenagem, fruto do trabalho com o inseparável companheiro e botânico, Afrânio Fernandes. Juntos, desbravaram, ao longo de mais de 40 anos, o interior do Nordeste brasileiro em busca de espécimes de plantas nativas que foram devidamente identificadas e catalogadas no herbário Prisco Bezerra, da UFC. Desse esforço surgiram e desenvolveram-se vários grupos de pesquisa em diferentes setores dessa Universidade que, graças ao empenho do professor Abreu Matos, consolidou uma forte tradição no estudo de plantas medicinais (MAGALHÃES, 2008).

Mesmo aposentado, em 1980, fez questão de permanecer na universidade, dentro do Laboratório de Produtos Naturais. A ele devemos a criação, em 1983, do Projeto Farmácias Vivas, num trabalho que promove a utilização correta, baseada em dados científicos, de plantas e seus extratos para o alívio de diversas enfermidades. Muito além das observações científicas, ressalta-se o alcance social dessa iniciativa, sendo a idéia hoje modelo nacional, como forma de permitir melhor acesso a uma saúde dentro de parâmetros os mais avançados e humanísticos.

O Projeto tem instalado Farmácias Vivas em municípios do Ceará, assim como em outros estados brasileiros, junto às Secretarias Municipais de Saúde e comunidades organizadas. A partir do Projeto, foram implantados os programas municipais e estaduais de fitoterapia, sendo este atualmente denominado Núcleo de Fitoterápicos da Coordenadoria de Assitência Farmacêutica. Este projeto foi a grande contribuição do professor Abreu Matos a seu povo.

Membro da Academia Nacional Cearense de Ciência, da Academia Cearense de Farmacêuticos, da Academia Nacional de Farmácia na França, ainda em vida foi reconhecido por meio de diversos prêmios, como o da Fundação Banco do Brasil de Tecnologia Social, o das Medalhas Dr. Periguary de Medeiros, o prêmio Adahil Barreto da Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Fortaleza, a medalha do mérito farmacêutico do Conselho Federal de Farmácia e o prestigioso troféu Sereia de Ouro. Recebeu comendas do governo do estado do Ceará, da prefeitura municipal de Fortaleza e de outros municípios cearenses. Em sua homenagem foi instituído, por lei municipal em Fortaleza e posteriormente por lei estadual, o dia da planta medicinal, 21 de maio, data de seu aniversário (MAGALHÃES, 2008).

3- Regulamentação do uso das plantas medicinais no Sistema Único de Saúde

Os sistemas de saúde em todo o mundo estão em fase de transição. As mudanças estão em todas as partes e nos trazem diariamente diferentes prioridades e expectativas e uma nova série de acrônimos a ser aprendida. Para muitos, o estado atual do cuidado de saúde nos Estados Unidos e em outros locais do mundo é bastante perturbador. Fala-se muito de reformas e em muitas situações, com bastante cinismo (CIPOLLE; PETER, 2006).

As mudanças ocorridas na saúde, nem sempre atendem os interesses da população em geral, como é verificado no acesso ao medicamento, o qual não atinge as classes mais baixas da população. Dessa forma, a assistência farmacêutica, no sentido amplo, deve assegurar a garantia da qualidade de vida para a sociedade. A fitoterapia contribui diretamente nessa proposta e evidencia uma economia para o setor público, disponibilizando recursos para investimentos em medicina preventiva.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) conceitua a atenção farmacêutica como uma prática na qual o usuário dos medicamentos é o principal beneficiário das ações do farmacêutico. A atenção farmacêutica focaliza as atitudes, os comportamentos, as preocupações, a ética, as funções, os conhecimentos, as responsabilidades e as competências do farmacêutico na provisão de terapia medicamentosa, com meta de alcançar resultados terapêuticos definidos na saúde e qualidade de vida do usuário (WHO,1993).

No Brasil, muito pouco foi realizado no campo da assistência farmacêutica com plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos, a despeito de que o Brasil possui uma rica flora vegetal. Para entender as transformações que estão ocorrendo na área das plantas medicinais, é necessário conhecer, cronologicamente, os avanços ocorridos nessa área, no país.

Em 1978 a Organização Mundial de Saúde reconheceu o uso de fitoterápicos com finalidade profilática, curativa, paliativa ou com fins de diagnóstico, recomendando uma discussão mundial dos conhecimentos para seu uso.

As plantas medicinais são importante instrumentos da assistência farmacêutica, e vários comunicados e resoluções da OMS, expressam a posição do organismo a respeito da necessidade de valorizar o uso desses medicamentos, no âmbito sanitário (ALONSO, 1998).

Na área de atenção primária à saúde, aproximadamente 80% da população mundial, dependem de práticas tradicionais, sendo que 85% dessa parcela utiliza plantas ou preparações a base de vegetais dos quais 67% das espécies são originadas de países em desenvolvimento (ALONSO, 1998).

Apesar da flora brasileira ser rica e vasta, existe o consenso de que os estudos científicos nessa área ainda são insuficientes (FERREIRA, 1998). Para atender as recomendações da OMS foi proposto a validação das propriedades medicinais das plantas, baseado na análise das formas de conhecimento empírico e científico. Possivelmente, problemas econômicos, inexistência de estudos organizados e integrados, aliados à ausência de uma política governamental para a exploração desse manancial de riquezas biológica, como instrumento de acesso social, não permitiram, até o momento, a transposição de grande parcela das nossas espécies vegetais medicinais ao conceito de fitoterapia (MATOS, 2007).

O aumento da capacitação de recursos humanos nas universidades públicas tem proporcionado a possibilidade do desenvolvimento de tecnologia aplicável aos fitoterápicos visando a utilização desses medicamentos nos programas governamentais de saúde pública. Concernente aos interesses institucionais e populares, ambos vem de encontro ao fortalecimento da fitoterapia no Sistema Único de Saúde (SUS), considerando que a partir da década de 1980, diversos instrumentos normativos, como resoluções, portarias e relatórios governamentais foram elaborados pelos diversos setores reguladores da área de medicamentos (BRASIL, 2006). Porém, vale ressaltar que o comprometimento das universidades e dos institutos de pesquisa depende diretamente de recursos financeiros do setor público, os quais tem sido insignificantemente canalizados para atender, no atendimento de regulamentos, programas e prerrogativas geradas internamente nos setores do próprio governo, como:

- A portaria n° 212/81 do Ministério da Saúde, no item 2.4.3. onde definiu-se o estudo das plantas medicinais como uma das prioridades da investigação clinica (BRASIL, 1981).
- O programa de pesquisa de plantas medicinais da Central de Medicamentos do Ministério da Saúde (PPPM/CEME-82), onde objetivou o desenvolvimento de terapêutica alternativa e complementar, com embasamento científico, pelo estabelecimento de medicamentos fitoterápicos, com base no real valor farmacológico de preparações de uso popular, à base de plantas medicinais (BRASIL, 1982).
- O relatório final da 8ª conferência nacional de saúde, realizada em Brasília no ano de 1986, no item 2.3.a, refere: "Introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o acesso democrático de escolher a terapêutica preferida (CONFERENCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986).
- A resolução 40.33 da 40ª Assembléia Mundial de Saúde, em 1987 reiterou os principais pontos da resoluções anteriores e das recomendações feitas pela Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde (INTERNATIONAL CONFERENCE ON PRIMARY CARE, 1978) e recomendou enfaticamente aos estados membros:

1- Inicio de programas amplos, relativos à identificação, avaliação, preparo, cultivo e conservação de plantas usadas em medicina tradicional;

2- Garantia da qualidade de drogas vegetais contidas em medicamentos tradicionais, extraídas através de técnicas modernas e aplicações de padrões apropriados observando-se as boas práticas de fabricação (WHO, 1987).

Na tentativa de organizar um sistema de atenção à saúde, envolvendo assistência farmacêutica, a OMS convocou, em 1988, um grupo consultivo para uma reunião em Nova Delhi, com o objetivo de esboçar o conjunto de conhecimentos e habilidades em que se baseia a contribuição dos farmacêuticos ao Sistema de Saúde e de revisar as contribuições dos farmacêuticos na aquisição, controle, distribuição e uso racional de medicamentos, assim como outras funções dos farmacêuticos relacionadas à saúde (BRASIL, 1988).

Em resultados apresentados pelo grupo envolveram propostas relativas às mudanças necessárias ao ensino de graduação e pós-graduação e na educação continuada dos profissionais farmacêuticos e na capacitação do pessoal de apoio; da ação necessária para a otimização da função dos farmacêuticos nos sistemas de atenção à saúde; e as providências relativas ao monitoramento das mudanças e ações propostas.

No relatório final, do primeiro encontro, ficou evidente a importância da participação efetiva do profissional farmacêutico no programa de Assistência Farmacêutica. É evidente que os conhecimentos especializados e diversificados do profissional farmacêutico são capazes de fornecer recursos humanos especializados para assumir inúmeras responsabilidades, tanto na administração pública quanto na fabricação e no abastecimento de medicamentos, como parte de uma equipe multidisciplinar, e não como entidade autônoma.

Outro fator relevante é quanto à formação do profissional, onde se propõem que a contribuição dos farmacêuticos aos serviços de atenção à saúde baseia-se, na maioria dos países, num conjunto de conhecimentos e especializações adquiridos durante a formação de nível superior, seguida de um período formal de prática supervisionada que precede sua admissão aos quadros profissionais.

Nesse sentido, cabe ressaltar que o ensino farmacêutico no Brasil, encontra-se em plena transição no processo de formação do farmacêutico, pois até o ano de 2002 o ensino de graduação baseava-se em um modelo de ensino muito diferente, e que, no momento, as diretrizes curriculares permitem uma formação mais humanista e adequada ao sistema de saúde e que será mais favorável com a adesão da totalidade dos cursos de farmácia atualmente autorizados pelo Ministério da Educação (FERNANDES, 2008).

- A Resolução Ciplan 08/88 (Comissão Interministerial de Planejamento), regulamenta a implantação da Fitoterapia nos Serviços de Saúde nas Unidades Federadas e cria procedimentos e rotinas relativas à prática da fitoterapia nas Unidades Assistenciais Médicas (BRASIL, 1988).

É importante ressaltar que um grande impulso dado para regulamentar a fitoterapia no SUS, foi atribuído ao seu reconhecimento, pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), como método terapêutico, através do parecer n° 04 de 1992

(BRASIL, 1992). Esse fato pressupõe uma rigorosa supervisão do estado por meio da divisão de vigilância sanitária ao setor, entretanto, a formação de recursos humanos ainda necessita de regulamentação, devendo seguir os parâmetros éticos existentes, uma vez que o parecer não reconhece como atribuição do médico a prescrição dos fitoterápicos.

Na segunda reunião do grupo consultivo da OMS, realizada de 31 de agosto a 3 de setembro de 1993, na cidade de Tóquio – Japão, o grupo endossou as recomendações da primeira reunião da OMS sobre o papel do farmacêutico na atenção à saúde ampliando o acesso do usuário ao medicamento, garantindo a adesão e efetividade do tratamento (BRASIL, 2006).

Em 06 de abril de 1994, através da portaria n° 31/SVS, da Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde, criou o Grupo de Estudos de Produtos Fitoterápicos. No ano seguinte o SVS/MS publicou a portaria n° 06/95 que instituiu e normatizou o registro de produtos fitoterápicos junto ao Sistema de Vigilância Sanitária (BRASIL, 1995).

O Ministério da Saúde publicou a portaria 665/98, que criou a subcomissão nacional de assessoramento em fitoterápico (Conafit), a qual teve como responsabilidade o assessoramento da Secretaria de Vigilância Sanitária, nos assuntos científicos, técnicos e normativos envolvidos na apreciação da eficácia e segurança do uso de produtos fitoterápicos e, ainda, manifestar-se sobre questões relacionadas a farmacovigilância e ao desenvolvimento de pesquisas clinicas, na área de fitoterápicos; Subsidiar a SVS na realização de eventos técnico-científicos, de interesse dos trabalhos da Comissão e que concorram para ampla divulgação de conhecimentos e informações pertinentes ao controle sanitário desses agentes (BRASIL, 1998).

Com a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), em 1999, foi publicada a RDC n°17, que atualizou a regulamentação de registro de medicamentos fitoterápicos e definiu o medicamento fitoterápico tradicional, como sendo aquele usado pela população, de forma empírica, que comprove sua eficácia e não toxicidade, durante um período de aproximadamente 20 anos (BRASIL, 2000).

As diretrizes aprovadas na Política Nacional de Medicamentos contempla basicamente a adoção da relação de medicamentos essenciais, regulamentação

sanitária de medicamentos, a reorientação da assistência farmacêutica, a promoção do uso racional de medicamentos, o desenvolvimento científico e tecnológico, a promoção da produção de medicamentos, a garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos e o desenvolvimento e capacitação de recursos humanos na área. Essas diretrizes objetivaram nortear as ações nas três esferas de governo que, atuando em estreita parceria, devem promover o acesso da população a medicamentos seguros, eficazes e de qualidade, ao menor custo possível (BRASIL, 2006).

Com o incentivo implícito nas políticas públicas, a Secretaria de Políticas de Saúde – SPS do Ministério da Saúde, por intermédio de sua Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica – GTAF, pôde desenvolver atividades voltadas ao aperfeiçoamento do processo de implementação da assistência farmacêutica, quer na elaboração de documentos e materiais instrucionais, quer desenvolvendo, em conjunto com os representantes dos estados e dos municípios, estratégias de avaliação, cujos resultados permitem definir novos caminhos no sentido de consolidar a descentralização da assistência farmacêutica básica no Brasil. Em aproximadamente um ano após a implantação do incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, a GTAF realizou uma avaliação da situação da assistência farmacêutica, em todas as 27 unidades federadas. Esta avaliação inicial objetivou conhecer a realidade existente nos estados e, por conseguinte, nos municípios e, a partir da análise dos dados e informações obtidos, construir um Plano de Ação factível que viesse contribuir na melhoria da situação identificada (BRASIL, 2006).

Os objetivos específicos para o plano de ação foram: desenvolver atividades que ampliem o acesso da população aos medicamentos essenciais, priorizar a atividade de programação, buscando otimizar os recursos financeiros nos programas da assistência farmacêutica básica e nos programas estratégicos, desenvolver estratégias para inclusão de medicamentos fitoterápicos na assistência farmacêutica básica, desenvolver capacitação de recursos humanos e educação em saúde, elaborar recursos instrucionais, disponibilizar e agilizar o acesso de informações sobre medicamentos essenciais, realizar pesquisas voltadas às necessidades da assistência farmacêutica básica, contribuir no âmbito das ações de saúde por meio de inserção da assistência farmacêutica básica no programa saúde da família.

Existem programas estaduais e municipais de fitoterapia, incluindo aqueles com memento terapêutico e regulamentação específica para o serviço e implementados há mais de 10 anos, e aqueles com início recente ou com proposta de implantação. Neste sentido, o Ministério da Saúde instituiu, em 2003, um grupo de trabalho, coordenado pela Secretaria de Atenção à Saúde e pela Secretaria Executiva, para elaboração da Proposta de Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares no SUS, contemplando, inicialmente, as áreas de fitoterapia, homeopatia, acupuntura e medicina antroposófica (BRASIL, 2006).

O Grupo de Fitoterapia, coordenado pela Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (SCTIE/DAF/MS), contempla representantes da Secretaria de Atenção a Saúde (SAS/DAB/DAE), Secretaria Executiva, Anvisa, Fiocruz, entidades (IBPM; Associofito – Associação Brasileira de Fitoterapia em Serviços Públicos; SOBRAFITO – Sociedade Brasileira de Fitomedicina; Reliplam – Rede Latino Americana de Plantas Medicinais) e Secretaria Estadual de Santa Catarina. Participaram como colaboradores, representantes dos Ministérios do Meio Ambiente e Agricultura, do Programa "Farmácias vivas" do Ceará, do Hospital de Medicina Alternativa de Goiânia e ONGs (BRASIL, 2006).

Este grupo elaborou uma proposta para inserção das plantas medicinais e da fitoterapia no SUS", contemplada na Proposta de Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares, subsidiada pelas discussões e recomendações do Fórum para a Proposta de Política Nacional de Plantas Medicinais e Medicamentos Fitoterápicos, ocorrido em 2001, e do Seminário Nacional de Plantas Medicinais, Fitoterápicos e Assistência Farmacêutica, em 2003, ambos realizados pelo Ministério da Saúde.

O objetivo da proposta é ampliar as opções terapêuticas aos usuários do SUS, com garantia de acesso a plantas medicinais, medicamentos fitoterápicos e serviços relacionados com a fitoterapia, exaltando a segurança, eficácia e qualidade, na perspectiva da integralidade da atenção à saúde.

Entre as diretrizes, destacam-se:

- ✓ Elaboração da Relação Nacional de Plantas Medicinais e da Relação Nacional de Fitoterápicos;

- ✓ garantia do acesso às plantas medicinais e fitoterápicos aos usuários do SUS;
- ✓ formação e educação permanente dos profissionais de saúde;
- ✓ acompanhamento e avaliação da inserção e implementação das plantas medicinais e fitoterapia no SUS;
- ✓ ampliação da participação popular e controle social;
- ✓ estabelecimento de política de financiamento para o desenvolvimento de ações;
- ✓ incentivo à pesquisa e desenvolvimento de plantas medicinais e fitoterápicos, priorizando a biodiversidade do país e promoção do uso racional de plantas medicinais e dos fitoterápicos no SUS.

Os fitoterápicos, na atenção básica à saúde, têm sido motivos de discussões em vários eventos, como uma forma de proporcionar acesso rápido e redução de custo na saúde, nos países emergentes. Importantes ações foram realizadas pelo Ministério da Saúde visando o desenvolvimento dessa prática, como parte de uma proposta de Política Nacional de Plantas Medicinais e Medicamentos Fitoterápicos (PNPMF), a qual entrou em vigor em 2006. Em 2003 o Seminário Nacional de Plantas Medicinais, Fitoterápicos e Assistência Farmacêutica; em 2003/2005 a Política de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (BRASIL, 2006), e em 2005, a criação de grupo de trabalho interministerial, através de decreto presidencial, com o objetivo de elaborar a Proposta de Política de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PPMF) (Brasil, 2006).

No relatório final da 12ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em Brasília-DF, em 2003, aponta no eixo temático V da Organização a atenção à saúde, nas diretrizes gerais, onde garante a efetiva implantação de práticas alternativas de saúde reconhecidas oficialmente e que respeitem a legislação nos serviços do SUS (fitoterápia, reflexologia, homeopatia, acupuntura e massoterapia), por ser um direito do cidadão por ter opções terapêuticas, assegurando-se os medicamentos homeopáticos e fitoterápicos, bem como o acesso a informações sobre a sua eficácia e efetividade, comprovadas por meio de métodos de investigação científicas adequados a essas racionalidades terapêuticas (BRASIL, 2003).

Resolução n° 338/04, do Conselho Nacional de Saúde, aprovou a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, contemplando em seus eixos estratégicos a definição e pactuação de ações intersetoriais que visem à utilização das plantas medicinais e de medicamentos fitoterápicos no processo de atenção à saúde (BRASIL, 2004).

Em 2004, após receber várias sugestões, a Anvisa abriu consulta pública para encaminhamento de propostas para alteração da RDC n° 17, onde após consolidada as propostas foi publicada a RDC n° 48, que dispões sobre o registro de medicamento fitoterápico (BRASIL, 2004).

O Governo Federal, através de decreto presidencial, publicado no Diário Oficial da União do dia 18 de fevereiro de 2005, criou o Grupo de Trabalho Interministerial (GTI) que formulou a proposta da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e sugeriu os instrumentos necessários à sua regulamentação no dia 20 de maio do mesmo ano. A composição do grupo envolveu três representantes Ministeriais, entre o Ministério da Saúde, da Integração Nacional, do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior, do Desenvolvimento Agrário, da Ciência e Tecnologia, do Meio Ambiente, da Agricultura, Pecuária e Abastecimento, do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, além da Agência Nacional de Vigilância Sanitária e da Fundação Oswaldo Cruz (BRASIL, 2006).

A proposta de Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC/SUS) foi consolidada e, posteriormente, apresentada às Câmaras Técnicas do Conass e Conasems e, como as demais Políticas deste Ministério, foram submetidas às instâncias Ministeriais para avaliação.

Em 10 de março de 2010, após ser colocada em consulta pública, a Anvisa publicou a RDC n° 10 que dispõe sobre a notificação de drogas vegetais junto a Agencia Nacional de Vigilância Sanitária. Em atenção a necessidade de contribuir para a construção do marco regulatório para produção, distribuição e uso de plantas medicinais, particularmente sob a forma de drogas vegetais, a partir da experiência da sociedade civil nas suas diferentes formas de organização, de modo a garantir e promover a segurança, a eficácia e a qualidade no acesso a esses produtos (BRASIL, 2010).

De acordo com as discussões sobre a garantia da qualidade de medicamentos fitoterápicos a Anvisa publicou em 05 de abril de 2010 a RDC n° 14, onde atualiza a RDC n° 48/2004 que dispõe sobre o registro de medicamento fitoterápico. A atual RDC n° 14/2010 teve como principal objetivo a atualização dos conhecimentos científicos para garantia da qualidade dos medicamentos fitoterápicos. Juntamente com essa resolução foi publicada a Instrução Normativa – IN 05/2010, onde dispõe sobre a lista de referência para comprovação da segurança e eficácia dos medicamentos fitoterápicos (BRASIL, 2010).

II – Objetivos

1- Objetivo geral

Este trabalho teve como objetivo avaliar a estrutura dos programas com distribuição de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos existentes no país, apontando as principais variáveis de conduta dos municípios frente às propostas da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, do Brasil.

2- Objetivos específicos

a) Identificar os municípios brasileiros que implantaram programas de fitoterapia nas ultimas décadas;
b) Conhecer através da aplicação de questionários e vistas *in loco* os programas de fitoterapia nos diversos estados do Brasil;
c) Identificar os principais pontos responsáveis pelo avanço ou descontinuidade dos programas em diversos estados ou municípios;
d) Estabelecer um estudo comparativo com os dados obtidos pelo DAF/SCTIE/MS, através da pesquisa realizada em 2004.

3- Natureza do problema e hipótese

A atividade com plantas medicinais, de um modo geral, uma das práticas mais tradicionais e antigas da humanidade, tem sofrido transformações e instabilidades que têm levado a preocupantes declínios no setor público.

Sendo objeto de inúmeras discussões, debates, encontros, seminários, pesquisas, publicações etc., não tem sido apresentado nenhuma proposta suficientemente resolutiva que aponte caminhos seguros e consistentes para o fortalecimento dos programas de distribuição de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos no SUS.

A partir da metodologia de pesquisa empregada nesse trabalho, pretende-se inferir uma compreensão mais ampla dos programas de distribuição de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos, com uma visão mais clara de seus segmentos e interfaces, identificando e entendendo os principais pontos de fragilidade e inconsistência que têm levado a desequilíbrios no setor e propor medidas eficientes para o fortalecimento do mesmo.

III – Justificativa

A Organização Mundial da Saúde estima que 80% da população dos países em desenvolvimento utiliza práticas tradicionais na atenção primária à saúde, sendo que desse total, 85% usa plantas medicinais ou preparações elaboradas a partir delas (ALONSO, 2004).

O uso de medicamentos fitoterápicos com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico, passou a ser oficialmente reconhecido pela Organização Mundial da Saúde em 1978, que recomendou a difusão, em nível mundial, dos conhecimentos necessários para o seu uso.

Ainda segundo a OMS as práticas da medicina tradicional expandiram globalmente na última década e ganharam popularidade. Sendo incentivadas não somente pelos profissionais que atuam na rede básica de saúde dos países em desenvolvimento, mas também naqueles onde a medicina convencional é predominante no sistema de saúde local. Neste sentido, tem elaborado uma série de Resoluções com objetivo de considerar o valor potencial da medicina tradicional em seu conjunto para a expansão dos serviços de saúde regionais (OMS, 2000).

A atividade com plantas medicinais, de modo geral, uma das práticas mais tradicionais e antigas da humanidade, tem sofrido transformações e instabilidades que têm levado a preocupantes declínios no setor público. Esse tema tem sido objeto de inúmeras discussões, debates, encontros, seminários, pesquisas, publicações etc., entretanto, nenhuma alternativa tem sido apresentado suficientemente resolutiva a fim de apontar caminhos seguros e consistentes para o setor.

A exploração desse setor tem sofrido diversas flutuações apesar de sua tradição milenar e indiscutível importância social e econômica, tanto do ponto de vista do uso empírico das plantas medicinais, como também por apresentarem custos mais baixos em relação aos medicamentos convencionais. Muitas têm sido as tentativas de solucionar os problemas surgidos, mas nada tem se apresentado decisivamente e de forma resolutiva, onde se questiona o por quê de nada ter sido

resolvido e quais seriam as alternativas para a resolução ou pelo menos minimização dos problemas que se apresentam no setor.

Segundo Zhang (2000) embora a medicina moderna esteja bem desenvolvida na maior parte do mundo, grande setor da população dos países em desenvolvimento depende dos profissionais tradicionais, das plantas medicinais e dos medicamentos fitoterápicos para a sua atenção primária. Além do mais, durante as últimas décadas, o interesse do público nas terapias naturais tem aumentado nos países industrializados, e encontra-se em expansão o uso de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos (OMS, 2000).

Por outro lado o interesse popular e institucional vem crescendo no sentido de fortalecer a fitoterapia no SUS, uma vez que, depois da década de 80 diversas resoluções, portarias e relatórios foram elaborados com ênfase na questão das plantas medicinais. Entretanto, de acordo com o diagnóstico situacional dos programas de fitoterapia nos diversos municípios, realizado pelo Departamento de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), um número mínimo de estados e municípios que tem implantado o projeto de fitototerapia e desses pode-se avaliar que para muitos desses a situação que não chega próximo ao que é preconizado pela Política Nacional de Plantas Medicinais e Medicamentos Fitoterápicos, porém há que se considerar que esses dados não foram utilizados, pois com a extinção da CEME essa avaliação não foi concludente.

Nesse sentido, muitos municípios tem buscado implantar programas de distribuição de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos no SUS, onde não se conhece ao certo quantos estão em atividades, bem como um diagnóstico situacional dos mesmos. Apesar de algumas pesquisas realizadas pelo Ministério da Saúde, os dados obtidos são insuficientes para assessoramento a novos programas. Com base nessa situação, se faz necessário um estudo detalhados dos poucos programas existentes no país, discutindo as condições que os mesmos se encontram, abrangendo desde suas criações e atuais situações, para contribuir com um processo de apoio para a criação de novos programas.

IV- Metodologia

1- Tipo de Estudo

Esse estudo foi elaborado a partir de método do tipo descritivo, analítico e exploratório. Segundo, POLIT, BECK e HUNGLER (2004), estudos do tipo descritivos têm a finalidade de observar, descrever e documentar os aspectos de uma situação.

Os estudos do tipo descritivos e exploratório são usados para buscar informações precisas sobre as características do objeto de pesquisa, ou situações, ou sobre a freqüência (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

2- Local do Estudo

Esse estudo foi realizado nos municípios brasileiros que tiveram programas de fitoterapia, implantados através das secretarias de saúde e selecionados por cadastros no DAF/SCTIE/MS de acordo com pesquisa realizada em 2004. Foram selecionados 124 municípios distribuídos em 24 Estados e o Distrito Federal.

Os municípios foram selecionados a partir do conhecimento da, implantação dos programas de distribuição de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos para a população local, visando atender as necessidades de atenção primária à saúde. A distribuição das plantas e fitoterápicos, nem sempre são realizadas por prescrição uma vez que estão inseridos na relação dos medicamentos isentos de prescrição. As plantas distribuídas nos programas são, em sua maioria, cultivadas em hortos próprios ou comunitários, assim como nem todos os fitoterápicos são produzidos nas oficinas farmacêuticas.

Em setembro de 2008, foram encaminhados questionários aos 124 municípios , com o objetivo de diagnosticar a situação atual dos programas de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos. Os questionários foram encaminhados através de ofício da diretoria do DAF para as secretarias de saúde municipais.

Com as respostas dos questionários retornadas dos municípios, foram selecionados 10 programas, onde as práticas de distribuição de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos encontravam-se mais desenvolvidas, para visitas *in loco* no período de março a dezembro de 2009, para que as respostas obtidas nos questionários fossem confrontadas com as realidades locais dos programas. Os programas selecionados estavam localizados nos municípios de: Macapá, AP; Betim, MG; Brasília, DF; Campinas, SP; Cuiabá, MT; Fortaleza, CE; Ipatinga, MG; Pindamonhangaba, SP; Rio de Janeiro, RJ; Vitória, ES e ainda realizou-se visita técnica na Aldeia Indígena do Wajampi, localizada no Estado do Amapá.

Para registro dos dados escolheu-se os gestores municipais por serem responsáveis pelo planejamento e inserção da prática da fitoterapia no município. Nos locais, foram levantados dados sobre a equipe de trabalho, as rotinas de trabalho e sobre a infra-estrutura física do local.

Os programas de fitoterapia são unidade técnicas e administrativas dirigida por um profissional, não necessariamente farmacêutico, cujo quadro de pessoal é formado por técnicos e agentes comunitários, entre outros profissionais da área da saúde. Porém na maioria das oficinas farmacêuticas, as quais são partes integrantes dos programas, existem farmacêuticos como responsáveis pela produção de medicamentos.

3- População e Amostra

A população em estudo constituiu-se de profissionais farmacêuticos, médicos, assistentes sociais e técnicos, que pertenciam ao quadro de pessoal dos programas, os quais desempenhavam funções relacionadas com a distribuição de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos para a população local.

A amostra é definida previamente, antes da aplicação do questionário.

4- Procedimentos de Coleta de Dados

A coleta dos dados no período de setembro de 2008 a dezembro de 2009, teve como foco o sistema de distribuição de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos utilizados pelos respectivos programas na atenção básica da saúde em estudo.

O estudo desenvolveu-se em três etapas, como instrumento de coleta de dados:

1) Coleta de dados utilizando como instrumento a aplicação de um questionário;
2) Visita *in loco* para confirmação dos dados obtidos anteriormente;
3) Comparação com dados obtidos da pesquisa realizada pelo DAF/SCTIE/MS, no período de dezembro de 2004 a janeiro de 2005.

Primeira Etapa de Coleta de Dados

A primeira etapa do estudo se deu pelo envio de questionários aos municípios que, segundo informações obtidas no DAF/SCTIE/MS, possuíam programas de fitoterapia. Os questionários foram elaborados com questões fechadas e abertas, de forma a fazer um diagnóstico aprofundado da real situação em que se encontram os programas. Nesse sentido, o questionário continha 9 eixos, distribuídos nos seguintes temas: Informações sobre a secretaria de saúde do município; recursos humanos; cursos de capacitação e educação continuada; usuários em uso de plantas medicinais e/ou medicamentos fitoterápicos; seleção de plantas medicinais e fitoterápicos do programa; cultivo e beneficiamento de plantas medicinais; aquisição de matéria-prima e extratos intermediários; produção ou manipulação de fitoterápicos e considerações finais (Apêndice 1).

Segunda Etapa de Coleta de Dados

A partir das informações obtidas na primeira etapa, foram realizadas visitas técnicas aos programas selecionados, no período de março a dezembro de 2009. O

foco principal das visitas *in loco*, se deu no sentido de confirmar as respostas obtidas nos questionários. Nesse sentido as visitas seguiram a mesma linha de observação dos questionários, para efeito de análises dos dados.

A observação não-participante e direta obedeceu ao método de coleta de dados em que o pesquisador tem sua identificação e posição de observador conhecidas, obtendo consentimento informado do sujeito da pesquisa para ser observado. O observador, neste caso, não intervém tentando provocar ou mudar o comportamento do sujeito participante (LOBIONDO-WOOD, 2001).

Na coleta de dados, verificou-se todo o processo de distribuição de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos para a população local. Em média foram dedicados 2 dias para as observações do setor envolvido na pesquisa. As observações seguiram um roteiro estruturado semelhante aos questionários, onde se procurou estabelecer a mesma ordem das questões.

Terceira Etapa de Coleta de Dados

Discussão dos dados obtidos nas duas etapas anteriores, comparando com o relatório da pesquisa realizada pelo DAF/SCTIE/MS, como forma de avaliar mudanças ocorridas até o momento.

V - Resultados e Discussões.

1- Critérios adotados para elaboração da proposta de Programas de Fitoterapia inseridos no Sistema Único de Saúde.

Organizar dados que possam explicar o impulso para implantação dos programas de distribuição de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos na rede pública de saúde do Brasil, na década de 90, é bastante complexo, pois muitos iniciaram antes mesmos de ser publicada a política nacional de plantas medicinais que regulamenta a pactuação no setor público. Porém, facilmente pode-se crer que essa iniciativa teve como marco o processo de descentralização da saúde bem como sua organização.

Vários fatores contribuíram para a criação de políticas públicas envolvendo a distribuição de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos:

- Aumento dos gastos com medicamentos devido:
  - Aumento demográfico;
  - Aumento da expectativa de vida da população brasileira.
- Poucos recursos voltados para a saúde preventiva;
- Adoecimento da população por falta de programas preventivos;
- Falta de acesso da população aos serviços de saúde e consequentemente ao medicamento;
- Necessidade de resgate de uma terapêutica que faz parte de um escopo cultural da população.

Na questão dos gastos com a saúde e principalmente com medicamentos no Brasil, onde segundo dados do governo, de acordo com recursos destinados ao Ministério da Saúde, no período de 2003 a 2006, verificou-se que o percentual de gastos com medicamentos passaram dos 16,36% para 123,9% (Figura 2) e em relação aos gastos com saúde pública, onde se percebe claramente que os índices não acompanham a proporcionalidade dos gastos com medicamentos e o crescimento demográfico, onde se verifica a falta de recursos em 2003, na proporção de

investimento negativo de -12,21% e um aumento que não atende a demanda em 2005 com índice positivo de 9,64% (Figura 3). Isso retrata claramente a real situação do Sistema Único de Saúde, onde sem um programa de medicina preventiva tem-se um aumento significativo em usuários, o que corroboram para o aumento excessivo dos gastos com medicamentos no país. Porém, sob o fator econômico ainda é especulação, pois não existe comparativos que comprovem a viabilidade econômica dos fitoterápicos em relação aos medicamentos quimicamente definidos que compõem a Rename.

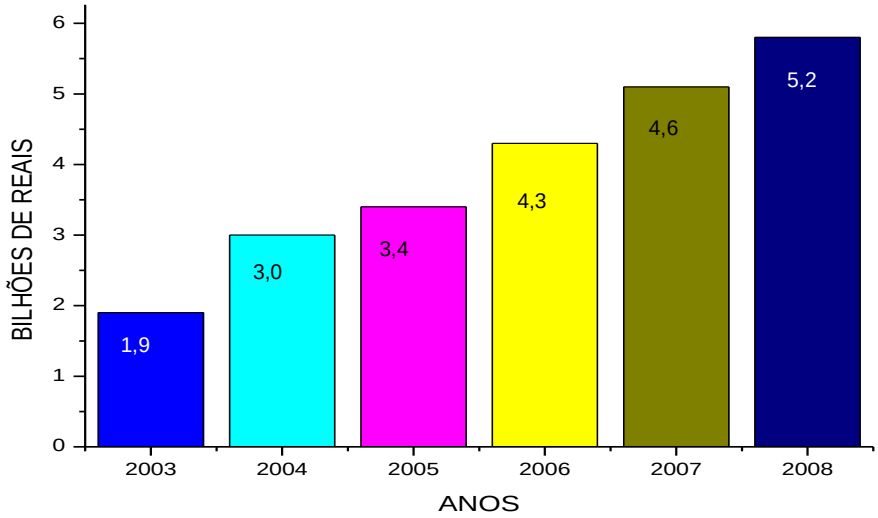

Figura 1 - Evolução dos gastos com medicamentos pelo Ministério da Saúde de 2003 a 2008 (DAF/SCTIE, 2009).

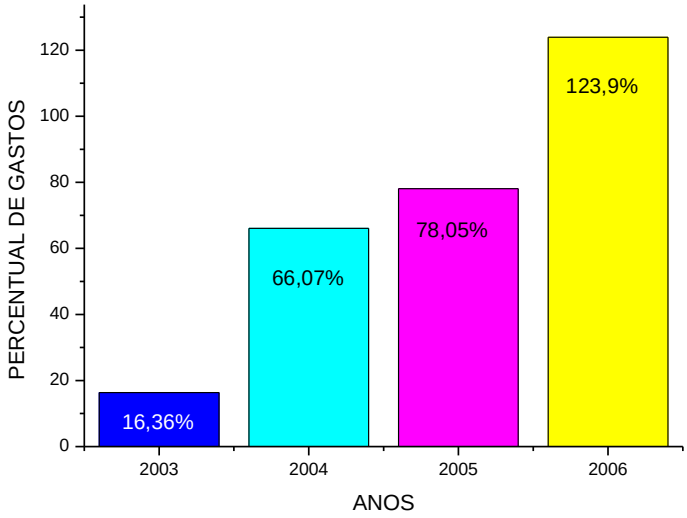

Figura 2 – Percentual de gastos com medicamentos relacionado com o orçamento destinado ao Ministério da Saúde (CONASS, 2009).

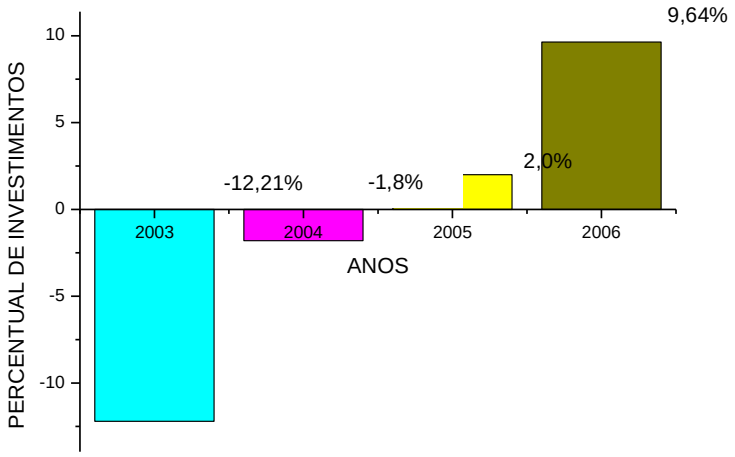

Figura 3 – Percentual de investimentos na saúde pública do Brasil nos anos de 2003 a 2006 (CONASS, 2009).

A institucionalização do Sistema Único de Saúde que se deu por meio da Lei 8.080/90, operacionalmente trouxe profundas modificações na assistência farmacêutica pública no Brasil. A Central de Medicamento, CEME, criada pelo Decreto Presidencial n˚ 68.806, de 25 de junho de 1971, teve que se adaptar à nova realidade de unificação dos sistemas de saúde existentes. A programação das necessidades de medicamentos que era elaborada de uma forma bastante fragmentada, passou a ser elaborada de uma forma unificada.

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria n˚ 212, de 11 de setembro de 1981, que dispõe sobre as diretrizes e prioridade de investigação em saúde, destacou o estudo de plantas medicinais como uma das prioridades. No ano seguinte a CEME, com intuito de fortalecer e melhor orientar a coordenação e o fomento de programas e projetos de pesquisas, em plantas medicinais, decidiu-se pela elaboração do Programa de Pesquisa de Plantas Medicinais – PPPM.

O programa visava contribuir com o desenvolvimento de uma terapêutica alternativa e complementar, com embasamento científico, mediante a realização de pesquisas que viessem comprovar atividades farmacológicas e/ou toxicológicas de um conjunto de plantas potencialmente ativas. Sua estratégia investigativa constituía-se em submeter as espécies elencadas a ensaios farmacológicos pré-clínicos, bem como toxicológicos, nas mesmas formas de uso tradicional pela população. Nesse estudo

foram selecionadas 74 espécies medicinais (tabela 1) e dessas, poucos resultados foram publicados (SANT'ANA; ASSAD, 2004).

O início dos anos 90 foi marcado, assim como para toda a estrutura pública, por um processo de descrédito da CEME, face ao processo de corrupção disseminado pelo governo de então, proporcionando um abalo no sistema que futuramente seria desativado pela Medida Provisória nº 1.576, de 6 de junho de 1997.

Tabela 1 – Elenco das espécies vegetais selecionadas para estudo na CEME.

Achyrocline satureoides	*Ageratum conyzoides*	*Allium sativum*	*Alpinia nutans*
Amarantus viridis	*Anona muricata*	*Anona squamosa*	*Arrabidae chica*
Artemísia vulgaris	*Astronium urundeuva*	*Baccharis trimera*	*Bauhinia affinis*
Bauhinia fortificata	*Bixa orellana*	*Boerhavia hirsuta*	*Brassica oleraceae*
Bryophyllum callicynum	*Caesalpinia férrea*	*Carapa guianensis*	*Cecropia glazioui*
Chenopodium ambrosioides	*Cissus sicyoides*	*Coleus barbatus*	*Costus spicatus*
Cróton zehtinery	*Cucubita máxima*	*Cuphea aperta*	*Cymbopogon citratus*
Dalbergia subcymosa	*Dioclea violácea*	*Elephantopus scaber*	*Eleutherine plicata*
Foeniculum vulgare	*Hymenaea courbaryl*	*Imperata exaltata*	*Lantana câmara*
Leonotis nepetaefolia	*Lippia Alba*	*Lippia gracilis*	*Lippia sidoides*
Luffa operculata	*Matricaria chamomilla*	*Maytenus ilicifolia*	*Melissa officinalis*
Mentha piperita	*Mentha spicata*	*Mikania glomerata*	*Momordica charantia*
Musa SP	*Myrcia uniflora*	*Nasturtium officinale*	*Passiflora edulis*
Persea americana	*Petiveria alliacea*	*Phyllanthus niruri*	*Phytolacca dodecandra*
Piper callosum	*Plantago major*	*Polygonum acre*	*Portulaca pilosa*
Pothomorphe peltata	*Pothomorphe umbellata*	*Psidium guajava*	*Pterodron polygalaeflorus*
Schinus terebentifolius	*Scoparia dulcis*	*Sedum prealtum*	*Sollanum paniculatum*
Stachytarpheta cayenensis	*Stripnodendron barbatiman*	*Symphytum officinale*	*Syzygyum jambolanum*
Tradescantia diurética	*Xilopia sericea*		

FONTE: BRASIL, 2006.

Em toda a sua existência, a CEME não conseguiu estabelecer parâmetros que orientassem o equacionamento da assistência farmacêutica nos estados e municípios, segundo critérios técnico-científicos. O Programa Nacional de Assistência Farmacêutica, instituído em 1972, foi desenvolvido, visando solucionar o problema do abastecimento de medicamentos, principalmente a partir da produção dos laboratórios oficiais. Esse programa, limitado a apenas um dos aspectos da assistência

farmacêutica, não poderia fornecer subsídios para implantação de uma política que abrangesse os demais aspectos. E com esse desempenho as Políticas Públicas de Plantas Medicinais, PPPM, também deflagraram e os 15 anos de pesquisas realizadas foram depositados no arquivo central da divisão de documentos arquivística.

Até o final de 2004, não houve nenhuma demanda para retomada do projeto proposto pela CEME, porém a partir dessa data o Departamento de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, DAF/SCTIE/MS, com intuito de retomar as pesquisas, a partir dos dados arquivados da CEME, publicaram relatório sobre os estudos realizados com programas de distribuição de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos da rede pública do país.

2- Diagnóstico dos programas de fitoterapia inseridos no Sistema Único de Saúde, elaborado pelo Departamento de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde.

No período de dezembro de 2004 até final de janeiro de 2005, o DAF/SCTIE/MS, através de sua assessoria técnica, formulou um questionário (Anexo 1), com intuito de obter informações acerca das experiências com plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos inseridos no SUS. Com base nos resultados obtidos dos questionários, encaminhados a todos os municípios brasileiros, em 2004, pelo Ministério da Saúde, onde 1340 questionários foram devolvidos e desses 230 afirmaram ter implantado as práticas integrativas e complementares no SUS, sendo que 116, entre secretarias de estado e municípios, responderam possuir programas de distribuição de plantas medicinais e fitoterápicos (BRASIL, 2006).

Com base no levantamento realizado pelo DAF/SCTIE/MS, nos municípios e secretarias que afirmaram possuir programas de plantas medicinais e fitoterápicos, foram selecionados 100 municípios, onde, de acordo com as pesquisas anteriores, os programas estavam em atividades. Com objetivo de promover um levantamento desses programas, foram encaminhados questionários para estudo situacional. Os resultados obtidos na pesquisa do DAF, subsidiaram a elaboração das diretrizes da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares a Saúde, PNPIC. Dos 100 municípios, que participaram da pesquisa, somente 36 responderam o questionário e no universo da análise, apesar da quantidade, os resultados corroboraram para a construção dessa tese (BRASIL, 2006).

No relatório dos resultados obtidos na pesquisa, não fica claro o tipo de programa, municipal ou estadual, porém pelos dados fornecidos acredita-se que existiam os dois tipos de programas e desses 36 que desenvolviam atividades com plantas medicinais e fitoterapia, 50% deles o funcionamento envolviam o cultivo das espécies medicinais, manipulação de fitoterápicos e dispensação, conforme prescrição médica nas unidades básicas de saúde, UBS, programa de saúde da família, PSF e nas unidades hospitalares. Destacou-se que vários programas possuíam um sistema de educação em escolas, unidades de saúde e centros comunitários, através de

distribuição de folders, cartilhas, álbuns seriados e outros, onde, entre outros pontos descreve-se a utilização correta da planta medicinal e seu cultivo (BRASIL, 2006).

Os municípios e estados que não possuíam horto para o cultivo das espécies medicinais, optavam pela aquisição das matérias primas de fornecedores diversos, não mencionado no relatório, quais eram e a qualificação desses fornecedores. E as oficinas farmacêuticas, onde eram elaborados os medicamentos fitoterápicos, em muitos programas, de acordo com o relatório, eram salas de pequeno porte, que não atendiam a legislação sanitária em vigor.

Ainda quanto ao cultivo, um programa da região norte do país, mencionou a importância da preservação das espécies medicinais com manejo orientado. Outros programas que não possuíam oficinas farmacêuticas, optavam pela aquisição de fitoterápicos de farmácias da região com apresentação de receituário médico. Embora, a grande maioria dos programas respeitassem, a necessidade da indicação por profissional habilitado, que normalmente são obtidas em unidades de saúde dos municípios, há casos em que essa premissa não era respeitada, ocorrendo a distribuição de plantas medicinais sem receituário médico. O que sem dúvida, pode acarretar em mal uso e com isso poderia levar os pacientes a apresentarem efeitos adversos e até mesmo toxicidade (BRASIL, 2006).

Em 27 municípios, os recursos para implantação e manutenção do programa foram provenientes da arrecadação do próprio município e 9 municípios responderam que os recursos foram provenientes da esfera estadual ou federal. Com esses dados, pode-se afirmar que os vários programas foram implantados por sensibilização e iniciativa dos gestores, uma vez que não houve investimentos de recursos federais (Figura 4).

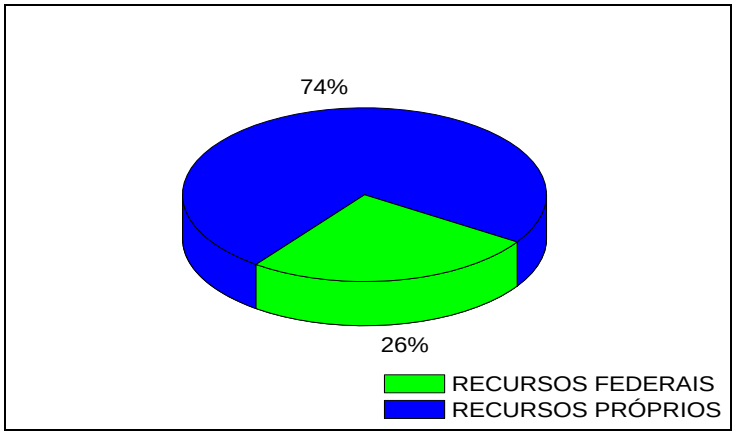

Figura 4 – Percentual de municípios que implantaram seus programas com recursos próprios (Adaptado de BRASIL, 2006).

Apesar da iniciativa direta dos estados e municípios, isso se constituía em fator de instabilidade para o setor, pois quando os gestores eram substituídos, por qualquer motivo, em alguns casos, o programa se extinguia. Para que isso não acontecesse e na tentativa de garantir a continuidade e manutenção dos programas, alguns municípios criaram mecanismos políticos, como portarias municipais, entre outros, o que mais tarde acabaram fundamentados na PNPIC, fundamentando as responsabilidades dos gestores nas esferas municipais, estaduais e federal.

Quanto ao tempo de atividade, 41,6% dos programas tinham menos de 5 anos da sua implantação e 36,8% funcionavam a 5 anos ou mais, onde 21,87% desses, existem a mais de 10 anos (Figura 5). E segundo os motivos de suas implantações, de acordo com os dados da pesquisa, 33,3% atribuíram a necessidade de ampliação do acesso da população aos medicamentos; 27,7% grande aceitação da população, resgate do uso popular e solicitação da comunidade; 25% pelo baixo custo; 22,2% necessidade de orientação à população quanto ao uso correto da plantas medicinais; 11,1% baixo índice de efeitos colaterais e 13,8% pela eficácia comprovada (Figura 6) BRASIL, 2006.

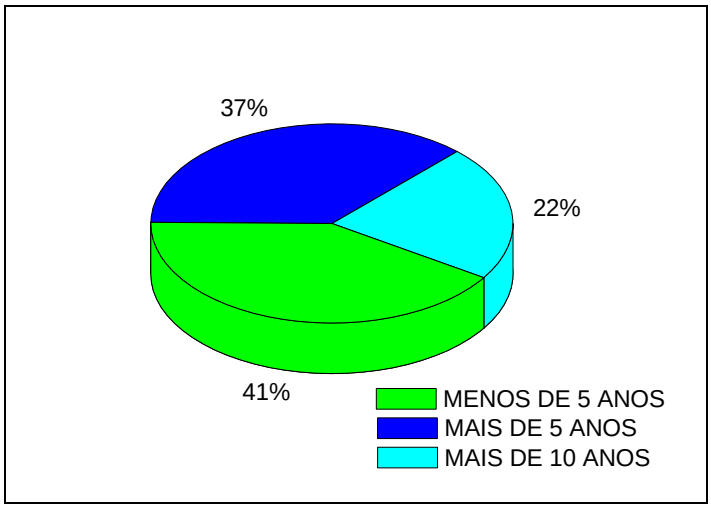

Figura 5 – Tempo de existência dos programas em atividades (Adaptado de BRASIL, 2006)

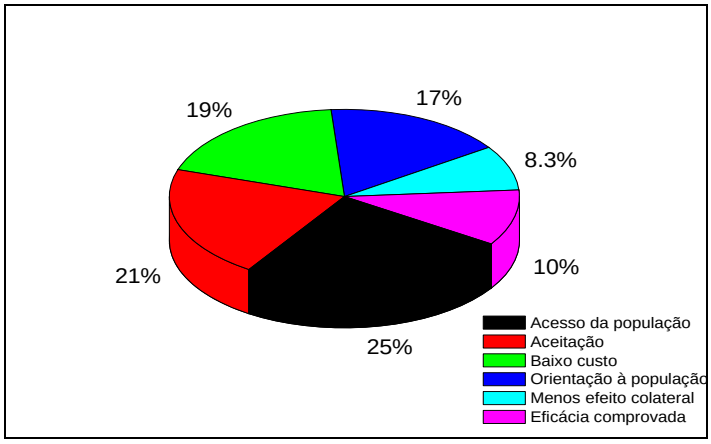

Figura 6 – Motivos que levaram os municípios e estados a implantarem os programas(Adaptado de BRASIL, 2006).

Na produção de matérias-primas para os programas, 18 programas (52,7%) informaram possuir horto próprio para o cultivo e fornecimento, 10 programas (27,7%) adquiriam de empresas fornecedoras de insumos e 8 (20,2%) possui horto comunitário para fornecimento de matéria prima ao programa (Figura 7). Esses resultados alertam para a discussão da qualidade das matérias primas, que segundo as diretrizes da PNPIC, no capítulo das plantas medicinais e fitoterápicos, PMF 2, no item 1.2, determina que as espécies deverão ser identificadas botanicamente, cuja a produção

tenha a garantia das boas praticas de cultivo orgânico, preservando a qualidade do ar, solo e água (Brasil, 2006[b]).

Com relação a aquisição das matrizes para o cultivo das espécies nos hortos municipais e estaduais, dos programas, 50% informaram terem adquiridos de hortos matrizes de universidades, porém no relatório não fica claro quais eram os programas e nem as universidades; 22% foram provenientes de institutos de pesquisa e 28% afirmaram terem recebidos as matrizes do Centro Estadual de Fitoterapia do Ceará, onde a identificação botânica ficou a cargo do herbário da Universidade Federal do Ceará (Figura 8).

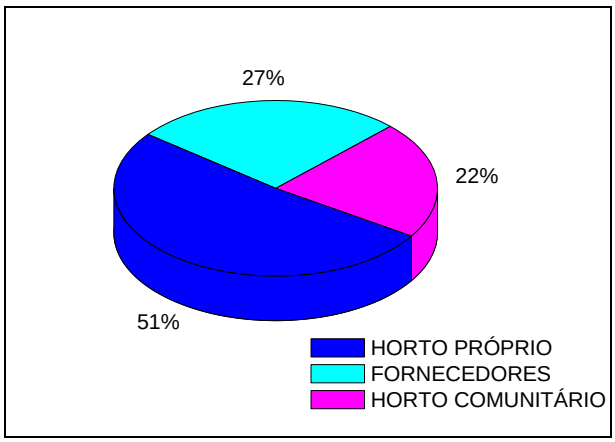

Figura 7 – Percentual de programas que possuem horto próprio (Adaptado de BRASIL, 2006[b]).

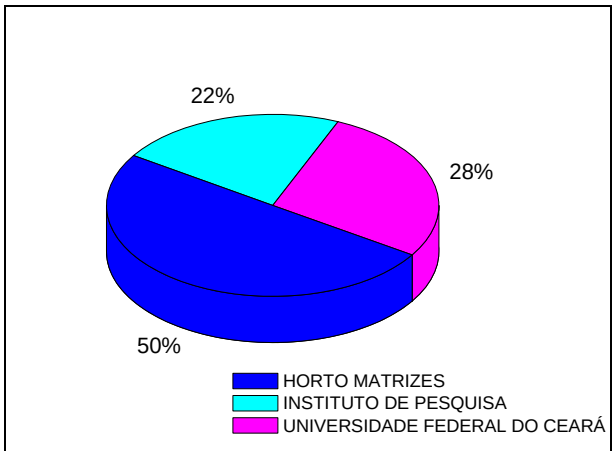

Figura 8 – Origem das mudas para formação dos hortos nos programas (Adaptado de BRASIL, 2006).

Visto o papel importante da participação das universidades ou órgãos públicos, ligados à plantas medicinais e fitoterápicos, 15 dos programas informaram não possuir qualquer tipo de parceria, 14 informaram possuir parcerias, mas não informaram quais atividades eram desenvolvidas em parcerias e 7 não informaram sobre o assunto. O fato de existir parcerias é importante para a manutenção dos programas, bem como criar mecanismos de pesquisas regionais, o que garantiria a qualidade e eficácia das plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos (Figura 9) BRASIL, 2006.

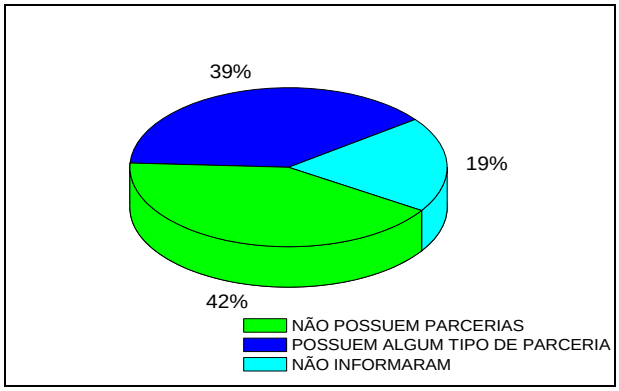

Figura 9 - Percentual de programas que possuem parcerias com outras entidades(Adaptado de BRASIL, 2006).

Vários fatores foram atribuídos ao elenco das plantas medicinais inseridas nos diferentes programas, que segundo a pesquisa, 50% foram oriundas de pesquisa etnobotânica e levantamento bibliográfico; 30,5% são com base no perfil epidemiológico da população; 19,4% em integrar o Projeto Farmácias Vivas; 19,4% por serem de fácil cultivo e boa produtividade; 13,8% por possuírem baixa toxicidade; 5,5% por apresentarem menos efeitos colaterais e 5,5% por estarem inseridas nas farmacopéias e livros oficiais (Figura 10) BRASIL, 2006.

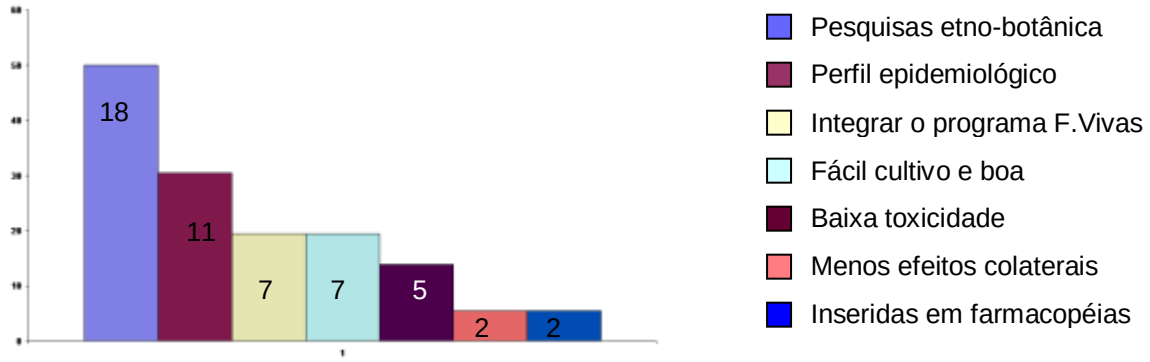

Figura 10 – Motivos adotados para a escolha do elenco das plantas medicinais nos programas (Adaptado de BRASIL, 2006).

Quanto á questão dos programas possuírem oficinas farmacêuticas, que de acordo com a resolução do Conselho Federal de Farmácia n° 477 de 28 de maio de 2008, define oficina farmacêutica como laboratório dotado de estrutura e instrumental adequados à preparação não industrializada de fitoterápicos manipulados, preparados intermediários e derivados de drogas vegetais, objetivando atender a demanda do programa público de fitoterapia ao qual esteja vinculado. Nesse sentido, 67% dos programas possuíam manipulação, mesmo que em condições não favoráveis a legislação vigente, que não fica claro no relatório, qual o motivo de não se adequarem ao propósito, 25% adquirem fitoterápicos ou plantas medicinais em sache para o preparo de infusões, nas farmácias magistrais do setor privado. E segundo dados do relatório, nos programas onde possui oficinas farmacêuticas, o farmacêutico está presente como coordenador em 69,4% e em 25% dos programas não há a presença do farmacêutico e 5,5% não informaram a situação do programa (Figura 11).

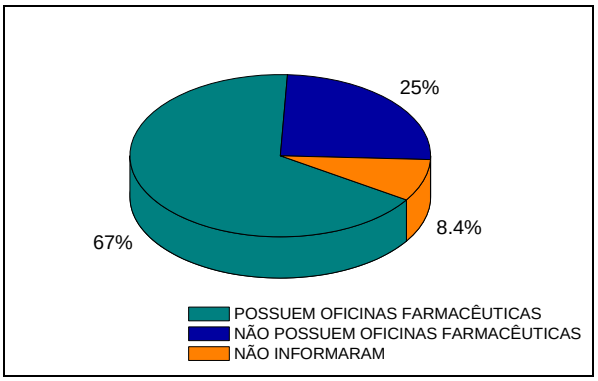

Figura 11 – Percentual de programas com oficinas farmacêuticas (Adaptado de BRASIL, 2006).

Em 24 programas, 66,6%, dos que responderam ao questionário, afirmaram que os serviços estão inseridos na Assistência Farmacêutica local, e somente 12 municípios (33,3%) não possuíam serviços de fitoterapia inseridos na Assistência Farmacêutica (Figura 12).

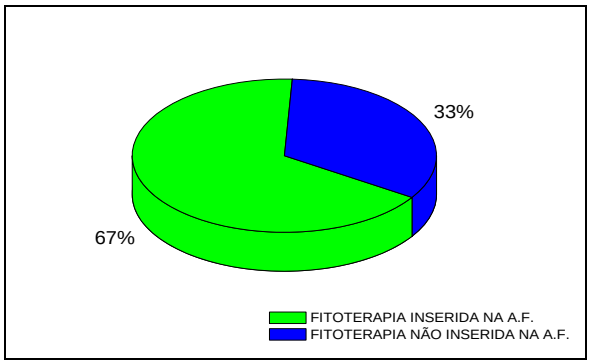

Figura 12 – Percentual de programas em que a fitoterapia faz parte da assistência farmacêutica do município (Adaptado de BRASIL, 2006).

A educação continuada ou qualificação técnico-científica dos profissionais envolvidos no setor, o qual constitui um fator importantíssimo, pois esta ação garante a continuidade e crescimento do setor e com isso maior seria a adesão da população que seriam orientados de forma correta. No relatório, 24 programas, ou 66,6% responderam que possuem guias, mementos terapêuticos e até mesmo cursos de capacitação e 5 deles, ou seja, 13,8% informaram não possuir qualquer tipo de material informativo ou semelhante, porém desses, 5,5% informaram no questionário que estão elaborando

seus mementos terapêuticos e 5,5% disseram que trabalham apenas com protocolos de utilização.

Nesse estudo não fica evidente os motivos que levaram a implantação, por incentivo de gestores ou grupos de usuários e até mesmo por parte de Universidades, porém os dados corroboram para uma ampliação de estudos sobre os diversos programas que foram implantados anteriormente e que atualmente não estão mais ativos. Apesar desse trabalho mostrar o perfil dos programas de fitototerapia no país, até a presente data não existiu outro mecanismo para diagnosticar o setor. Nesse sentido, para melhor diagnosticar os vários programas espalhados pelo país, se fez necessário a elaboração de questionário mais abrangente que proporcionasse um conhecimento mais aprofundado acerca dos programas.

3- Diagnóstico dos programas de distribuição de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos, inseridos no Sistema Único de Saúde.

Baseado na pesquisa organizada pelo DAF/SCTIE/MS, apresentada anteriormente, foram propostas questões que objetivassem a totalidade de informações para um diagnóstico conciso que retratasse a realidade desses programas no país. Esse estudo se fez necessário para um conhecimento mais aprofundado da atual situação desses programas.

No tocante a relação dos municípios e estados, pertencentes ao grupo dos que implantaram os programas, houve um aumento do número, passando a 124 unidades. Esse aumento, segundo informações da assessoria técnica do departamento, se deu em função da existência de programas que não estavam cadastrados no DAF/SCTIE/MS.

As questões elencadas no questionário, apresentado no apêndice 1, dessa tese, foi dividida em 9 eixos, os quais integram informações da secretaria de saúde do município ou estado, dos recursos humanos envolvidos, da capacitação dos profissionais e técnicos envolvidos e educação continuada, informações dos pacientes em uso de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos, da seleção das plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos que compõem os respectivos programas, quando da existência, o cultivo e beneficiamento das plantas medicinais, ou da aquisição de matéria prima e extratos intermediários, da produção ou manipulação dos medicamentos fitoterápicos e por fim questões abertas que permitissem abordar os problemas e sugestões que não estavam contemplados nas questões. As questões foram dispostas de maneira seqüencial de forma que existisse uma confluência das mesmas. Ainda observa-se que as alternativas podem apresentar mais de uma resposta, o que em muitas não totalizam 100%.

Os questionários foram encaminhados as 124 secretarias municipais e estaduais, através de oficio circular expedido pelo então diretor do DAF/SCTIE/MS, conforme disposto no apêndice 1, em setembro de 2008. Para evitar extravios no

Ministério da Saúde, foi solicitado que as respostas fossem direcionadas ao endereço particular do propositor da pesquisa.

Do total de questionários enviados, somente 44 foram devolvidos, ou seja, 36% aproximadamente (Figura 13 A e B), sendo que desses, 24 apresentaram respostas positivas quanto da implantação dos programas e 20 informaram não possuir qualquer tipo de atividade nessa área. Nesses últimos observou-se que em muitos casos o programa não passou de intenção para implantação e efetivação e muito pouco chegou a ser implantado e abandonado por falta de incentivo do gestor, bem como apoio financeiro.

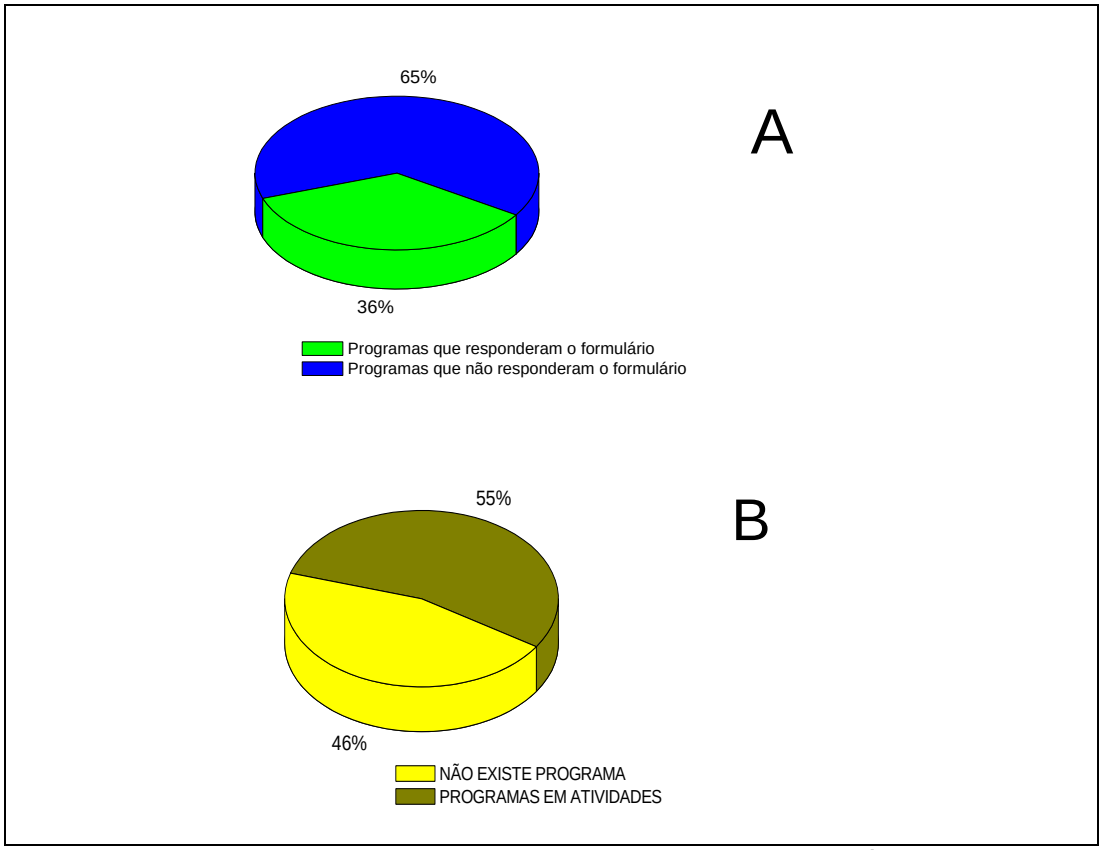

Figura 13- **A** – Percentual de programas que responderam os questionários,
B - Percentual de programas em atividades no país.

Na coleta dos dados, através dos questionários, observou-se que muitos municípios, em que a distribuição de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos estavam implantados não encaminharam o questionário, o que reforçou as informações de que não haviam implantados os programas de fitoterapia. O cadastro de municípios

que implantaram serviços de fitoterapia ocorreu durante os trabalhos realizados pela CEME, os quais aguardavam recursos do governo federal para efetivar os projetos e de lá para cá os gestores municipais foram substituídos e com isso não deram continuidade aos projetos.Esse fato é bastante comum, pois a substituição dos gestores podem acontecer a todo o tempo e nesse sentido a falta de legislação municipal que garanta a atividade, o que certamente levaria a continuidade dos programas.

Considerando o total de questionários devolvidos, pode-se dizer que 54,5% estão em plena atividade, espalhados por todas as regiões do país, tendo uma maior concentração no nordeste, precisamente no estado do Ceará. Vale ressaltar que, nas visitas *in loco*, verificou-se que muitos programas não estavam cadastrados no DAF/SCTIE/MS e por esse motivo Figura como parte do programa estadual do Ceará, uma vez que o objetivo era avaliar as pertencentes da lista fornecida pelo departamento, mesmo assim, dos 9 programas da região nordeste, 7 deles integram o farmácia viva do Ceará (Figura 14).

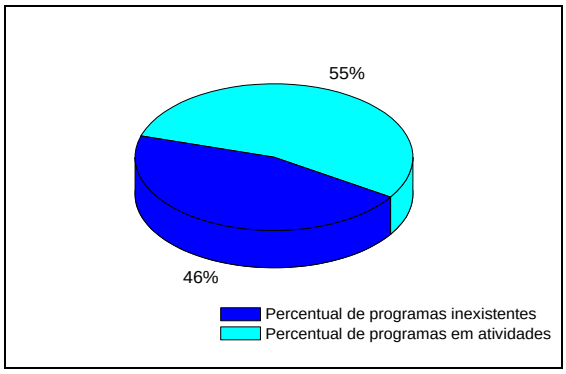

Figura 14- Percentual de programas que integram o Farmácia Viva.

Os demais programas estão assim distribuídos: 2 na regiões norte, 3 centro oeste, 2 no sul e 8 no sudeste, destacando-se nessa última os estados de Minas Gerais, São Paulo e Rio de Janeiro, onde os programas foram implantados há mais de 10 anos (Figura 16). No mapa abaixo, tem-se uma visão geral dos estados da federação onde estão localizados (Figura 15).

Figura 15 – Distribuição dos programas por estados da federação
(Fonte: www.brasil-turismo.com/mapas)

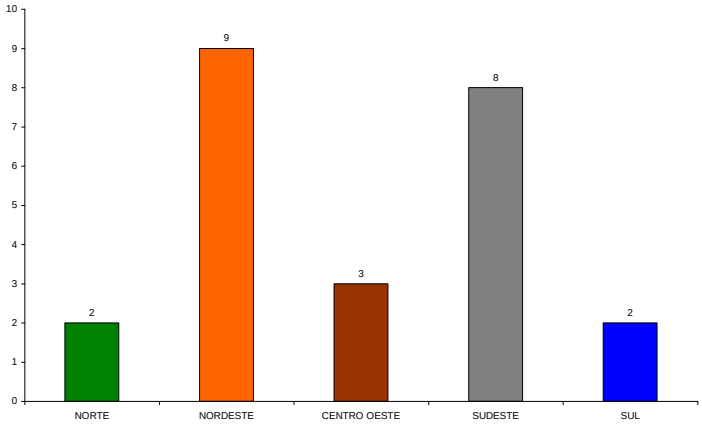

Figura 16- Distribuição dos programas em atividades, por região do país.

Os municípios que encaminharam questionários com respostas negativas quanto a implantação de programas estão distribuídos em: 2 na região norte, 1 na região nordeste, 2 no centro oeste, 6 no sul e 9 no sudeste (Figura 17). O fato desses municípios não possuírem programas de distribuição de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos, não significa que abandonaram. De acordo com as respostas obtidas, do total de 20 municípios que implantaram programas (45,5%), somente 3 (15%) chegaram a implantar e posteriormente abandonaram, por não haver demanda da população, falta de divulgação junto aos usuários e não ter havido incentivo do gestor. Entretanto, os 17 (85%) dos municípios que não chegaram a implantar o programa se deu em função, que na década de 90 houve um grande incentivo do governo federal com subsidio financeiro para manutenção dos mesmos, que estivessem em atividade (Figura 18). Com a extinção da CEME nessa mesma década, levando-se em conta o problema financeiro e falta de incentivo dos gestores, esses programas não se concretizaram.

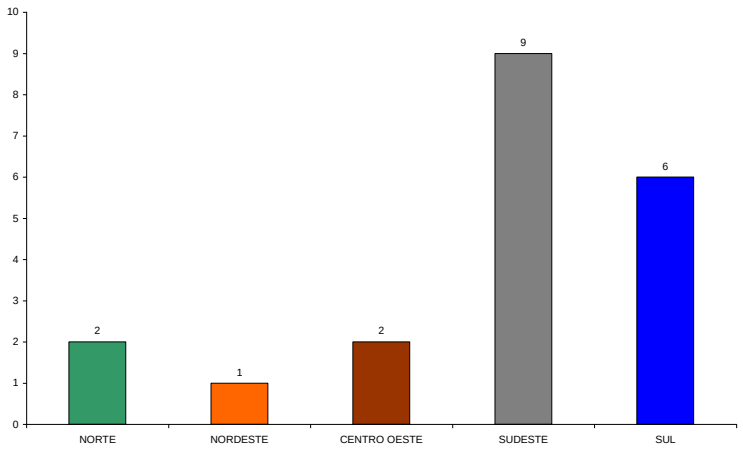

Figura 17- Número de municípios,em que os programas foram implantados e abandonados.

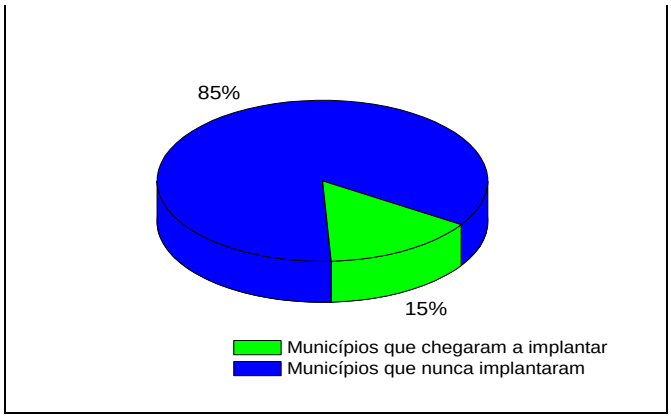

Figura 18- Distribuição percentual de programas que chegaram a implantar os serviços de distribuição de plantas medicinais e fitoterápicos no SUS.

As datas, que marcam a implantação dos programas, variam de 1989 a 2008, sendo que a maior parte se deu a partir de 2000. Isso explica os avanços ocorridos na regulamentação até a publicação da política nacional de plantas medicinais em 2006 (Figura 19). Sugestivamente, poderia dizer que os programas que foram implantados há mais de uma década, estariam em melhor situação, o que não corresponde, pois alguns desses estão em condições precárias por não receberem verbas para manutenção e investimentos de melhorias.

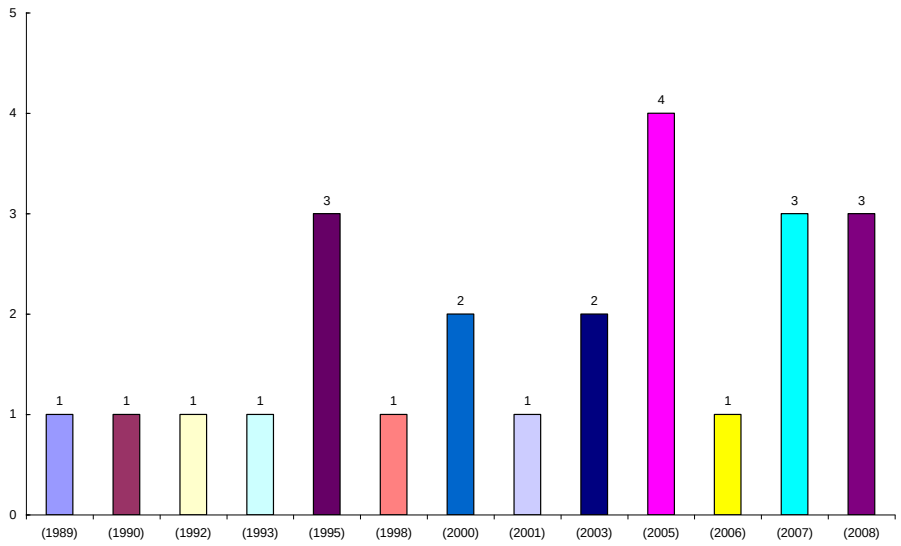

Figura 19- Distribuição cronológica da implantação dos programas nos municípios.

Os motivos que levaram os municípios a implantação dos programas não teve unanimidade nas respostas, sendo que 11 (45,8%) apontaram a existência de fartos recursos naturais na região, 19 (79,2%) atribuíram a demanda da população em utilizar plantas medicinais ou fitoterápicos, 9 (37,5%) que possuíam profissionais qualificados e 14 (58,3%) apontaram o incentivo dado pelo gestor na implantação. Em várias questões, as respostas foram distribuídas em múltiplas escolhas, nesse sentido os responsáveis assinalaram mais de uma, o que demonstra amplitudes dos dados (Figura 20).

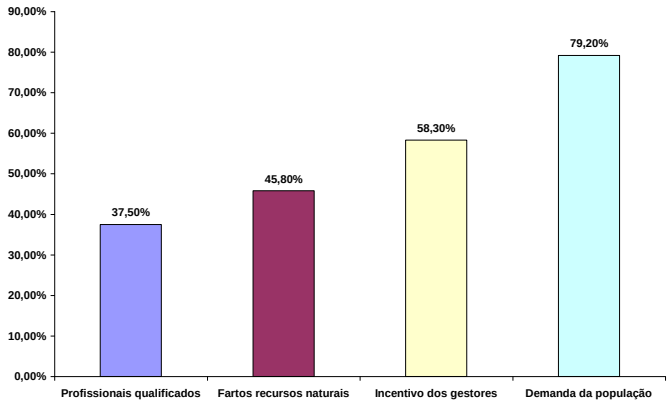

Figura 20- Motivos que levaram os municípios implantar programas que encontram-se em atividade.

Referindo-se aos motivos que levaram a implantação dos programas, verificou-se que, de acordo com as respostas obtidas nos questionários, 15 (62,5%) afirmaram garantir o acesso rápido da população para tratamento dos sintomas primários, 20 (83,3%) em desenvolver trabalhos educativos com plantas medicinais, 14 (58,3%) demonstraram interesses em produzir medicamentos fitoterápicos e 7 (29,2) em diminuir gastos com outros tipos de medicamentos (Figura 21). Essa ultima questão é bastante polêmica, pois não se pode comparar um medicamento fitoterápico com outro quimicamente definido, a não ser pelas mesmas indicações terapêuticas.

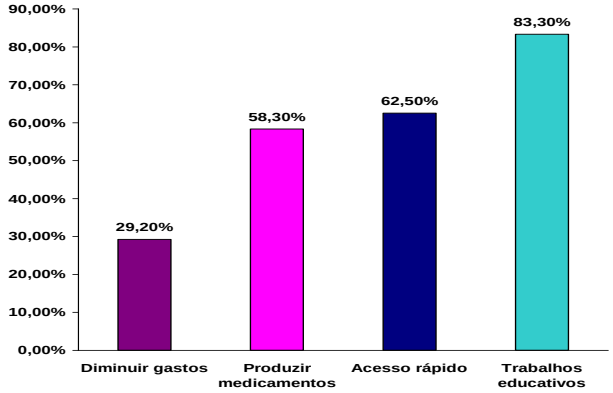

Figura 21- Motivos que justificam a implantação dos programas de fitoterapia.

A efetivação para implantação dos programas de fitoterapia, atribuída por iniciativa de alguém ou conjunto de pessoas, assim, verificou-se que 14 programas (58,3%) apontaram os gestores, 11 (45,8%) atribuíram a técnicos a responsabilidade pela implantação, o que não quer dizer ser uma pessoa sem qualificação, muitos deles são farmacêuticos, médicos, biólogos e outros profissionais. Ainda, observou-se que 4 programas, ou seja, 16,7% atribuíram a iniciativa da implantação a usuários e 9 (37,5%) foram atribuídos a iniciativa do prefeito, governo do estado em virtude de integrar o programa estadual (Figura 22).

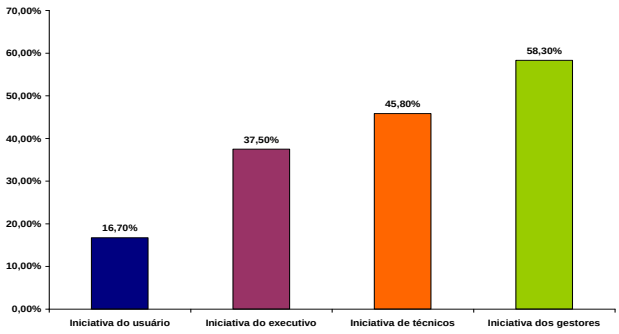

Figura 22- Razões da implantação dos programas que se encontram em atividade no país. .

Quanto a aquisição de medicamentos fitoterápicos, 17 municípios, 70,8% se enquadram na produção e distribuição nas unidades básicas de saúde, 1 (4,17%) compra o medicamento da indústria para abastecer as unidades básicas, 1 (4,17%) o usuário recebe a prescrição e adquire o medicamento em farmácias da rede privada, 3 (12,5%) adquire na farmácia pública do município com apresentação de prescrição médica e 6 (25%) responderam não se enquadrar em nenhum dos modelos propostos (Figura 23). Estes últimos devem-se ao fato de não produzir medicamentos fitoterápicos e dispensam somente as plantas medicinais.

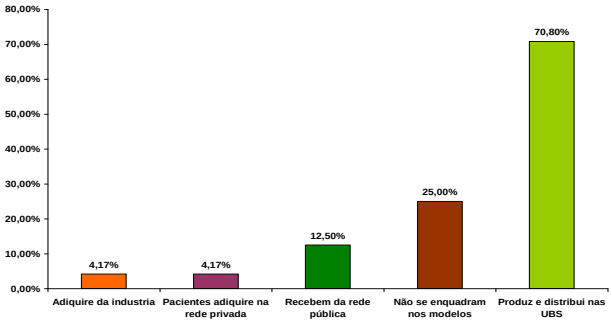

Figura 23- Aquisição dos fitoterápicos para composição dos medicamentos padronizados nos municípios.

Terem implantados programas de distribuição de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos, não significa que estejam inseridos na rede pública de saúde. Nesse sentido, 18 (75%) dos programas estão inseridos no plano municipal de assistência farmacêutica, corroborando com as políticas públicas quanto a inserção no SUS. Somente 6 (25%) não estão inseridos, o que poderia deduzir que ficaria mais

difícil encaminhamento e acompanhamento do usuário em uso de plantas medicinais ou medicamentos fitoterápicos (Figura 24).

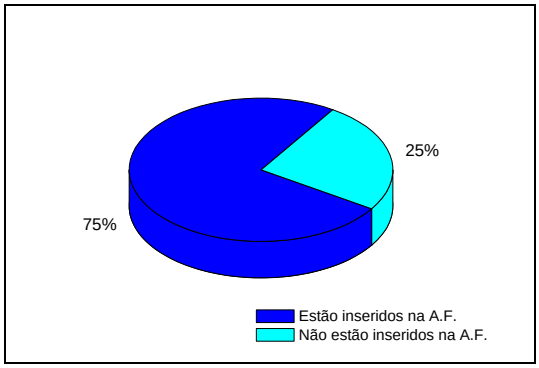

Figura 24- Percentual de programas de fitoterapia que estão inseridos na Assistência Farmacêutica do município.

Entendendo-se que a fitoterapia foi inserida no SUS através da PNPIC, nem todos possuem outras atividades complementares. Observou-se que 10 programas, ou seja, 41,7% do total dos programas com fitoterapia implantada, oferecem a acupuntura e medicina tradicional chinesa, 1 (4,17%) oferecem serviços ligados a antroposofia, 9 (37,5%) implantaram a homeopatia e 7 (29,2%) responderam que oferecem outros serviços (Figura 25). Estes últimos referem-se a musicoterapia, práticas de exercícios físicos e serviços ligados a nutrição.

Levando-se em consideração os problemas encontrados na implantação dos programas de fitoterapia, perguntou-se quais eram as dificuldades e verificou-se que a maior parte dos programas, 22 (91,7%) responderam apresentar dificuldade financeira, 7(29,2%) alegaram a falta de profissionais qualificados, 14 (58,3%) citaram a falta de adesão dos médicos e dentistas, enquanto prescritores, 15 (62,5%) colocaram a questão de não possuírem espaço físico adequado e 2 (8,3%) referiram a falta de interesse da população. Talvez este ultimo estaria relacionado com a falta de divulgação do programa (Figura 26).

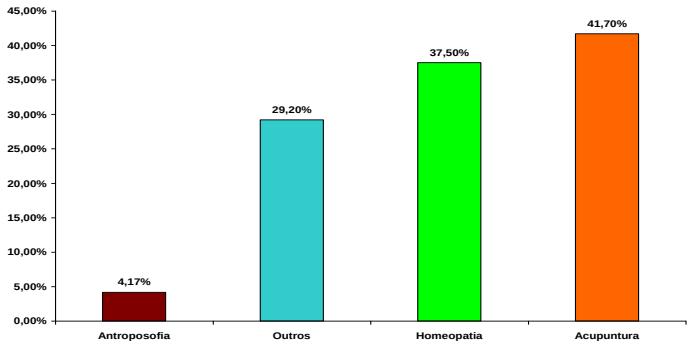

Figura 25- Outras práticas integrativas e complementares implantadas nos municípios.

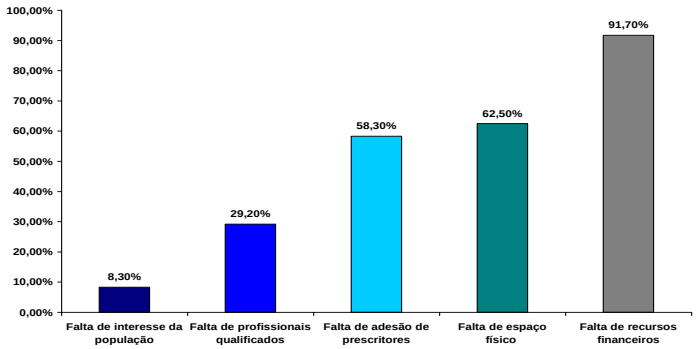

Figura 26- Dificuldades encontradas pelos municípios para a implantação dos programas de fitoterapia.

Cruzando as informações prestadas pelos municípios quanto as dificuldades encontradas na implantação, verificou-se que, na questão da facilidade encontrada, é contraditório quando 23 (95,8%) relataram a procura da população para uso de medicamentos fitoterápicos, 15 deles, 62,5% citaram o incentivo do governo municipal, 10 (41,7%) a existência de fartos recursos naturais na região, 7 (29,2%) em possuir estrutura física favorável e 9 (37,5%) possuírem parcerias com universidades (Figura 27).

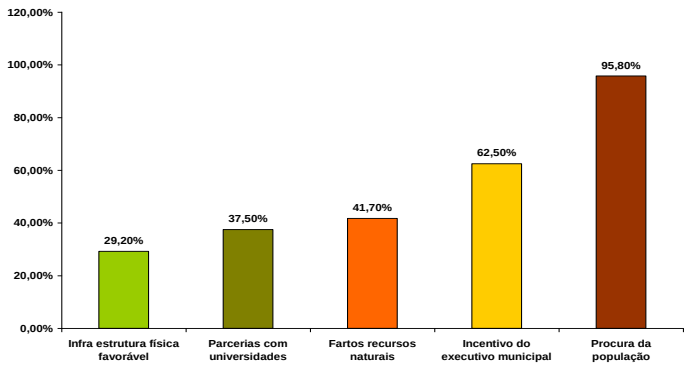

Figura 27- Facilidades encontradas pelos municípios para a implantação dos programas de fitoterapia.

Para implantação dos programas, apesar da vontade política do gestor e alguns casos do próprio executivo municipal, é preciso prover recursos, o que de acordo com os objetivos, construção de horto, área de beneficiamento e oficina farmacêutica, representa um alto investimento. Em análise aos questionários observou-se que apenas 1 programa, 4,17% do total, recebeu recursos do governo federal para implantação, 6 (25%) obtiveram recursos do governo estadual, 22 (91,7%) responderam ter recebido recursos do próprio município e 2 (8,3%) responderam outros, referindo-se a entidades não governamentais que ajudam comunidades, principalmente na região norte do país (Figura 28).

Observando os resultados, fica evidente que não basta apenas os recursos do governo federal ou estadual, pois quase a totalidade deles citaram a participação direta do município, não levando-se em conta recursos provindos dos governos federal e estadual. Assim, poder-se-ia dizer que os programas que tiveram uma ajuda além do município, tiveram maior facilidade para implantação, porém fica distante da realidade, em casos que os recursos federal e estadual não foram satisfatórios para preparar a área de plantio do horto, sendo necessários recursos do próprio município.

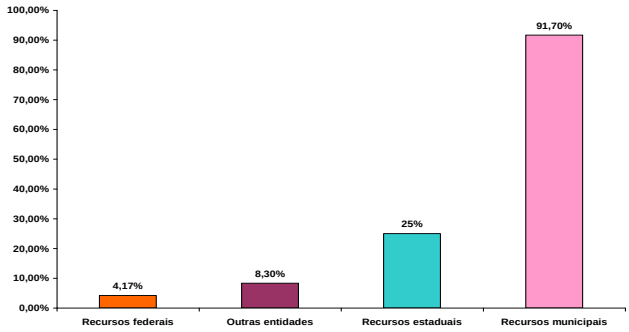

Figura 28- Recursos usados para implantação dos programas.

Analisando o questionário como um todo, observa-se que existem casos que parece uma redundância de questionamento, porém houve uma preocupação no sentido de reafirmar as respostas, garantindo resultados precisos. Com isso, observa-se que ao serem questionados sobre a existência de parcerias com universidades ou algum órgão público, 15 (62,5%) responderam que mantinham parcerias, o que não anula a proposta, quando anteriormente 9 deles responderam possuir parcerias com universidades, porém fica claro que nem todos teriam esse tipo de parceria, sendo que 6 programas apresentaram parcerias com outras entidades e órgãos públicos, como é o caso do Núcleo de Fitoterapia da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, que integra os programas espalhados nesse estado. Ainda nessa questão, observou-se que 9 (37,5%) afirmaram não possuir qualquer tipo de parceria (Figura 29).

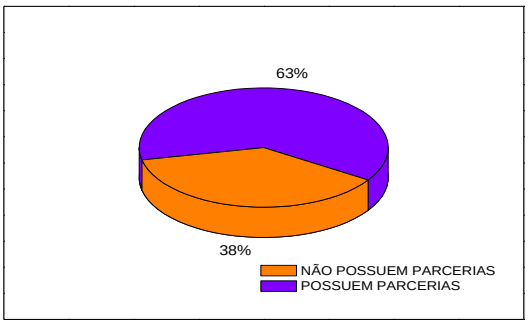

Figura 29- Percentual de programas que possuem parcerias com outras instituições.

Quando se amplia a pesquisa em questão da existência de integração dos serviços desenvolvidos no município com outras instituições, observou-se que nem todos possuem essa integração, pode-se dizer que apenas uma pequena parcela, o

que confirma a questão anterior sobre as parcerias. Verificou-se que 2 (8,3%) possuem trabalho integrado com instituições não governamentais, porém um número bastante expressivo, 11 (45,8%) desenvolvem trabalhos com associações comunitárias, 1 (4,17%) envolvido com movimento sem terra, 3 (12,5%) ligados as pastorais e 1 (4,17%) relacionado com a saúde indígena (Figura 30).

A integração dos serviços com outras entidade não governamentais, em raríssimas vezes observa-se a busca dos programas por estas, o que verificou-se, tanto nas respostas dos questionários quanto nas visitas *in loco*, que apenas um dos programas buscou parceria com comunidades para desenvolvimento dos trabalhos de fitoterapia. Os demais, que possuem integração com essas entidades, quase em sua totalidade, pode-se afirmar que os programas nasceram a partir delas, conforme observado nas respostas anteriores.

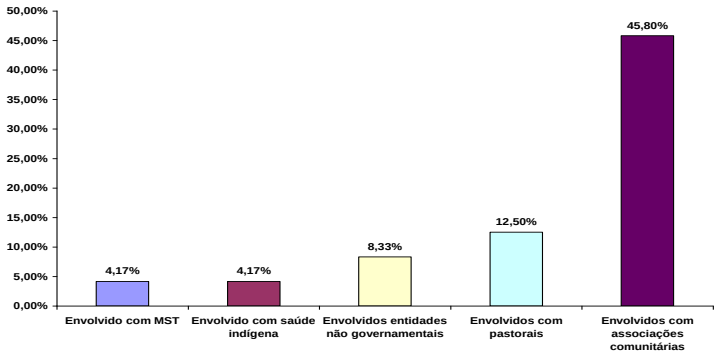

Figura 30- Envolvimento dos programas que possuem fitoterapia com outras instituições.

Conforme mencionado anteriormente, as questões acima discutidas, referem-se aos dados da secretaria de saúde quanto da implantação e manutenção dos programas, bem como as razões que levaram os municípios e estados a implantarem o programa de fitoterapia. As questões que se seguem, estão relacionadas aos recursos humanos, ou seja, a qualificação dos profissionais que estão diretamente ligados a atividades desenvolvidas pelos programas.

Nas respostas referentes a quais e quantos profissionais estão envolvidos diretamente no programas, observou-se que nem todos possuem pessoas qualificadas e ainda alguns possuem números insuficiente, o que leva a um serviço precário.

Existem programas que somente possuem técnico agrícola, em outros existem um grande número de agentes comunitários e agentes de saúde e apenas um farmacêutico e um médico, os enfermeiros aparecem em números maiores, pois em alguns casos são os profissionais que realizam prescrições de fitoterápicos, conforme exemplo da prefeitura do município de Campinas – SP e do DF, onde pode-se observar a legislação no anexo 3, que garante essa prática.

Segundo o conceito de medicamento fitoterápico, descrito em várias resoluções da Anvisa, na política nacional de práticas integrativas e complementares a saúde e na resolução n° 477/08 do CFF (BRASIL, 2008), a prática da obtenção desses medicamentos é privativa do farmacêutico, porém observa-se que nem todos os programas que possuem produção de medicamentos fitoterápicos existe a figura desse profissional. A grande alegação dos programas nessa situação é inerente a falta de recursos repassados pelo município para contratação do farmacêutico, o que não se justifica, pois há necessidade premissa, porém em nenhuma das legislações específicas para implantação desses programas reforça o fato de quais profissionais deveriam compor os quadros para garantia dos serviços prestados.

Quando o fato é o médico relacionado com os serviços dos programas, é bastante curioso, pois 19 (79,2%) responderam que os médicos não aderiram ao programa por falta de conhecimento no trabalho com plantas medicinais ou medicamentos fitoterápicos, 2 (8,3%) afirmaram que eles alegaram ineficácia desses produtos para uso humano e 7 (29,2%) disseram que os pacientes não apresentaram interesses nessa prática (Figura 31). Diferentes de outras práticas complementares aplicadas a saúde, a fitoterapia foi o único recurso existente para restabelecimento da saúde da população, 80% dos medicamentos quimicamente definidos, ou são produzidos a partir de plantas medicinais ou análogos de protótipos de substâncias isoladas a partir delas. Assim, talvez a melhor resposta para os dois programas em que os médicos afirmaram ineficácia, seria não conhecimento dessa prática para uso em clinicas.

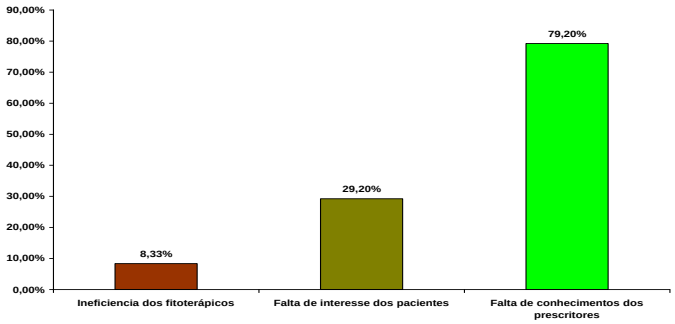

Figura 31- Motivos alegados pelos prescritores que não aderiram a fitoterapia.

Sobre a questão da dispensação e orientação quanto ao uso correto das plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos, que é considerado privativo do farmacêutico, observou-se que a grande maioria dos programas, no total de 21 (87,5%) é feito por farmacêutico, onde nos remete a pensar na questão do número de profissionais envolvidos, pois 50% desses programas ou não têm ou apresentaram um único profissional, comprometendo a manipulação e aviamento do receituário. Ainda, 7 (29,2%) afirmaram que os medicamentos são manipulados ou dispensados por técnicos, 8 (33,3%) são feitos por enfermeiros, corroborando para o resultado de existir, em alguns municípios, legislação que garante o direito desse profissional prescrever, 10 (41,7%) responderam que é feito por médicos e 5 (20,8%) são realizados por outros, onde observa-se a integração com pastorais e comunidades, em que o agente de saúde local realiza os serviços (Figura 32).

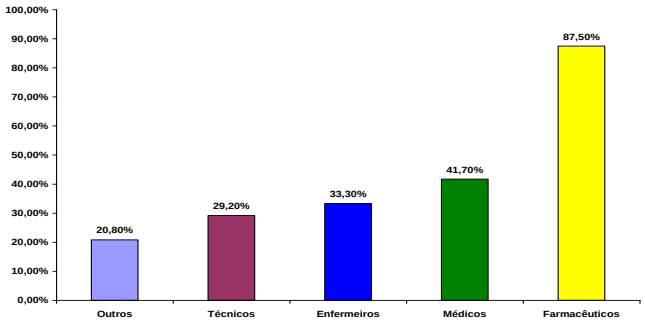

Figura 32- Percentual dos profissionais envolvidos com serviços de fitoterapia nos programas.

Quanto a questão da integração entre os trabalhos das equipes do programa saúde da família, com os programas de fitoterapia, observou-se que 18 (75%) estão envolvidos com PSF e 6 (25%) não estão integrados (Figura 33). Dessa forma,

evidencia a questão de integração do setor da saúde com a situação dos programas, pois aqueles que apresentaram condições precárias, estariam efetivamente assegurados com esse envolvimento, melhorando a divulgação e acompanhamento direto do paciente em uso de fitoterápicos.

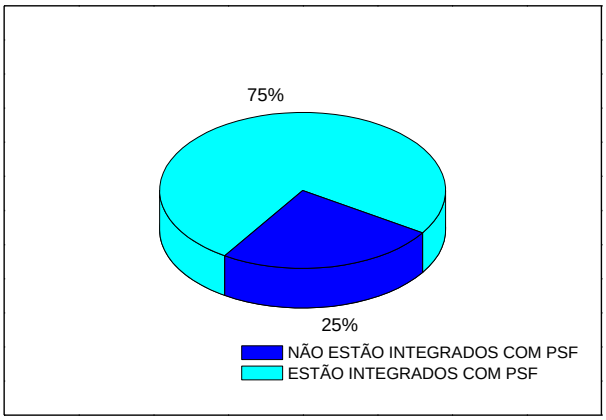

Figura 33- Percentual dos programas que integram o Programa de Saúde da Família.

Na questão dos profissionais envolvidos nos programas, apresentarem conhecimentos sobre a política nacional de plantas medicinais e fitoterapicos para o SUS, a grande maioria responderam sim, perfazendo um total de 21 (87,5%) e somente 3 (12,5%) disseram não conhecer a política (Figura 34) . O que se esperava era que todos tivessem o conhecimento, porém é sabido que alguns programas foram implantados por imposição do estado e também não possuem profissionais qualificados, o que leva a um distanciamento das questões políticas que envolvem o setor.

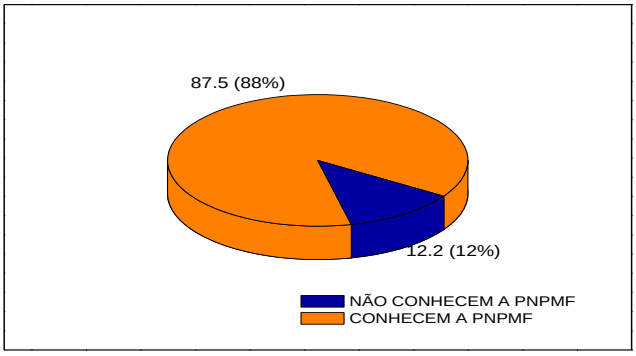

Figura 34- Percentual dos profissionais envolvidos nos programas que conhecem a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.

Muito se falou nas questões do conhecimento da prática nos programas de distribuição de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos. No eixo dos cursos de capacitação e educação continuada, pode-se verificar quais as ações dos programas para capacitação dos envolvidos.

Do total de 24 programas que implantaram a fitoterapia, 17 (70,8%) responderam possuir cursos de capacitação e 7 (29,2%) não possuem qualquer tipo de cursos para capacitação dos profissionais envolvidos (Figura 35). Dentre os cursos oferecidos, observou-se que estão divididos para prescritores, técnicos envolvidos com cultivo, desenvolvimento de medicamentos e quanto ao uso das plantas medicinais e ainda aparecem vários programas desses que oferecem cursos a comunidade como parte de informação do uso de plantas medicinais e obtenção de preparações caseiras, como infusão entre outras.

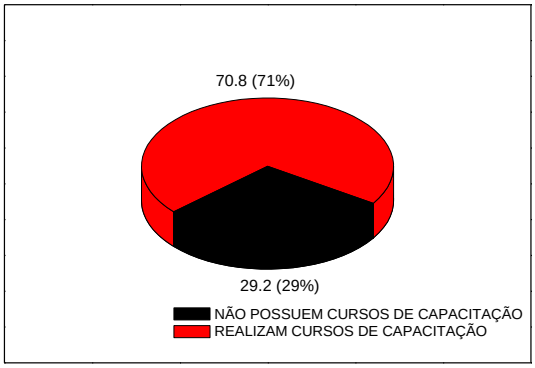

Figura 35- Percentual de programas que possuem cursos de capacitação em fitoterapia para os profissionais envolvidos. .

Uma questão bastante discutida em alguns programas, se refere ao uso correto de plantas medicinais, informando a população quanto aos riscos do uso indiscriminado e da falta de identificação botânica segura. Esse ultimo fato tem levado a um aumento do número de intoxicações com plantas medicinais. Esses dados não foram fornecidos pelo Centro de Investigação Toxicológica - Ciatox, devido ser de uso exclusivo dos governos. Porém observou-se que 21 (87,5%) dos programas realizam trabalhos educativos com a comunidade sobre o uso correto das plantas medicinais e somente 3 (12,5%) não realizam esse trabalho, mas de acordo com as informações prestadas, estão em fase de preparação de material ilustrativo para serem distribuídos na comunidade (Figura 36).

Nos programas que realizam serviços de prescrição de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos, os pacientes aderem ao tratamento recomendado. Dos programas ativos observou-se que os 24 (100%) responderam sim a questão da adesão ao tratamento com plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos. Porém, na questão de acompanhamento desses usuários verificou-se que 18 (75%) afirmam existir uma forma de acompanhamento dos mesmos e 6 (25%) responderam não possuir nenhum tipo de acompanhamento (Figura 37). Vale ressaltar que nestes últimos, essa situação deve se dar pela falta de médicos, farmacêuticos e outros profissionais para desenvolver o acompanhamento.

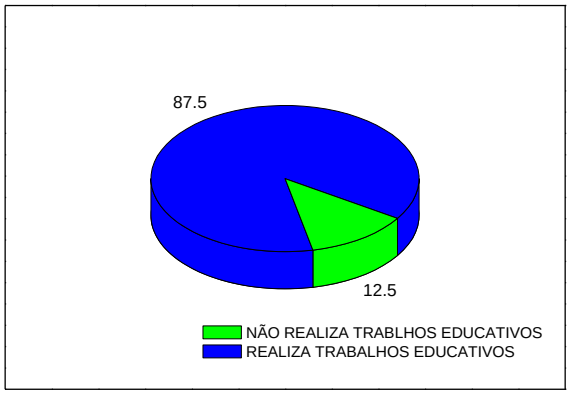

Figura 36- Percentual de programas que proporcionam trabalhos educativos em fitoterapia com a comunidade local.

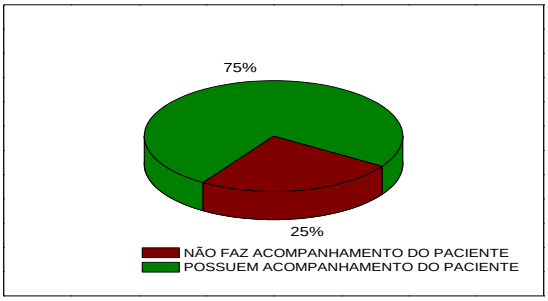

Figura 37- Percentual de programas que proporcionam acompanhamento dos pacientes em uso de fitoterápicos.

Considerando os 18 programas que realizam acompanhamento ao paciente em uso de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos, foi perguntado como são realizados. Assim, verificou-se que 14 (77,8%) faz através de consultas médicas, onde o médico prescritor avalia o paciente quanto ao desaparecimento dos sintomas e cura, 1 (5,5%) realiza o acompanhamento através do programa de assistência familiar, 3 (16,7%) faz através da farmacovigilância, 10 (55,5%) através do PSF e outros 6 (33,3%) responderam que avalia por intermédio do núcleo de apoio a saúde da família. De todos os programas que realizam acompanhamento ao usuário em uso da fitoterapia, afirmaram que os resultados obtidos referem-se ao desaparecimento dos sintomas e cura da doença (Figura 38).

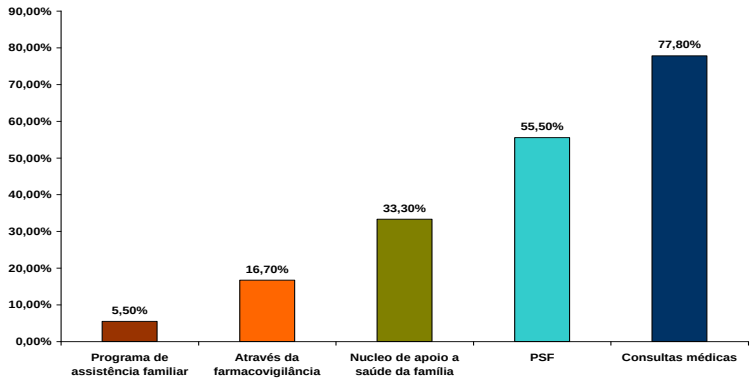

Figura 38- Medidas adotadas para avaliação da eficácia do tratamento com plantas medicinais e fitoterápicos nos programas de fitoterapia em atividade.

A orientação farmacêutica passadas aos usuários, é realizada em todos os 24 (100%) programas, de acordo com informações coletadas nas visitas, é uma forma de sensibilizar o usuário para o uso correto, seguro e com isso garantir a aderência ao tratamento. As orientações referem-se a questões mais técnicas, relacionadas ao uso das plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos.

Na observação das informações obtidas dos questionários quanto as orientações, verificou-se que 22 programas, (91,7%) destacaram a posologia, 21 (87,5%) disseram orientar quanto ao preparo, envolvendo-se nesse ponto as infusões, xaropes caseiros e tinturas para uso tópico. Ainda, 17 (70,8%) programas referiram a questão dos efeitos colaterais, 18 (75%) informaram quanto a conservação das plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos e por fim, 14 (58,3%) informaram orientar os usuários com objetivo de promover a adesão dos mesmos ao tratamento (Figura 39).

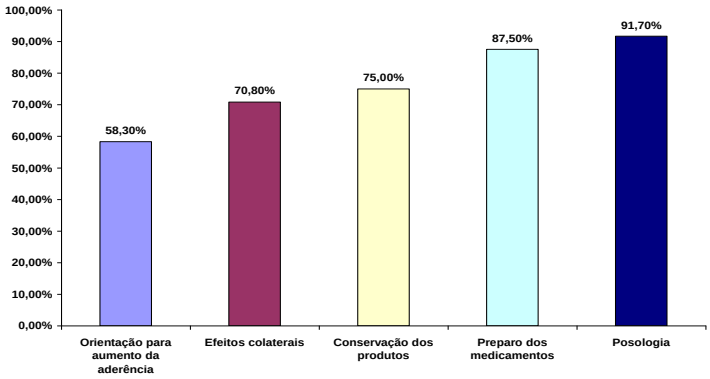

Figura 39- Tipos de orientações dadas aos usuários de fitoterápicos.

A eficácia das plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos é um ponto que reforçaria o uso destes pelos usuários e nesse sentido verificou-se que do total dos programas ativos, 18 (75%) responderam possuir alguma forma de avaliar a eficácia dos mesmos, e 6 (25%) não tem qualquer avaliação da eficácia (Figura 40). No sentido de buscar melhor entendimento dessa questão, foi perguntado como é feita a avaliação da eficácia terapêutica dos fitoterápicos, onde verificou-se que 15 (83,3%) analisa através do desaparecimento dos sintomas, 12 (66,7%) ainda responderam avaliar através da cura do usuário, 18 (100%) se baseiam nas informações prestadas pelo usuário, 5 (27,8%) é feita pelo exame clinico do prescritor e 4 (22,4%) faz-se através de exames laboratoriais solicitados pelos prescritores (Figura 41).

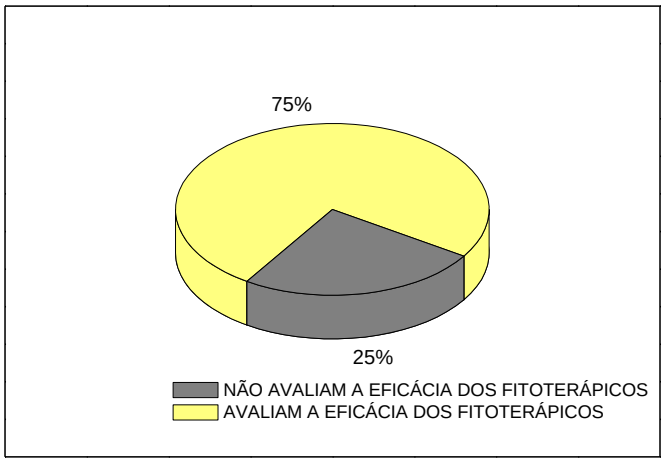

Figura 40- Percentual de programas em que a eficácia dos fitoterápicos são avaliadas.

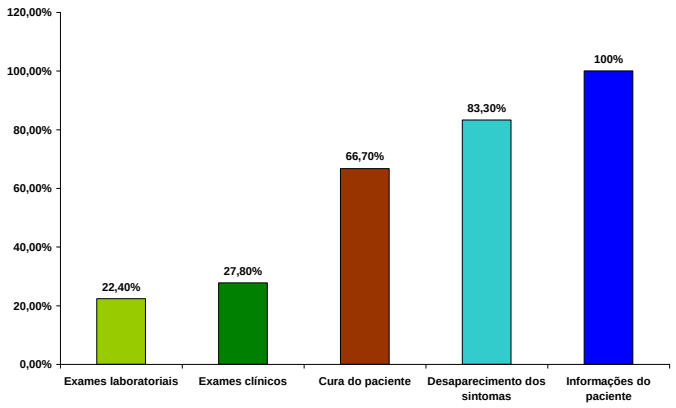

Figura 41- Procedimentos utilizados na avaliação da eficácia dos fitoterápicos.

A padronização das plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos, que compõem os programas, se deram de certa forma por conhecimentos populares e os resultados conseguidos em outros programas, ou seja, troca de informações. Essa ultima prática não é comum, pois se considerar as várias regiões brasileiras, é quase inexistente essa integração, mas em estados como Ceará é muito comum, uma vez que o estado coordena a implantação dos programas, por estarem inseridos na política estadual.

Poucos programas responderam essa questão, pois alguns afirmaram que estavam em processo de reformulação da relação de plantas medicinais para se adequarem a lista da Renisus. Ainda deve se considerar a questão regional, pois a diversidade existente nos vários biomas brasileiros não permite a integração de todas as espécies da relação. Em alguns programas verificou-se que a aclimatação de espécies nem sempre foi satisfatória, o que impediu o desenvolvimento da planta.

Quanto ao critério de seleção adotado na escolha das plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos, dos programas, observou-se que muitos não levaram em conta a característica epidemiológica da região ou especificamente do município. Os principais problemas apontados foram: asma, gripe, afecções da pele, inflamações em geral, problemas ginecológicos, feridas, úlceras e gastrites, dispepsia, litíase renal, insônia, hipertensão entre outros problemas relacionados a disfunção hepática. Porém, observou-se que, do total dos programas em atividades, 15 (62,5%) dos programas apresentaram como critério de escolha o conhecimento popular, 21 (87,5%)

fundamentaram em literaturas, 6 (25%) foram providos de conhecimentos dos prescritores e 9 (37,5%) levaram em conta as espécies medicinais que eram cultivadas no município, pela população (Figura 42).

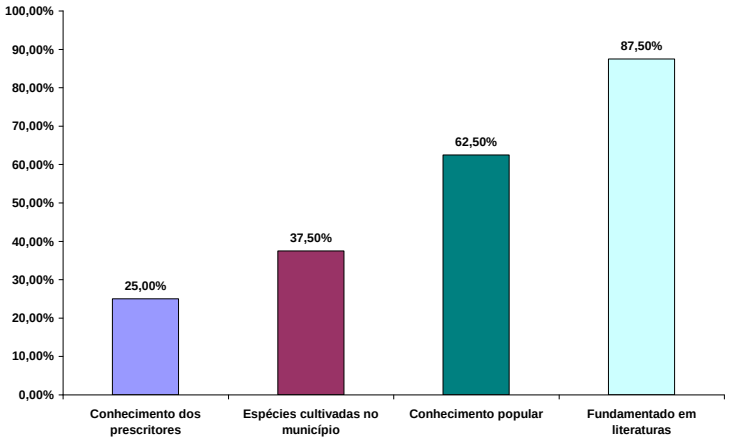

Figura 42- Critérios adotados nos programas na padronização das espécies.

É pertinente a indagação sobre as posologias e doses das plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos, uma vez que se fala em padronização das mesma, no setor público. A grande maioria dos programas, ou seja, 21 (87,5%) responderam terem usados conhecimentos literários, 11 (45,8%) basearam-se em conhecimentos populares, 4 (16,7%) através de estudos científicos realizados com a comunidade e 12 (50%) levaram em consideração as informações de profissionais da área. Isso gera uma discussão, uma vez que em muitas literaturas as doses e posologias são reunidas por conhecimentos populares, muito pouco se tem de estudos que possam abranger testes toxicológicos e dose resposta efetiva, o que até então se dá com substâncias isoladas (Figura 43).

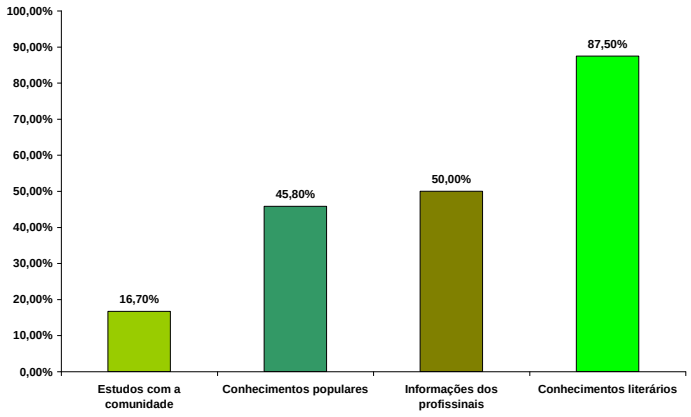

Figura 43- Critérios adotados na determinação da posologia dos Fitoterápicos nos programas.

Outro fator interessante é quanto a estudos científicos com a comunidade, o que sem dúvida é coletar dados a respeito do uso das espécies em doses habituais, o que pode claramente ser utilizado, uma vez que a própria Anvisa utiliza esses dados para registro de novos medicamentos fitoterápicos. Porém existe uma série de exigências, como por exemplo a designação de medicamento fitoterápico onde não se conhecem os efeitos colaterais e que a espécie em questão tenha comprovação de uso por mais de 20 anos.

No desenvolvimento do cultivo e beneficiamento de plantas medicinais, perguntou-se sobre a existência do cultivo no município, onde foi observado que 22 (91,7%) dos programas em atividades cultivam as espécies medicinais, e apenas 2 (8,3%) não cultivam. Porém não significa que do total dos programas que apresentam cultivo, todos possuiam, alguns deles desenvolvem cultivos em áreas diversas, como em UBS e áreas da comunidade (Figura 44).

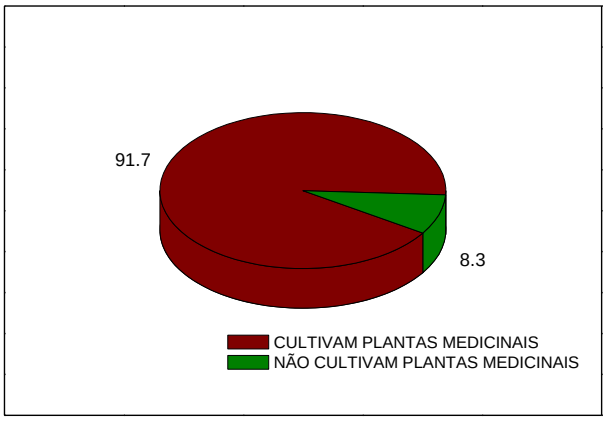

Figura 44- Percentual de programas que cultivam plantas medicinais.

Considerando o total de 22 programas que apresentaram cultivo de espécies medicinais, 3 (13,6%) possuem área rural para a prática, 12 (54,5%) em área urbana, e ainda, 18 (81,8%) apresentaram área fechada, como horto e 2 (9,0%) a área é aberta, em contato com a natureza (Figura 45). Um fato interessante observado em visitas a alguns programas, é a existência de separação nos hortos para plantio de espécies que comprometem outras plantas, como por exemplo a arruda (*Ruta graveolens)* plantada próxima da hortelã (*Menta X vilosa)*, acaba por eliminar totalmente essa ultima.

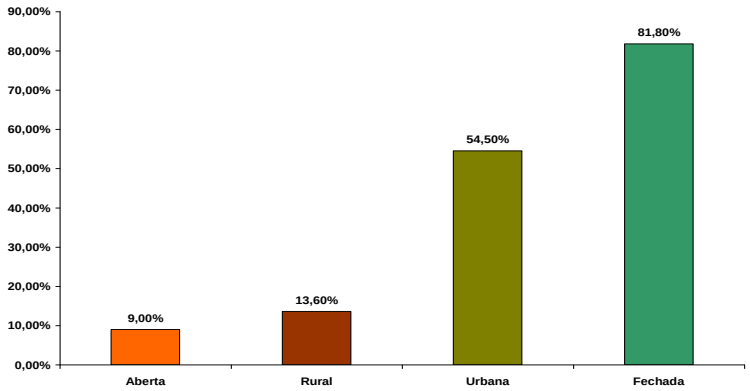

Figura 45- Distribuição do tipo de horto de plantas medicinais **e**ncontrados nos programas.

Na questão da procedência das matrizes, observou-se que 11 (50%) possuem produção própria e 14 (63,6%) adquirem de terceiros, em muitos casos de

universidades e órgãos públicos relacionados a formação e desenvolvimento de matrizes para os programas (Figura 46). A questão é bastante intrigante uma vez que o número ultrapassa a quantidade de programas, porém verificou que em alguns programas existiam as duas situações, nesse sentido foram respondidas ambas alternativas.

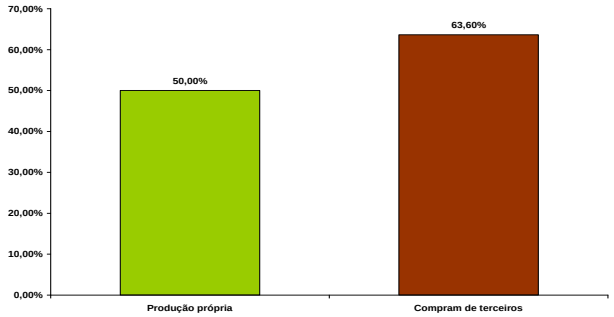

Figura 46- Procedência das matrizes para formação dos hortos de plantas medicinais nos programas.

A identificação botânica das espécies, o que sem dúvida integra a qualidade dos matérias utilizados, verificou-se quase a totalidade, ou seja, 21 (95,5%) do total dos programas que cultivam, apresentaram práticas de identificação e apenas 1 (4,5%) não realiza identificação botânica das espécies (Figura 47). Ainda nessa questão foi perguntado sobre a formação do profissional que realiza a identificação, e verificou-se que no total dos programas que realizam identificação, 3 (14,3%) é feita por biólogo, 12 (57,1%) por farmacêutico, 18 (85,7%) por técnicos, em alguns programas são chamados de “mateiros” e em 2 (9,5%) por agrônomos (Figura 48).

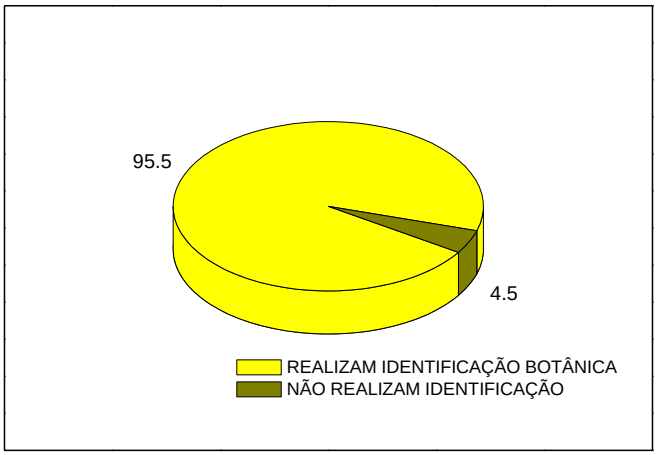

Figura 47- Percentual de programas que realizam identificação botânica das espécies vegetais

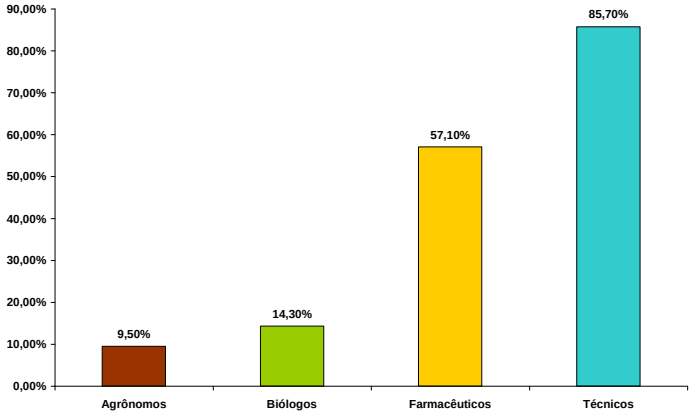

Figura 48- Profissionais que realizam identificação botânica das espécies vegetais

Quanto ao preparo do solo para cultivo, perguntou-se sobre o uso de quais produtos são utilizados e observou-se que os 22 programas, considerados produtivos, utilizam somente adubo orgânico e somente 2 (9,0%) faz uso de corretivos do pH, quando necessário. A mesma questão ocorre com o uso de defensivos agrícolas no combate as pragas e doenças que atacam as plantas medicinais, onde verificou-se que em nenhum caso são usados qualquer tipo de defensivo.

Uma forma de manutenção das espécies cultivadas, se referem sobre o replantio das mesmas, com isso observou-se que do total de 22 programas, 13 (59,1%) realiza o

replantio durante o verão, 14 (63,6%) no outono, 9 (40,9%) no inverno e 13 (59,1%) faz o replantio na primavera (Figura 49). Essa situação remete ao pensamento desordenado, pois fica claro, a partir dos dados obtidos, que não existe qualquer critério estabelecido ou mesmo um estudo sazonal.

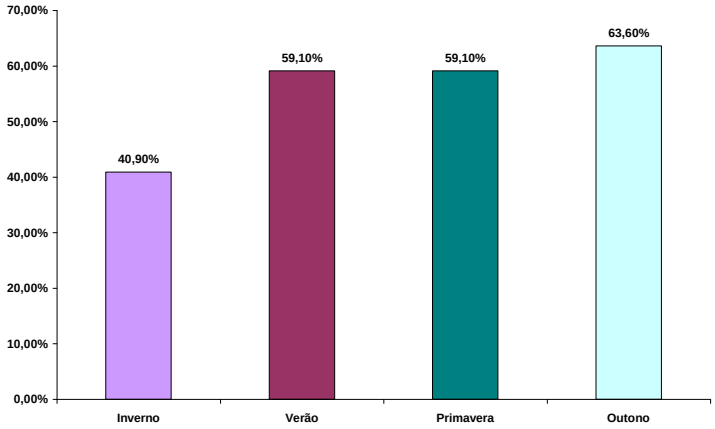

Figura 49- Épocas do ano em que são realizados o replantio das espécies vegetais nos programas

A coleta de plantas medicinais deve obedecer a um critério, que segundo normas de estudos sazonais garante a qualidade, pois em determinadas épocas do ano ou mesmo em certos horários os metabólitos secundários são sintetizados em maior quantidades, o que certamente levaria a uma performance nas concentrações dos marcadores de determinadas espécies medicinais. Essa questão foi proposta nesse eixo temático e observou-se que do total de 22 programas que apresentaram cultivo de plantas medicinais, 20 (90,9%) deles apresentaram como cuidados durante a coleta, o horário, fixando o período da manhã e final da tarde, 9 (40,9%) a época do ano, relacionados em que algumas espécies apresentam floração ou mesmo por desenvolveram melhor, 11 (50%) as condições climáticas, considerando dias chuvosos ou nublados onde impediria a coleta e todos os 22 (100%) adotaram como observação, a fase da planta (Figura 50). Os critérios adotados foram referendados por informações da literatura sobre coleta de plantas medicinais.

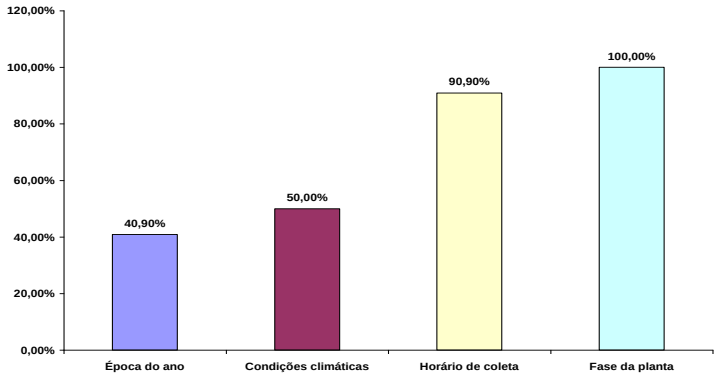

Figura 50- Critérios adotados nos programas para coleta das espécies vegetais

E ainda, a respeito das características observadas nas plantas durante a coleta, aparecem em toda sua totalidade, dos 22 programas em verificar a aparência da espécie e também resíduos de terra, adubo orgânico entre outros. Porém, nota-se que 17 (77,3%) observam a cor da planta, por exemplo: folhas jovens e velhas, 12 (54,5%) verificam o odor da espécies, pois algumas aromáticas são bastante características em determinadas épocas ou horários e 8 (36,7%) observam o local da coleta, como já mencionado anteriormente, alguns programas possuem cultivo em lugares abertos (Figura 51). Apesar de todos os programas responderem que observam a presença de sujeiras na planta, verificou-se que 7 (31,8%) realiza procedimentos para descontaminação microbiológica, que de acordo com informações prestadas pelos responsáveis, se dá por banho de imersão em solução de hipoclorito de sódio a 2% diluído em 1:1000 de água, por um tempo de 30 minutos, após esse processo a planta é submetida ao enxágüe para eliminar resíduos do hipoclorito e os outros 15 (68,2%) não faz nenhum procedimento para descontaminação (Figura 52). Nesses últimos, não informaram se descartam as plantas sujas ou se simplesmente submetem-nas a lavagem com água potável.

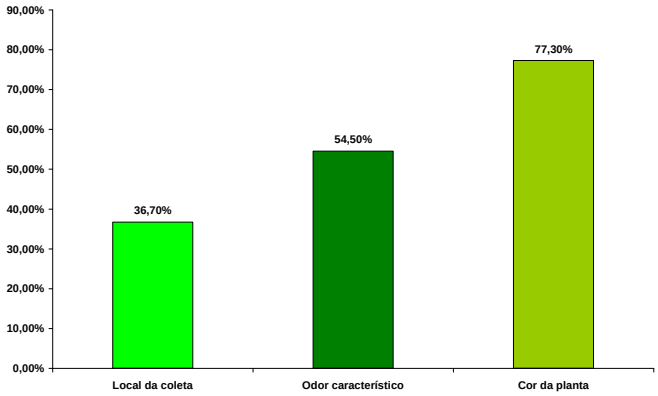

Figura 51- Características da planta observada durante a coleta pelos programas

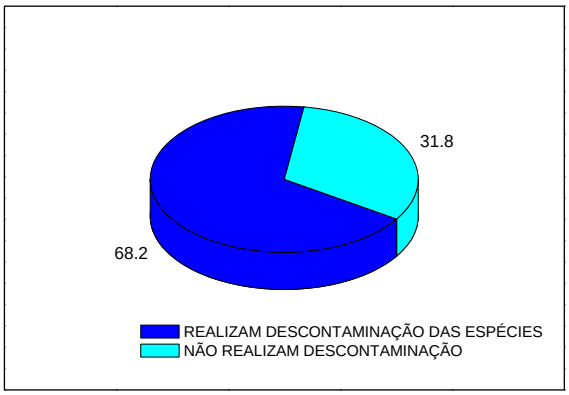

Figura 52- Percentual de programas que realizam descontaminação das plantas medicinais após a coleta

O processo de secagem das plantas medicinais, como parte imprescindível no preparo de insumos para produção de medicamentos, é sem dúvida um ponto que merece atenção nos programas de fitoterapia. E com esse objetivo, os programas foram avaliados quanto a existência de área adequada para secagem, o que compreenderia local fechado, livre de insetos e roedores ou em estufas de ar circulante. Nas respostas obtidas, verificou-se que 16 (72,7%) do total dos 22 programas que cultivam as plantas medicinais, afirmaram possuir área adequada e 6 (27,3%) responderam não ter, que segundo informações prestadas pelos responsáveis, não tem espaço suficiente (Figura 53).

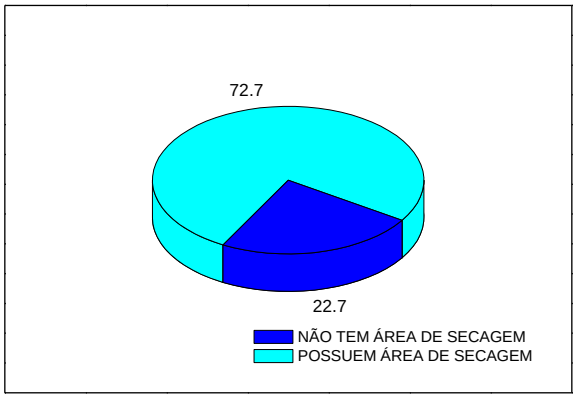

Figura 53- Percentual de programas que possuem área de secagem das espécies vegetais

Dessa forma, houve a necessidade de saber como é realizado o processo de secagem das plantas, e dentro do contexto estrutural dos programas, verificou-se que 10 (45,5%) deles responderam que a secagem é feita em estufas de ar circulante com aquecimento, 1 (4,5%) realiza o processo ao sol, 1 (4,5%) expõem as plantas a lâmpada incandescente, normalmente em ambiente fechado com tela contra insetos, 12 (54,5%) secam a sombra e 6 (27,3%) responderam outros métodos, sendo um deles o uso de estufas comuns ou dessecadores (Figura 54).

As plantas medicinais cultivadas nos hortos, dos 22 programas, objetivam um destino proposto para as mesmas, os quais observou-se que 18 (81,8%) destinam-se a produção de matéria prima para produção dos medicamentos fitoterápicos, 5 (22,7%) são também utilizadas para a produção de saches, 20 (90,9%) são distribuídas na forma rasurada ou moidas para produção de preparações caseiras, 14 (63,3%) usam para produção de mudas que serão distribuídas junto a população, 2 (9,0%) utilizam as plantas para produção de “garrafadas”e 3 (13,6%) responderam outros, cujo a maior evidencia é a pesquisa científica, desenvolvidas em parcerias com universidades públicas (Figura 55).

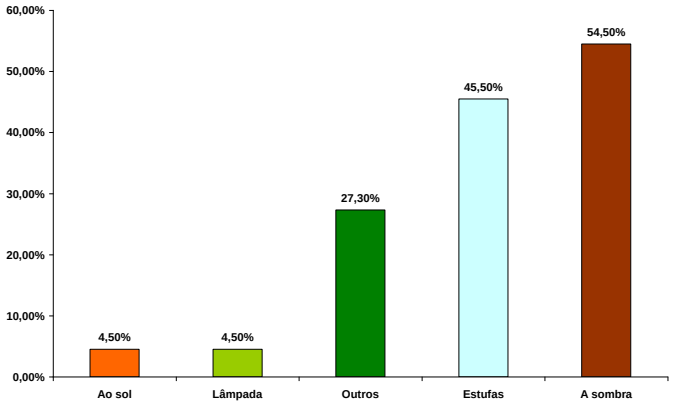

Figura 54- Métodos de secagem das plantas medicinais, nos programas de fitoterapia.

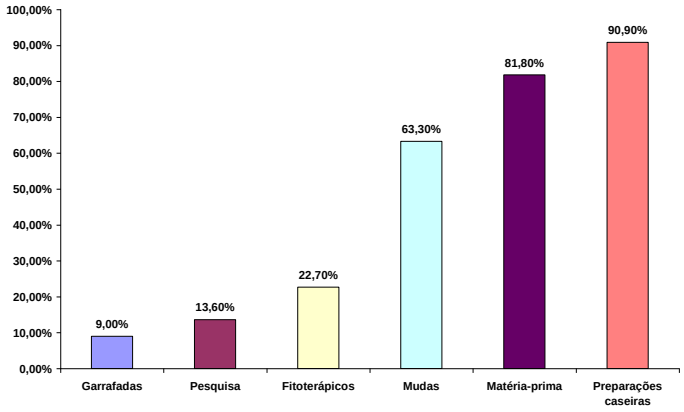

Figura 55- Destino das espécies medicinais cultivadas nos programas de fitoterapia.

Tomando como base o total de 24 programas de distribuição de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos, constatou-se que em 9 deles, ou seja, 37,5%, existe iniciativa do município para o desenvolvimento da agricultura familiar e 15 (62,5%) não tem nenhuma iniciativa. Observa-se que no estado de Minas Gerais, existe um programa do governo que incentiva essa prática, porém, os mesmos tem que passar por um processo de qualificação, os quais recebem treinamentos para o cultivo e beneficiamento das espécies (Figura 56).

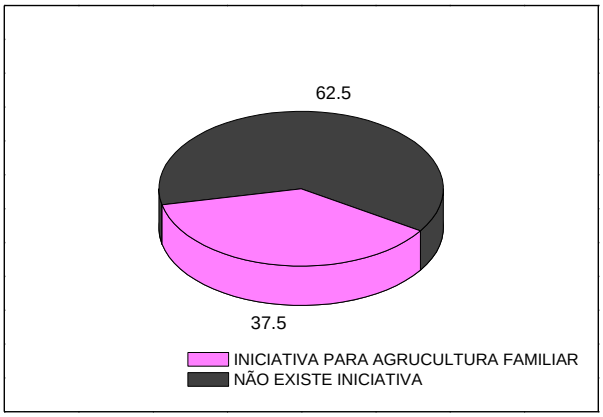

Figura 56- Percentual de programas que possuem iniciativas para o desenvolvimento de agricultura familiar.

De uma forma seqüencial, o eixo temático que trata da aquisição de matéria prima e extratos intermediários, deveriam referir principalmente aos programas que não cultivam plantas medicinais. Porém é sabido que um grande número deles, além de cultivar, compra matérias primas e extratos, principalmente de espécies que não são cultivadas no programa. Nesse sentido verificou-se que 3 (12,5%) afirmaram que além de cultivar, também adquirem de terceiros e 21 (87,5%) somente utilizam as plantas cultivadas no programa (Figura 57). O fato do pequeno número de programas que compram, se dá pela falta de espaço físico nos hortos e ainda por se tratar de espécies de difícil cultivo na região ou não ser prioritárias para o programa.

Quanto da aquisição de matéria prima, alguns programas entenderam não se tratar somente de plantas, mas sim de drogas usadas na obtenção das diversas formas farmacêuticas. Assim, observou-se que no total, 14 (63,6%) responderam adquirir matérias primas e 10 (41,7%) não adquirem, já na questão de extratos intermediários, 5 (20,8%) afirmaram adquirir e 19 (79,2%) não adquirir, somente utilizam o que produzem (Figura 58).

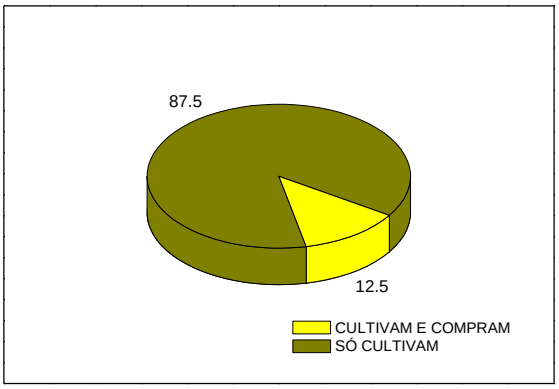

Figura 57- Percentual de programas que adquirem matérias-primas de terceiros

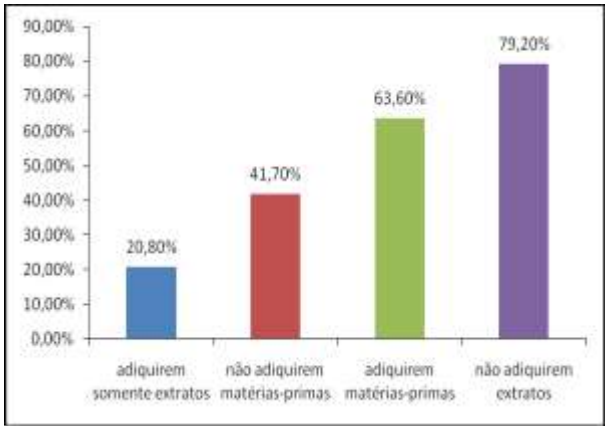

Figura 58- Distribuição de programas que adquirem matéria-prima e extratos para produção dos fitoterápicos

No cruzamento de informações, de acordo com o observado nas respostas dos questionários, confirmou-se o cultivo, pois na questão de não cultivar, apenas usar matérias primas de terceiros, 2 (8,3%) responderam positivamente a essa questão e 22 (91,7%) não utilizam, pois cultivam plantas medicinais (Figura 59). Porém, ao questioná-los sobre a existência de normas, para compra de matérias primas de terceiros, observou-se que 7 (29,7%) responderam possuir procedimentos para compra, o que não significa que todos esses adquirem, segundo informações, caso precisassem comprar, teriam um critério para garantir a qualidade, e 17 (70,8%) não possuem normas (Figura 60).

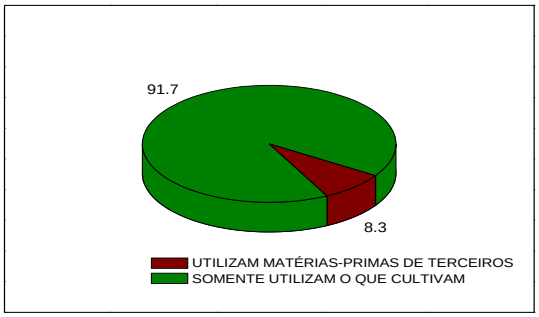

Figura 59- Percentual de programas que utilizam matérias-primas de terceiros

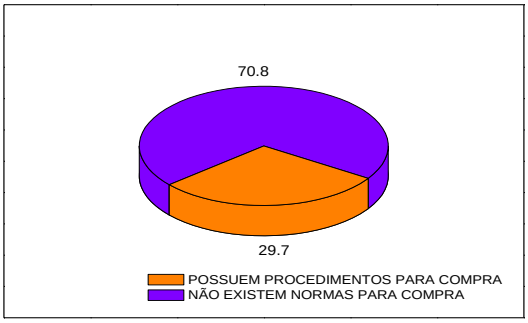

Figura 60- Percentual dos programas que possuem procedimentos para aquisição de matérias-primas de terceiros

A respeito da produção ou manipulação dos medicamentos fitoterápicos nos programas de fitoterapia, procurou-se avaliar as questões legais e a qualidade dos mesmos. Porém, verificou-se nas visitas realizadas em alguns programas, que a situação é bastante precária, uma vez que a atual legislação determina o enquadramento na RDC n° 67/2007 – Anvisa (BRASIL, 2007), a qual determina sobre as boas práticas de manipulação e nesse sentido, observou-se que quase a totalidade dos programas que produz fitoterápicos não estão. Os motivos são sempre os mesmos, falta de recursos, espaços insuficientes, falta de profissionais qualificados, entre outros.

No entanto é sabido que muitos programas iniciaram suas atividades de forma que as oficinas farmacêuticas eram adaptadas aos espaços conseguidos, pensando numa possível adequação futura. Porém, na grande maioria dos casos, isso não ocorreu em virtude de que os gestores não enxergavam como necessidade. Outros

ainda chegaram a garantir espaços suficientes mas não houve recursos financeiros para adequação.

Do total de programas existentes, verificou-se que 22 deles, 91,7%, afirmaram possuir produção de medicamentos fitoterápicos. Destes, observou-se que 11 (50%) manipulam a partir de plantas frescas e 20 (91%) utilizam também as plantas secas, na maioria dos casos, moídas. O que significa que existem apenas 2 programas que utilizam um único tipo de manipulação, porém, a maioria dos programas que utilizam as duas formas para obtenção dos fitoterápicos, sendo que o uso de plantas frescas se deu ao fato de existir preparo de infusões, tinturas ou mesmo por distribuírem as próprias plantas.

Sobre a questão da existência de responsável técnico pela manipulação dos fitoterápicos, observou-se que 22 (100%) afirmaram possuir responsável técnico. Porém, observou-se que deste total, 21 (95,5%) são farmacêuticos e apenas 1 (4,5%) não é farmacêutico (Figura 61). Atribui-se a isso o desconhecimento da legislação vigente, que, de acordo com o artigo 15 da lei 5.991/73 (BRASIL, 1973) onde exige a presença de técnico responsável durante todo o horário de funcionamento e o decreto presidencial 85.878/81 do âmbito profissional (BRASIL, 1981), que regulamenta as atividades privativas do farmacêutico.

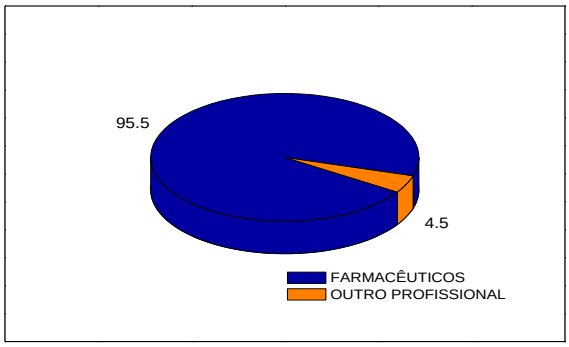

Figura 61- Percentual de programas que possuem o farmacêutico como responsável técnico pela manipulação dos fitoterápicos

O uso popular de plantas medicinais acabou reforçando a prescrição dos medicamentos fitoterápicos, porém, muito pouco se fala em prescrição odontológica nos programas. Nesse sentido, perguntou-se sobre a existência de produtos

fitoterápicos aplicados em saúde bucal, entendendo-se que mesmo nos programas onde não existem manipulação, o que certamente poderiam adquirir esses produtos, verificou-se que do total de 24 programas, 18 (75%) deles afirmaram não possuir fitoterápicos destinados a saúde bucal e 6 (25%) responderam afirmativamente desenvolver programas desse tipo (Figura 62).

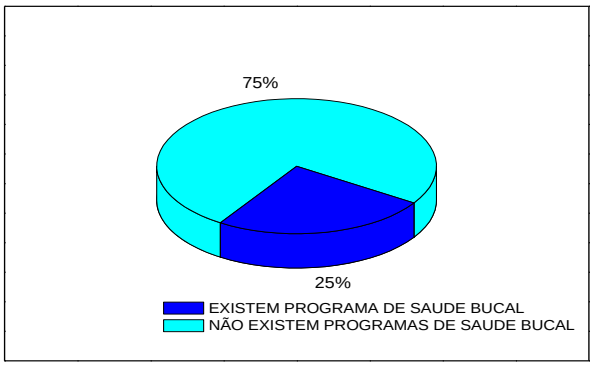

Figura 62- Percentual de programas que atuam na saúde bucal

Quanto ao tipo de laboratório existente no programa, observou-se que 20 (91%) referiram-se a manipulação magistral, igualmente atribuído as farmácias que realizam manipulação de fórmulas e 1 (4,5%) afirmou a existência de laboratório industrial. Porém, em certificação legal, não existe nenhum programa com laboratório industrial, sendo que um município atribuiu essa categoria por produzir medicamentos fitoterápicos e distribuí-los em todas as unidades básicas de saúde, e 1 (4,5%) não respondeu nenhuma das alternativas, ou seja, não se enquadra a nenhum dos tipos mencionados (Figura 63).

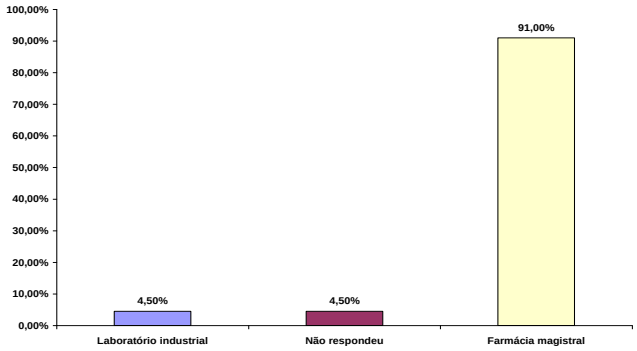

Figura 63- Tipo de laboratório envolvido no preparo dos fitoterápicos.

A questão acima mencionada, pode ser confrontada com a existência de autorização concedida pelo respectivo Conselho Regional de Farmácia (CRF), onde verificou-se que 10 (45,5%) apresentaram certidão de regularidade e 12 (54,5%) não apresentou registro algum (Figura 64).

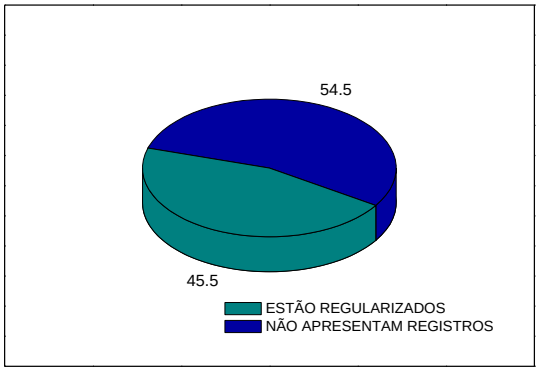

Figura 64- Percentual de programas legalizados nos respectivos Conselhos Regionais de Farmácia.

Quanto a escolha do tipo de laboratório, a recíproca esperada seria o cumprimento da legislação, porém com as respostas obtidas, questiona-se a regularidade do enquadramento à resolução n° 67/2007 – Anvisa (BRASIL, 2007). Nesse sentido, verificou-se que 21 (95,5%) não apresenta certificado de BPF e 1 (4,5%) afirmou possuir certificação (Figura 65). Com essa resposta, pode-se cruzar dados com a questão de apenas 1 dos programas atribuir ao tipo de laboratório industrial, o que sem dúvida existe uma diferença entre produção de medicamentos fitoterápicos em

farmácias e industrias. Portanto, um programa apresentar certificação não significa que se trata de indústria.

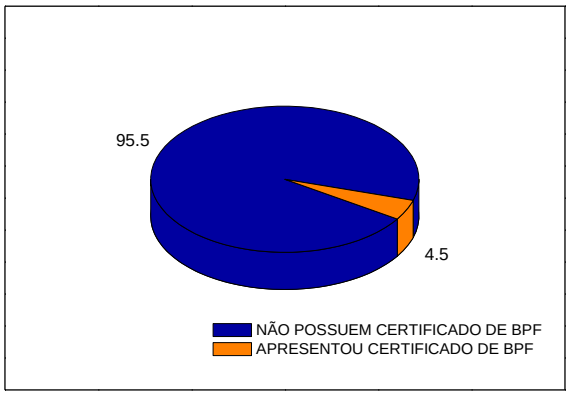

Figura 65- Percentual de programas que possuem certificados de Boas Práticas de Fabricação

O número de profissionais envolvidos nos programas, também podem referendar as questões acima mencionadas e do total dos programas que possuem produção de medicamentos fitoterápicos, observou-se que 11 (50%) responderam possuir mais de cinco profissionais, 2 (9,0%) afirmou possuir apenas um profissional, outros 2 (9,0%) também apresentaram dois profissionais, 4 (18%) afirmou possuir três e 3 (14%) responderam possuir quatro profissionais envolvidos (Figura 66). Esses profissionais envolvidos se dividiram em: 19 (86,4%) farmacêuticos, 1 (4,5%) químico, 16 (72,7%) técnicos, 9 (41%) práticos e ainda 2 (9,0%) responderam outros, referindo-se a médicos (Figura 67).

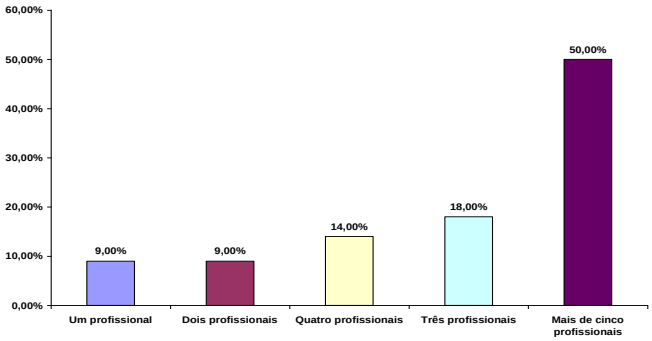

Figura 66- Número de profissionais envolvidos nos programas de fitoterapia

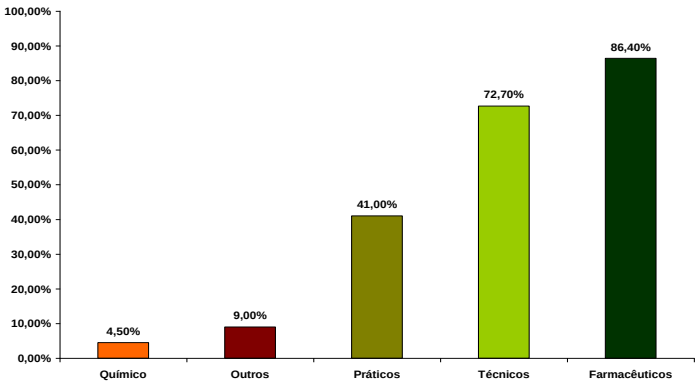

Figura 67- Formação dos profissionais envolvidos nos programas de fitoterapia

Questionados sobre quais eram as formas farmacêuticas produzidas nos programas de distribuição de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos no SUS, verificou-se que 13 (59%) produz soluções, 3 (13,6%) suspensões, 10 (45,5%) cápsulas, 16 (72,7%) tinturas, 7 (31,8%) elixires, 19 (86,4%) xaropes, 12 (54,5%) emulsões, 17 (77,3%) pomadas e 11 (50%) produz sabonetes líquidos antissépticos (Figura 68). Ressalta-se que o elenco das formas farmacêuticas, apresentadas como escolha de respostas, se deram com base em informações coletadas através dos questionários, nas visitas técnicas realizadas em alguns programas, não foram confirmadas essa situação.

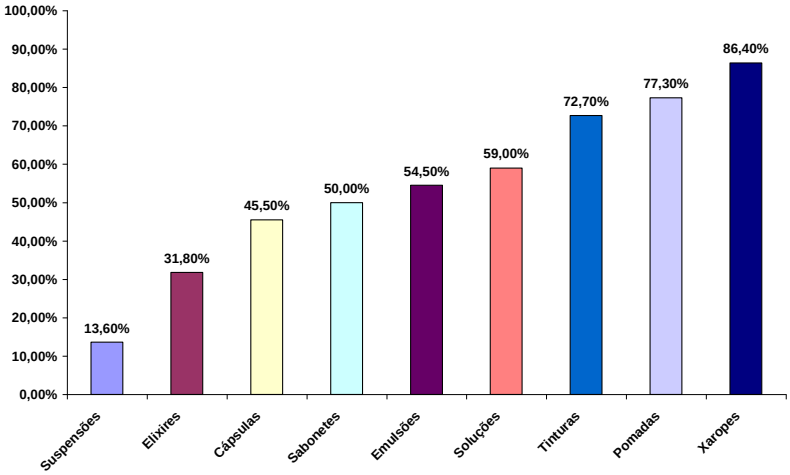

Figura 68- Tipo de formas farmacêuticas produzidas nas oficinas farmacêuticas dos programas.

As prescrições dos medicamentos fitoterápicos, são realizadas, na maioria das vezes, por médicos, salvo os programas que não apresentaram profissionais médicos envolvidos. Porém, conforme descrito anteriormente, nem todos os programas realizam treinamentos e sendo assim uma das formas práticas de padronização de prescrição é a elaboração de memento terapêutico.

Considerando os 24 programas em atividades no país, observou-se que 16 (66,7%) possuem mementos terapêuticos e 8 (33,3%) não tem nenhum tipo de informativo (Figura 69). Ressalta-se que nas visitas realizadas, alguns programas que não apresentaram mementos, cartilhas ou outros materiais informativos, responderam que estão em fase de elaboração dos mesmos.

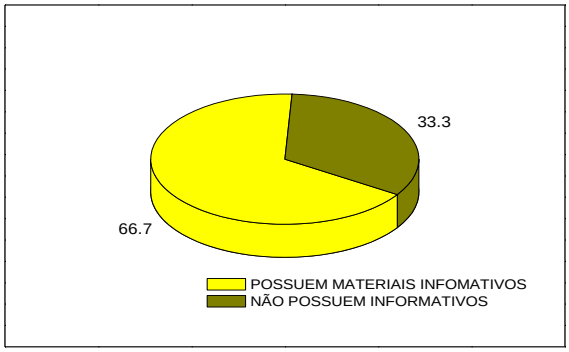

Figura 69- Percentual de programas que possuem informativos para os profissionais e população.

É bastante complicado abordar o controle de qualidade em plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos, devido a grande quantidade de metabólitos secundários existentes nas espécies e grande parte deles em muitas espécies medicinais ainda não foram identificados. Para sistematizar metodologia de controle de qualidade para as plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos, não se pode deixar de lado métodos convencionais que, na maioria das vezes, estão descritos em farmacopéias, como pode-se destacar o método que avalia a presença de quantidade excessiva de água em drogas vegetais que propicia o desenvolvimento de microorganismos, insetos, hidrólise e conseqüente deterioração dos constituintes da droga. Daí a necessidade do estabelecimento de limites de umidade para drogas vegetais, conforme citação na Farmacopéia Brasileira IV edição.

Outros métodos de controle que deve ser destacado é o de determinação de cinzas totais e cinzas insolúveis em ácido, os quais, em muitos casos, podem determinar claramente diferenças significativas que somaria em mais um diferencial na determinação ou identificação da espécie.

A determinação de flavonóides totais é sem dúvida um fator importantíssimo para o controle de qualidade da espécie, o qual pode garantir que a planta tenha sido coletada em época correta, pois poderia diminuir muito os índices de alguns metabólitos secundários que possuem atividade terapêutica, como os flavonóides. Alem do mais de uma espécie a outra os índices de flavonóides presentes na mesma possuem certas diferenças quantitativas.

Uma vez que se conhece o perfil químico da espécie, pode-se aplicar uma metodologia mais segura na identificação, que consiste no uso de marcadores para a mesma espécie aplicados juntamente com o extrato e infusão da planta em cromatografia comparativa em camada delgada. Essa técnica consiste em um método simples, prático, rápido e de baixo custo e requer somente miligramas de amostra. O método é usado para determinar o número de componentes de uma mistura, verificar a identidade de substâncias e acompanhar o curso de reações químicas.

Metodologias mais sofisticadas e acurada a qual pode se destacar é a cromatografia líquida de alta eficiência. Essa técnica baseia-se nos mesmos princípios de outras técnicas de cromatografia líquida, porém, em decorrência da redução do diâmetro das partículas da fase estacionária, ela possibilita a detecção de substâncias presentes em baixa concentração e uma melhor separação. Com essa técnica pode-se realizar um controle de qualidade quali e quantitativo dos metabólitos secundários de interesse terapêutico na espécie. Contudo, fica evidente a importância do controle de qualidade em fitoterápicos e para isso o desenvolvimento de metodologias para elaboração de métodos que possam permitir uma otimização, reduzindo custos e tempo para análise. Com isso pode-se garantir a qualidade de medicamentos fitoterápicos, corroborando com a melhora da qualidade de vida da população.

Entendendo-se a necessidade de se realizar controle de qualidade, observou-se que do total dos 24 programas ativos, 16 (66,7%) deles realizam algum tipo de controle, 8 (33,3%) responderam que não realizam (Figura 70). O fato de se considerar o número

total de programas que não produzem medicamentos fitoterápicos, responderam que realiza análise botânica nas espécies vegetais, como por exemplo, identificação. E os que responderam não realizar nenhum tipo de controle se referiram ao fato de não possuir nenhum equipamento para isso.

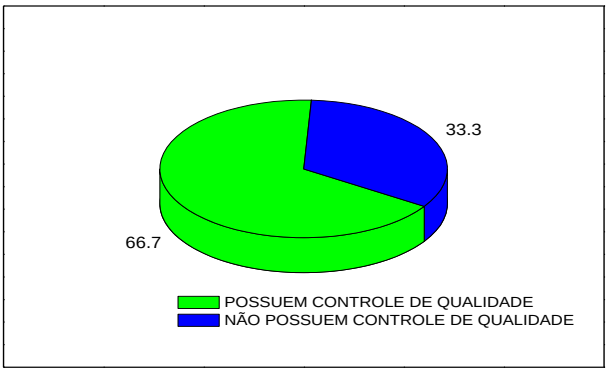

Figura 70- Percentual dos programas em que são realizados controle de qualidade nos fitoterápicos

Quanto ao tipo de controle realizado, dividiu-se em dois grupos: controle botânico e controle químico. Nesse sentido observou-se, nos programas que realizam controle de qualidade, 13 (81,25%) adotam controle macroscópico para identificação da espécie e 4 (25%) realizam controle microscópico (Figura 71). No controle químico, entenda-se também farmacognóstico, os resultados foram: 2 (12,5%) realizam identificação dos marcadores, considerados como substâncias majoritárias com potencial efeito terapêutico para a espécie, 2 (12,5%) realizam dosagem dos marcadores principais, 7 (43,75%) determinação do pH, 3 (18,75%) testes de cinzas totais e insolúveis em ácido, 5 (31,25%) determinação de densidade para as formas líquidas, 3 (18,75%) testes de viscosidade em formas líquidas e semi-sólidas e 3 (18,75%) realizam testes de solubilidades para compostos hidrossolúveis e lipossolúveis (Figura 72). Com isso fica evidente a precariedade dos programas em relação a qualidade, tanto das matérias primas, dos insumos e produtos acabados.

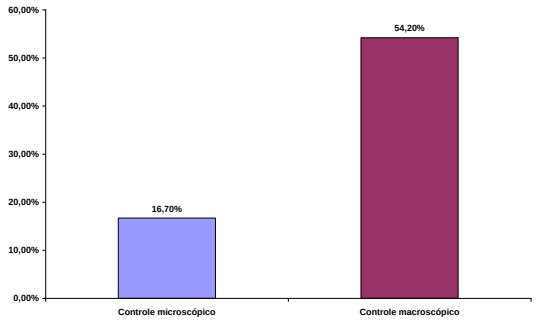

Figura 71- Percentual de programas que realiza controle macroscópicos nas espécies vegetais cultivadas

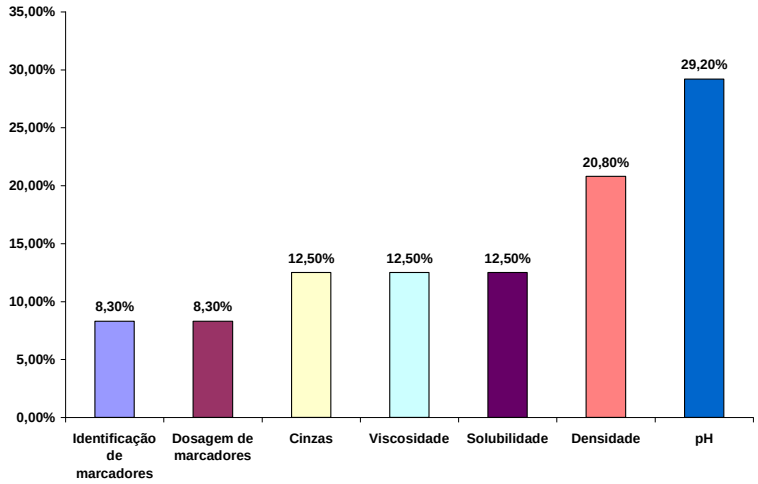

Figura 72- Testes realizados nos fitoterápicos nos programas de fitoterapia

Em relação a toxicidade das espécies, nenhum dos programas ativos realizam testes toxicológicos das plantas medicinais. A única informação a respeito, quando aparecem são obtidas de artigos científicos e literaturas especializadas. Porém, muito pouco se tem sobre esse item, o que na grande maioria das vezes acarreta problemas com a segurança das espécies.

No último item do questionário, perguntou-se quanto a manutenção no abastecimento dos insumos farmacêuticos, horto, entre outros, e verificou-se que em 20 (83,3%) afirmaram a existência de recursos para manutenção e 4 (16,7%) responderam não possuir recursos para continuidade dos serviços (Figura 73). Grande parte dos programas que recebem recursos, atribuíram á garantia de continuidade dos trabalhos,

por meio de portarias ou leis municipais ou estaduais que consolidam as atividades na distribuição de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos no SUS.

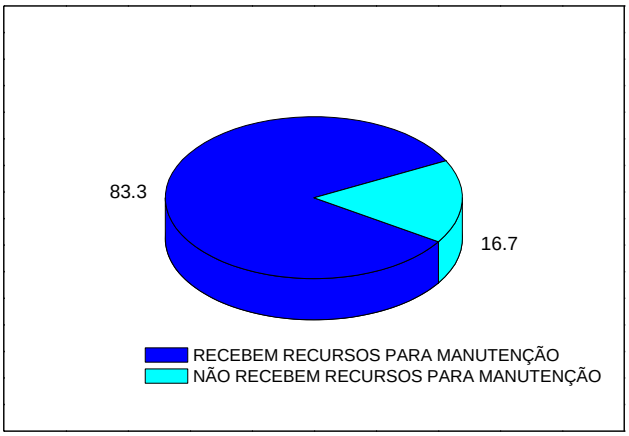

Figura 73- Percentual de programas que recebem recursos para manutenção dos serviços.

Os resultados obtidos evidenciam a situação atual que se encontram os programas de distribuição de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos. Desde as suas implantações, o que as vezes existe a vontade política e sem recursos financeiros, o que acarreta em problema por estarem em desacordo com as legislações vigentes, muitos não conseguiram adequar-se as exigências.

4- Discussão dos resultados obtidos com os questionários.

Confrontando-se os resultados dos questionários elaborados pelo pesquisador, com a pesquisa realizada pelo DAF/SCTIE/MS, apresentada no diagnóstico situacional dos programas de fitoterapia no SUS, pode-se verificar que os resultados, praticamente se repetem. As justificativas apresentadas pelos programas, se dão pela falta de recursos financeiros, locais adequados para as práticas e falta de mão-de-obra qualificada.

Do total dos questionários respondidos, pelos programas, aproximadamente 36%, contra os mesmos 36% obtidos pelo DAF em 2004 e 2005, onde observou-se que, em relação aos recursos recebidos para implantação, equivale-se uma vez que alguns programas receberam recursos do governo estadual e municipal, tendo os valores equiparados, proporcionalmente nas duas análises.

Observando os resultados das pesquisas, quanto ao tempo de atuação, verificou que, levando em consideração o ano de realização, que existem cerca de 41,7%, dos programas com 10 anos ou mais, contra 21,8% em 2005, o que se justifica na diminuição no percentual de programas com 5 anos ou mais, na pesquisa do DAF, que estava em cerca de 36,8% e agora passou a 29,2%. Esse último também se repete no resultado de programas com até 5 anos, que em 2005 era de 41,6%, isso retrata claramente os resultados das políticas públicas na área da fitoterapia, aprovadas nos últimos 10 anos.

Frente aos motivos que levaram a implantação, verificou-se que, com a efetivação das políticas públicas, houve um aumento do número de respostas em garantir o acesso rápido da população para tratamento dos sintomas primários e desenvolver trabalhos educativos com plantas medicinais. Outro fator importante no aumento do percentual de respostas é o interesse em produzir fitoterápicos, onde, reforçado pelo baixo custo, em virtude do Brasil possuir a maior flora medicinal do mundo, viabiliza a inserção dos mesmos no SUS.

Quanto ao cultivo das plantas medicinais, observou-se que 8,3% responderam não cultivar, já na pesquisa realizada pelo DAF verificou-se que dos 36 programas,

todos cultivavam. Ainda nesse resultado observou-se que 63,6% adquirem insumos e matérias-primas de terceiros, sendo que em 2005 esse número chegava a 27,7%. Esse aumento verificado, evidencia a ampliação dos programas, na produção de fitoterápicos.

Na proposta de ampliação e melhoria na qualidade dos serviços prestados pelos programas de fitoterapia, observou-se, em relação a pesquisa anterior, que houve um aumento significativo nas parcerias, principalmente com universidades, os quais eram de 38,8% e atualmente em 63%. Talvez a grande justificativa se deu em função do aumento da capacidade tecnológica e o crescimento das pesquisas com plantas medicinais no país.

Quanto a produção de fitoterápicos, ou seja, existência de oficinas farmacêuticas, onde, na pesquisa anterior apresentou-se um percentual de 66,6% de programas com prática de manipulação, passando atualmente a 91,7%. Ressalta-se que, apesar da regulamentação criteriosa para manipulação magistral (RDC 67/2007 – Anvisa), o qual também estariam inseridos os programas de fitoterapia, muitos desenvolvem em condições precárias e ainda sem registros nos órgãos competentes. Ainda nessa questão, verificou-se que houve um aumento no número de farmacêuticos, que estava em 69,4% passando para o percentual de 86,4%, o que não é suficiente para a totalidade de programas com manipulação, onde de acordo com a legislação vigente, deveria existir número suficiente para desenvolver prática de manipulação e controle de qualidade.

Quanto ao desenvolvimento de materiais informativos, onde foram considerados, mementos terapêuticos, cartilhas e outros materiais informativos para prescritores, profissionais de saúde e população em geral, observou-se que a falta de recursos para o desenvolvimento dos mesmos, acabam determinando a situação atual dos programas frente a essa prática. Entre a pesquisa anterior que era de 72,2%, registrou-se uma baixa de aproximadamente 7,6% em relação ao valor observado anteriormente.

Considerando a questão de diminuir custos com medicamentos para garantir a atenção primária a saúde, é necessário estabelecer parâmetros que possam fornecer dados referentes ao custo dos medicamentos, uma vez que nem todos possuem similar

industrializado, padronizados no SUS. Ainda, deve-se ressaltar, que o custo dos produtos devem ser baseados nas matérias-primas e não no produto acabado.

A formação do preço para o produto industrializado, embute nele a pesquisa, registro, produção e marketing, o que sem dúvida acaba encarecendo o mesmo. Já o manipulado no setor magistral, considerando a rede privada, não teria os custos de pesquisa, registro e marketing, porém não existe controle de preços, o que observa-se um valor quase semelhante da indústria. Porém, levando-se em conta que o setor público distribui o medicamento gratuitamente a população, não embutindo ao custo os valores aplicados no mercado, o custo do medicamento fitoterápico, produzido nas oficinas farmacêuticas é sem dúvida alguma muito mais econômico para o setor público. Ainda assim, onde existem programas com horto, o que garante a produção própria dos insumos, acaba ficando mais viável.

Na tabela 20, abaixo, estão relacionados os fitoterápicos inseridos da Renafito, onde estabeleceu-se valores médios dos produtos, comparados com indústria, farmácia magistral e oficina farmacêutica para melhor entender a viabilidade econômica para o SUS na distribuição de medicamentos fitoterápicos.

Tabela 2- Comparação de preços, em reais, dos fitoterápicos inseridos na Renafito

Nome científico	Industrializado	Farmácia magistral	Oficina famacêutica
Cynara scolymus *30 cápsulas*	R$ 30,00	R$ 8,00	R$ 4,00
Schinus terebentifólius *Gel ginecológico*	Kronel R$ 55,00	R$ 38,00	R$ 17,25
Rhamnus purshiana *45 cápsulas*	Verilax R$ 58,00	R$ 10,50	R$ 4,30
Harpagophytum procumbens	Não possui	R$ 14,00	R$ 5,00
Glicine Max	Buona R$ 47,80	R$ 13,50	R$ 7,00
Uncaria tomentosa	Não possui	R$ 13,00	R$ 2,40
Mikania glomerata	R$ 16,50	R$ 10,20	R$ 3,25
Maytenus ilicifolia	Gastrozil R$ 22,69	R$ 14,00	R$ 3,50

Os custos dos medicamentos foram obtidos através de preço médio, levando-se em consideração as variáveis do mercado, consultados em 5 farmácias distintas em 3 estados diferentes, sendo estes: São Paulo, Goiás e Minas Gerais. Ressalta-se que os produtos fitoterápicos inseridos no SUS nem todos são industrializados, portanto

considera-se somente os que são produzidos pela indústria e na manipulação. Nas oficinas farmacêuticas, os custos foram levantados em valores das matérias-primas fornecidas por distribuidores, respeitando-se as respectivas formas farmacêuticas elencadas no SUS.

Conforme verifica-se acima, os preços dos produtos fitoterápicos, produzidos nas oficinas farmacêuticas, ficam muito abaixo dos custos praticados no mercado, mesmo considerando a manipulação magistral, onde não existe qualquer tipo de controle. Nesse sentido fica evidenciado que os programas devem intensificar esforços para implantação das oficinas farmacêuticas.

Outra questão observada na avaliação, tanto nas visitas *in loco*, como nos questionários, é a continuidade dos programas, onde a falta da existência de leis ou qualquer mecanismo que possam garantir essa prática, a grande maioria acabam abandonando por falta de auxílio financeiro para manutenção dos serviços. Portanto, verificou-se que alguns programas apresentam leis, decretos e portarias, que inserem a fitoterapia no SUS, envolvendo ainda no PSF ou na atenção primária a saúde.

O estado do Ceará, que integra os programas farmácias vivas, instituiu a fitoterapia começando pela portaria SESA 1.685 de 13/12/1996, que criou o comitê estadual de fitoterapia, o qual teve como principal objetivo desenvolvimento de estudos para implantação de programas de fitoterapia, que ocorreu em 07/10/1999 a publicação da Lei Estadual 12.951, a qual dispõe sobre a política de implantação da fitoterapia em saúde pública no estado do Ceará e para criar mecanismo que regulamentasse a lei, em 22/12/2006 foi publicada a portaria SESA 2.403 que reformulou a composição do comitê estadual de fitoterapia. Recentemente o governo do Estado do Ceará publicou o decreto N° 30.016 de 2009, que cria mecanismo para implantação dos programas de fitoterapia no estado, tornando-o pioneiro nessa atividade no país.

Outros estados também possuem elementos que garante a pratica de distribuição de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos no SUS, como é observado na Lei N° 12.259 de 23 de agosto de 2002, da Assembléia Legislativa do estado de Pernambuco, que dispõe sobre a política estadual de incentivo à pesquisa e a preparação de produtos fitoterápicos, o projeto de Lei N° 174 de 2005, da Assembléia Legislativa do estado de São Paulo que cria o programa estadual de fitoterápicos,

plantas medicinais e aromáticas. Porém se faz necessária a construção de políticas que regulamente essas leis, o que garantiria a implantação dos programas através de mecanismos decisivos no processo. Enquanto não ocorre essa regulamentação, observou-se que em alguns municípios existem portarias e decretos que garante os serviços em nível municipal.

Com a descentralização do SUS, os municípios tiveram certa autonomia para buscar alternativas para a melhoria da qualidade em saúde pública, e com isso, coube ao gestor municipal viabilizar incrementos que atendam as necessidades e demanda da população local. A fitoterapia é uma das práticas discutidas nesse âmbito, pois está referendada na PNPIC e PNPMF.

5- Visitas técnicas realizadas nos municípios que implantaram programas de distribuição de plantas medicinais e fitoterápicos inseridos no Sistema Único de Saúde

A partir dos dados obtidos com a aplicação dos questionários, aos programas de fitoterapia, pode-se observar claramente a existência de programas estruturados, os quais apresentaram suas atividades inseridas em programas de assistência farmacêutica, o que corroboram para ampliação e efetivação da Política Nacional de Plantas Medicinais. Dessa forma foram agendadas visitas a 10 programas, os quais apresentaram resultados de excelência em seus trabalhos, de acordo com resultados obtidos pela pesquisa anteriormente descrita e uma visita a aldeia dos índios Wajãmpi, localizada a centro-oeste do Estado do Amapá.

As visitas ocorreram no período de março a dezembro de 2009, onde buscou-se a coleta de informações quanto as atividades desenvolvidas nos programas, bem como informações a cerca do desenvolvimento na implantação, cerceados pelas dificuldades enfrentadas e soluções encontradas no propósito resolutivo para continuidade dos mesmos, confirmando as respostas encaminhadas nos questionários, pelos respectivos programas de fitoterapia.

O roteiro de verificação, estabelecidos nas visitas *in loco*, foi o mesmo aplicado nos questionários, descrito na metodologia, ou seja, foram aplicadas as mesmas questões anteriormente enviadas e de certa forma, sugeriu-se um aprofundamento das discussões, uma vez que mais detalhes foram apresentados. O fato de surgir mais informações em função das particularidades de cada programa, o que não pode ser contemplado nos questionários. Porém as visitas técnicas serviram para confirmar as respostas obtidas pelos questionários.

5.1- O programa Farmácias Vivas do Estado do Ceará

O Programa Farmácias Vivas foi criado pelo Prof. Francisco José de Abreu Matos, em 1984, que em suas pesquisas etnobotânicas visitou comunidades da região nordeste do país, onde coletou informações a respeito de quais plantas utilizavam, e coletando espécies, remetia-se ao laboratório da universidade, para pesquisar a eficácia e a toxidade, tendo como base a reprodução das espécies no horto de plantas medicinais da Universidade Federal do Ceará, agregado ao laboratório de produtos naturais.

O programa Farmácias Vivas foi considerado o primeiro a desenvolver um trabalho de assistência social farmacêutica baseado no emprego científico de plantas medicinais e produtos delas derivados desenvolvidos no Brasil. Esse programa serviu de modelo para a elaboração da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos com o Decreto nº 5.813, de 22 de junho de 2006 (BRASIL, 2006), que tem como objetivo garantir à população brasileira o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos.

A Lei Estadual Nº 12.951, de 07 de outubro de 1999 dispõe sobre a política de implantação da fitoterapia em saúde pública no Estado do Ceará (BRASIL, 1999) (apêndice 4), através da implantação de unidades de Farmácias Vivas, visando oferecer à comunidade fitoterápicos com plantas medicinais cultivadas *in locum* e o desenvolvimento de uma fitoterapia científica de baixo custo para o Estado e para os usuários dos postos de saúde.

O Comitê Estadual de Fitoterapia em 2009 elaborou as disposições no Decreto n° 30.016 de 30 de dezembro de 2009 (BRASIL, 2009), o qual regulamenta a Lei 12.951/99 do Estado do Ceará. Aplica-se na regulamentação 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 no âmbito do sistema público de saúde do estado do Ceará, através de três modelos de Farmácias Vivas.

- **Farmácia Viva I**

Este modelo aplicava-se à instalação de hortas de plantas medicinais em unidades de Farmácias Vivas Comunitárias e/ou unidades do SUS mantidas sob a supervisão dos profissionais do serviço público estadual/municipal de fitoterapia. Teve como principal finalidade realizar o cultivo e garantir à comunidade assistida o acesso às plantas medicinais "*in natura*" e a orientação sobre a preparação e o uso correto dos remédios caseiros, realizada por profissionais capacitados.

As preparações caseiras de plantas medicinais eram descritas quanto a composição, preparação e uso através de Manual Específico fornecido pela Assessoria Técnica para estes tipos de remédios. O Modelo de Farmácia Viva I também foi proposto para ser instalado em escolas públicas como uma metodologia de ensino em Biologia.

- **Farmácia-Viva II**

Este destinou-se à instalação de hortas de plantas medicinais em unidades de Farmácias Vivas Comunitárias e/ou unidades do SUS, com a produção/dispensação de drogas vegetais, destinadas ao provimento das unidades de saúde do SUS.

A matéria-prima vegetal era submetida às operações primárias, em áreas específicas, de acordo com as Boas Práticas de Processamento (BPP) e poderá também ser produzida através do desenvolvimento da agricultura familiar credenciada. Esse modelo também poderá realizar as atividades previstas para o modelo Farmácia-Viva I, desde que atendesse as especificações técnicas para esse modelo.

- **Farmácia-Viva III**

Neste modelo padronizou-se à preparação de "fitoterápicos padronizados", para o provimento das unidades do SUS. A droga vegetal para a preparação desses fitoterápicos manipulados era oriunda de hortas e/ou hortos oficiais ou credenciados, desde que processada de acordo com as BPP. Os fitoterápicos eram preparados em áreas específicas para as operações farmacêuticas, de acordo com as BPP.

O modelo III poderia ainda realizar as atividades previstas para os modelos I e II, atendidas as suas especificações técnicas. Importante ressaltar que por intermédio desse regulamento técnico ficou reconhecido como Horto Matriz, o Horto de Plantas Medicinais "Francisco José de Abreu Matos", o qual é parte integrante do Centro Farmácias Vivas da Universidade Federal do Ceará. Esse Horto é um banco de germoplasma de numerosas plantas medicinais certificadas com registro botânico do nome da espécie e boa coleção de informações bibliográficas, provavelmente o único no Brasil.

O sucesso desse tipo de experiência no Ceará tem estimulado o interesse pela fitoterapia científica por parte dos profissionais da saúde, o que deverá estimular certamente, o desenvolvimento do ensino das ciências farmacêuticas e médicas, devendo também atingir a agronomia.

A produção de mudas, das plantas medicinais, para as Farmácias Vivas, obedecem a critérios estabelecidos, onde são produzidas em galpão, dentro de sacos padronizados e conforme as condições exigidas para cada espécie medicinal. Cada unidade Farmácia Viva, no momento de sua instalação deve receber uma quantidade inicial de duzentas mudas e orientação agronômica para instalação do horto. Vale ressaltar que, conforme o desenvolvimento e necessidades de cada unidade, um maior número de mudas poderá ser repassada.

As plantas medicinais elencadas no programa Farmácias Vivas, são utilizadas como referências para compor a instalação de hortos em programas que integram os modelos propostos para distribuição e manipulação de fitoterápicos que aderirem ao programa. As espécies possuem certificação botânica, com selo de garantia (nº de excicata) expedido pelo horto de plantas medicinais Francisco José de Abreu Matos da Universidade Federal do Ceará.

A produção de mudas de plantas medicinais ameaçadas de extinção será realizada pelos "pacientes dia" do Hospital de Messejana em galpão apropriado como um meio de terapia ocupacional. Três espécies típicas da caatinga estão ameaçadas de extinção: aroeira-do-sertão (*Myracrodruon urundeuva* Allemão), Cumaru (Amburana cearensis (Allemão) A. C. Smith) e juazeiro (Ziziphus juazeiro Mart.). Essas mudas serão distribuídas para a comunidade através de campanhas educativas.

As plantas medicinais encontram-se listadas na Tabela 3 com seu nome popular e respectiva denominação científica, bem como sua indicação, segundo os costumes populares. Essas plantas podem ser utilizadas nos três modelos de Farmácias Vivas, tanto para preparação de fitoterápicos e sachês, como também para preparações caseiras, no fornecimento de muda, conforme disposto no regulamento técnico estadual.

Tabela 3 - Elenco de Plantas Medicinais selecionadas pelo Comitê estadual de fitoterapia do estado do Ceará

	Espécie vegetal	**Nome popular**	**Indicação**
01	*Ageratum conyzoides*	Mentrasto	Analgésico e antiiflamatório
02	*Aloe vera* .	Babosa	Tratamento tópico de queimaduras e hemorróidas
03	*Alpinia zerumbet*	Colônia	Antihipertensivo
04	*Amburana cearensis*	Cumaru	Broncodilatador
05	*Cecropia pachystachyta*	Torém	Hipertensão leve e moderada
06	*Curcuma longa*	Açafroa	Hipercolesterolemia
07	*Cymbopogon citratus*	Capim santo	Tranqüilizante
08	*Egletes viscosa*	Macela da terra	Distúrbio gastrointestinal
09	*Eucalyptus terenticomis*	Eucalipto medicinal	Balsâmico
10	*Justicia pectoralis*	Chambá	Broncodilatador
11	*Lippia Alba*	Erva cidreira	Tranqüilizante
12	*Lippia sidoides*	Alecrim pimenta	Antifúngico e Bactericida
13	*Mentha arvensis*	Hortelã japonesa	Eliminação de gases no trato gastrointestinal
14	*Mentha x vilosa*	Hortelã rasteira	Giardiase e amebíase
15	*Mikania glomerata*	Guaco	Broncodilatador
16	*Myracrodruom urundeuva*	Aroeira	Antiinflamatório e Adstringente
17	*Ocimum gratissimum*	Alfavaca cravo	Antisséptico bucal
18	*Passiflora edulis*	Maracujá	Tranqüilizante
19	*Phyllanthus amarus*	Quebra pedra	Litiase renal
20	*Plectranthus amboinicus*	Malvariço	Antisséptico bucal e balsâmico
21	*Plectranthus barbatus*	Malva Santa	Hipossecretor gástrico
22	*Psidium guajava*	Goiabeira	Tratamento da diarréia
23	*Punica granatum*	Romanzeira	Antimicrobiana, antiviral e adstringente
24	*Symphtum officinale*	Confrei	Cicatrizante
25	*Tabebuia avellanedeae*	Pau d'arco	Adstringente

Fonte: Nufito – CE.

Quanto aos medicamentos fitoterápicos, que podem ser preparados nas oficinas farmacêuticas do modelo de Farmácia Viva III, segundo técnicas farmacêuticas, encontram-se listados na Tabela 4 com suas respectivas indicações terapêuticas. Os farmacêuticos responsáveis foram treinados no Núcleo de Fitoterápicos da Coordenadoria de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará.

O ponto de partida foi à criação do horto de plantas medicinais, dentro do horto municipal engenheiro agrônomo Falconete Fialho, vinculado ao horto da UFC (Figuras 74 e 75) e logo após foram criadas as oficinas farmacêuticas para manipulação dos medicamentos fitoterápicos. No ano de 2000 foi construída a oficina farmacêutica Maria Lúcia Gurgel (Figuras 76, 77, 78 e 79), com o apoio da faculdade de farmácia da UFC e uma seleção de plantas que atendia ao perfil epidemiológico da população, até chegar aos atuais 14 produtos fitoterápicos. Em 2007, convênio com a Universidade de Fortaleza (Unifor) possibilitou a reconstrução da oficina, hoje com estrutura de ponta na produção de fitoterápicos na área pública, tido como referência no Brasil.

No núcleo de fitoterápicos existe um horto de plantas medicinais que funciona como um horto oficial de plantas medicinais do Estado do Ceará, que atende aos objetivos acima citados, o de repassar mudas com autenticação botânica para a instalação de unidades Farmácias Vivas. Consta também de uma oficina farmacêutica para manipulação de fitoterápicos, onde tem como principal objetivo oferecer treinamento aos farmacêuticos responsáveis pela manipulação de fitoterápicos nessas unidades farmácias vivas e também aos estagiários do curso de farmácia. Esses fitoterápicos manipulados são dispensados no Centro de Saúde Meireles.

Figura 74 – Horto de plantas medicinais da UFC

Figura 75 – Horto da UFC

Figura 76– Fachada da oficina farmacêutica Maria Lucia Gurgel

Figura 77– Laboratório de produção de semi-sólido

Figura 78– Laboratório de produção de sólidos

Figura 79– Laboratório de controle físico-químico e microbiológico

Tabela 4 - Lista de fitoterápicos selecionados pelo núcleo de fitoterápicos do Estado do Ceará com suas respectivas indicações terapêuticas

FITOTERÁPICO	INDICAÇÃO
Cápsulas de Açafroa – 200 mg	Nos casos de hipercolesterolemia
Cápsulas de hortelã-rasteira – 200 mg	Amebicida e giardicida
Cápsulas de erva-cidreira – 200 mg	Ação calmante e espasmolítica nas cólicas intestinais e uterinas.
Cápsulas de maracujá	Ação calmante
Creme de aroeira	Vaginite e cervicovaginite.
Elixir de aroeira	Úlcera e gastrite.
Pomada de confrei 5%	Cicatrizante tópico de ferimentos, queimaduras, úlceras de decúbito, úlceras varicosas.
Sabonete líquido de alecrim pimenta	Antisséptico tópico ativo contra fungos e bactérias - usado em escabiose infectada, micoses (pé-de-atleta, pano branco, impigem), mau cheiro nos pés e axilas, em lavagens vaginais como desodorante íntimo.
Sabonete líquido de melão-de-são-caetano	Antisséptico tópico ativo contra fungos e bactérias (especialmete contra *Pseudomonas aeruginosa*)- usado para a lavagem das mãos em ambulatórios e hospitais
Tintura de alecrim pimenta 20%	Antisséptico tópico ativo contra fungos e bactérias – usado em ferimentos e afecções da pele e mucosas, micoses (pé-de-atleta, pano branco, impigem), escabioses, mau cheiro nos pés e axilas, amigdalite.
Tintura de hortelã-rasteira	Amebicida e giardicida
Tintura malva-santa 20%	Hipossecretor gástrico – útil no controle da gastrite, azia, mal-estar gástrico, ressaca.
Xarope de Chambá	Broncodilatador e expectorante – tratamento de asma, tosse, bronquite.
Xarope de Cumaru	Broncodilatador e expectorante – tratamento de asma, tosse, bronquite.
Xarope de hortelã-rasteira	Amebicida e giardicida

Fonte: Nufito – CE.

Na elaboração de material técnico-científico, folders, e de cartilhas ilustrativas constituídas de informações sobre o uso correto das plantas medicinais e preparações caseiras, são apresentados os principais problemas básicos de saúde como gripes, diarréias, dermatomicoses e orientação de como prevenir e tratar com plantas medicinais.

Os cursos e treinamentos são elaborados de acordo com o modelo de Farmácia Viva que foi implantado e das especificidades das atividades de cada profissional integrado ao programa, como farmacêuticos, médicos, enfermeiros, agrônomos, agentes de saúde, técnicos agrícolas, agentes rurais entre outros.

Nos cursos superiores como farmácia, enfermagem, medicina, odontologia e agronomia das universidades parceiras, são oferecidos aos alunos estágio curricular integrados às atividades do programa Farmácias Vivas.

A produção dos fitoterápicos nos programas, obedecem a técnicas farmacêuticas, descritas em farmacopéias e literaturas aceitas pelos órgãos sanitários, onde garantem sua qualidade. Mesmo assim, o Departamento de Farmácia da Universidade Federal do Ceará, através do Laboratório de Produtos Naturais, desenvolve pesquisa de novos métodos de controle de qualidade para as plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos, os quais são repassados aos programas que integram o Farmácia Viva.

No Centro de Desenvolvimento Familiar (Cedefam), da UFC, existe uma Farmácia Viva modelo I instalada, em parceria com a prefeitura municipal de Fortaleza. Nessa unidade realiza-se a orientação farmacêutica sobre preparações caseiras com plantas medicinais através de questionárioss apropriados. Cada pessoa da comunidade que procura a unidade, recebe um formulário de orientação, o material vegetal fresco e preenche um cadastro de controle dessa atividade.

O Centro de Saúde Escola Meireles, é uma unidade de saúde ligada à Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, onde mensalmente, o Núcleo de Fitoterápicos repassa fitoterápicos para serem dispensados na farmácia desse centro sob prescrição médica. Foi elaborado um protocolo de observação clínica como um instrumento adequado à coleta das informações sobre a evolução clínica dos pacientes tratados por fitoterapia. Simultaneamente, foi desenvolvido um trabalho de farmacovigilância de fitoterápicos, os quais serão investigados pelos pesquisadores e colaboradores envolvidos, através do acompanhamento contínuo (monitoramento) de seus usuários mediante prescrição médica no Centro de Saúde Escola Meireles. Os seguintes instrumentos serão utilizados para coleta de dados: termo de consentimento; ficha de cadastro de

pacientes; ficha verde de notificação de RAF (relatório da assistência farmacêutica) e modelo de intervenção.

O memento fitoterapêutico, que é um guia contendo orientações para utilização dos medicamentos, é disponibilizado como suporte para a prescrições dos medicamentos disponíveis nas oficinas farmacêuticas de fitoterápicos das unidades de Farmácias Vivas III. Além desse material informativo, foi proposto a criação de um boletim, denominado de fitonotícias, com propósito de divulgar conhecimentos e assuntos relacionados à fitoterapia, de natureza técnico científica e difundir as ações realizadas nos programas que integram o Farmácias Vivas, que será distribuídos aos profissionais ligados aos serviços dos programas.

O programa Farmácias Vivas, que conta com mais de 25 anos de existência, expandiu-se para 21 unidades, localizadas em vários municípios do estado do Ceará, através de secretarias de saúde e associações comunitárias. De acordo com os levantamentos realizados em 2006 pela secretaria de saúde do estado, o número de unidades chegou a 38, porém 17 delas informaram, recentemente através de questionário de avaliação situacional dos programas, que estavam desativadas em conseqüência da falta de recursos financeiros e por falta de incentivo político dos municípios. Porém a relação dos municípios que constituem os 21 programas ativos do estado do Ceará não foi fornecida, uma vez que interessa somente a situação dos mesmos sem se importar com as particularidades deles, preservando suas identidades.

Nas 21 unidades do programa Farmácias Vivas, espalhadas por todo o estado do Ceará, segundo dados dos questionárioss por eles respondidos, tem-se que 71% dos programas possuem hortos municipais, 9% constituem em hortos comunitários, assentamentos e movimentos de pastorais. Ainda, verificou-se que 29%, além de se enquadrarem em algum tipo de horto acima, também recebem plantas medicinais de fornecedores, o que não fica claro se existe algum critério estabelecido para certificação e validação desses. Porém, fica claro que todos os programas possuem horto, mesmo que não sejam ligados diretamente ao município.

O fornecimento das mudas para formação dos hortos foram provenientes de vários fornecedores, sendo que 29% dos programas receberam mudas do horto matriz da UFC, 23% receberam do NUFITO, 23% receberam de Universidades, Instituições

filantrópicas e hortos empresariais, 14% dos programas receberam ainda da comunidade local e 11% dos programas receberam parte do horto matriz da UFC e parte do NUFITO. De acordo com informações da coordenação do programa Farmácia Viva do estado do Ceará, muitos programas tiveram suas atividades iniciadas antes da regulamentação e foram integrados ao programa posteriormente, porém todas as espécies cultivadas que não foram provenientes de hortos credenciados, foram identificadas e catalogadas.

As espécies medicinais que compõem a maioria dos programas, estão listadas na tabela 5 em percentuais de citações nos 21 programas que compõem o Farmácias Vivas. Porém alguns programas possuem certas particularidades e tiveram outras espécies citadas em números reduzidos, as quais são: moringa, goiabeira, mororó, erva baleeira, jambú, pau d'arco, acerola, cajá, mil folhas, eucalipto e romã.

Tabela 5 – Percentual de citações das plantas medicinais que compõem os hortos do programa Farmácias Vivas do Estado do Ceará

*Plantas Medicinais		*Plantas Medicinais		*Plantas Medicinais	
Açafroa	57%	Chambá	100%	Macela-da-terra	40%
Alecrim-pimenta	90%	Colônia	80%	Malva-santa	100%
Alfavaca-cravo	71%	Confrei	76%	Malvarisco	95%
Aroeira-do-sertão	66%	Erva-cidreira	71%	Maracujá	42%
Babosa	66%	Guaco	47%	Mentrasto	42%
Capim-santo	85%	Hortelã-japonesa	85%	Quebra-pedra	47%
Cumaru	38%	Hortelã-rasteira	70%	Torem	33%

Fonte: Nufito – CE

Das espécies, acima listadas, que compõem os hortos dos programas, 85,7% delas são destinadas a produção de matérias primas para elaboração de fitoterápicos, 57,14% destinam-se a preparações caseiras, para serem fornecidas a população na forma de sachê para o preparo de infusões ou na forma fresca e 38,08% são destinadas a produção de mudas para serem distribuídas a comunidade local. Porém, desse percentual existem espécies que atendem aos três destinos propostos e ainda 67% do total dos programas possuem uma programação para a produção de matérias primas, sendo que 23% dos programas que não tem programação para a produção de matérias primas é por não existir a produção ou devido a demanda ser baixa, o que não necessita do procedimento. Vale ressaltar que somente 89% dos programas possuem área de secagem, o que também corrobora para a não existência de programação de matérias primas.

No total dos 21 programas do Farmácias Vivas, 17 deles foram implantados de acordo com o modelo Farmácia Viva III, onde possuem oficinas farmacêuticas para a manipulação dos fitoterápicos constantes da lista oficial do programa estadual, o que dá um percentual de 81% e os 19% que não possuem oficinas farmacêuticas, devem-se ao fato de serem programas novos em fase de implantação que não obtiveram recursos para criação das oficinas (Figura 80).

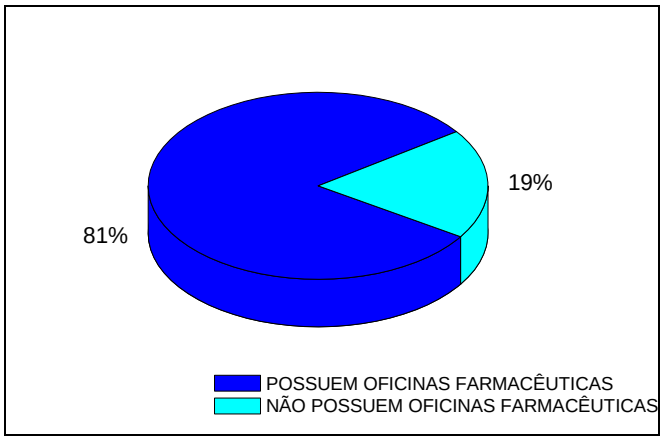

Figura 80– Percentual de programas Farmácias Vivas do estado do Ceará que possuem oficinas farmacêuticas

Em relação á existência do horto ser próximo da oficina farmacêutica, foi uma questão bastante discutida nos questionários dos programas, pois alguns apresentam uma certa distância, muitas vezes chega a ser fora da área urbana do município, o que dificulta bastante a coleta das plantas e acaba por não garantir a plena assistência farmacêutica no atendimento as prescrições ou mesmo as necessidades da população local (Figura 81).

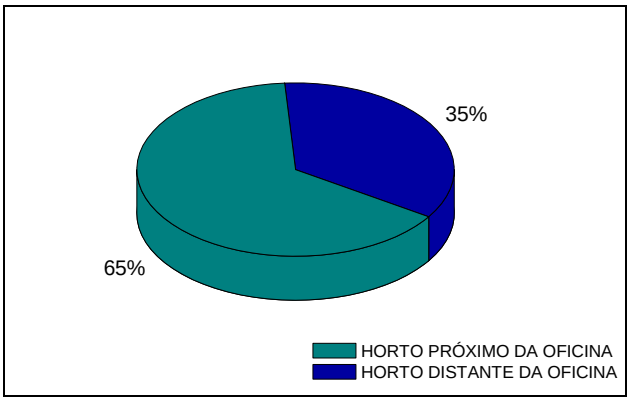

Figura 81– Percentual de programas Farmácias Vivas do estado do Ceará que apresentam horto próximo das oficinas farmacêuticas

Os fitoterápicos são produzidos de acordo com a demanda de cada programa, o que não necessariamente são iguais em todos, pois as diferenças epidemiológicas são respeitadas. A tabela 6 representa os fitoterápicos, que compõem a lista dos

medicamentos aprovados pelo programa estadual, com seu respectivo percentual de citação nos programas.

Tabela 6 – Relação de fitoterápicos com o percentual de citação de acordo com os questionários respondidos pelos programas Farmácias Vivas do Estado do Ceará

Fitoterápicos		Fitoterápicos	
Cápsulas de açafroa	5,5%	Sabonete líquido de alecrim-pimenta	88%
Cápsulas de hortelã-rasteira	50%	Tintura de alecrim-pimenta	83%
Cápsulas de erva-cidreira	27%	Tintura de malva-santa	77%
Creme de aroeira	28%	Xarope de chambá	83%
Elixir de aroeira	42%	Xarope de cumaru	77%
Pomada de confrei	66%		

. Fonte: Nufito – CE

Os fitoterápicos, resultantes da lista oficial, que não constam nessa lista devem-se ao fato de serem citados em número baixo, ou seja, que apenas um ou outro programa manipulam, são eles: cápsulas de maracujá, sabonete de aroeira e hortelã japonesa. Segundo informações da coordenação do programa estadual existem uma lista maior de fitoterápicos que está sendo estudada junto a UFC para aumentar disponibilidade de tratamentos para atender as mais variadas patologias específicas de cada região do estado. Esses novos medicamentos são estudados pelos alunos de pós-graduação, vinculados ao laboratório de produtos naturais da UFC.

Ainda na questão de preparo dos fitoterápicos, uma das reclamações mais comuns dos programas é quanto a adequação da área para atender a legislação vigente que regulamenta as boas práticas de manipulação, assim dos 17 programas que possuem oficina farmacêutica 4, responderam que não atendem as exigências sanitárias. Entre os principais problemas apontados nesses programas estão a estrutura física, falta de áreas de paramentação, secagem e armazenamento. Porém a ANVISA está preparando uma resolução que irá atender as necessidades dos programas de distribuição de plantas medicinais e fitoterápicos na rede pública e que não comprometa a qualidade dos produtos diminuindo as exigências sanitárias para o

setor público, uma vez que trata-se de manipulação de medicamentos e não poderia existir diferenças afim de beneficiá-los (Figura 82).

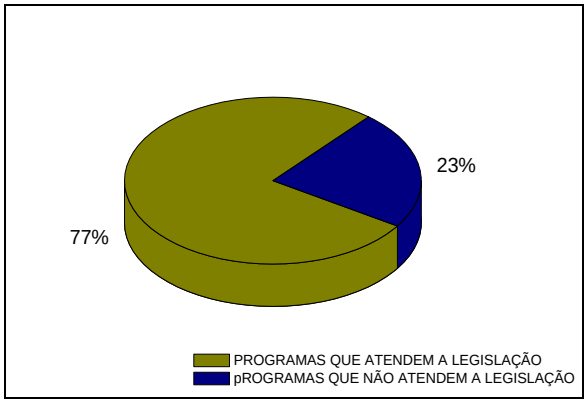

Figura 82– Percentual de oficinas farmacêuticas dos programas Farmácias Vivas do Estado do Ceará que atendem a legislação sanitária

O principal ponto discutido na proposta do programa estadual seria o acompanhamento do paciente em uso de fitoterápico ou mesmo de planta medicinal, o que sem dúvida alguma contribuiria para comprovação científica das espécies medicinais que ainda passam por vários questionamentos quanto á eficácia clinica das mesmas. Porém, de acordo com os questionários, dos 21 programas Farmácias Vivas do estado do Ceará, somente 2 possuem registros de acompanhamento clinico do uso de fitoterápico dispensados nos postos de saúde daquela localidade, sendo que 19 não tem qualquer mecanismo e avaliação até o momento (Figura 83).

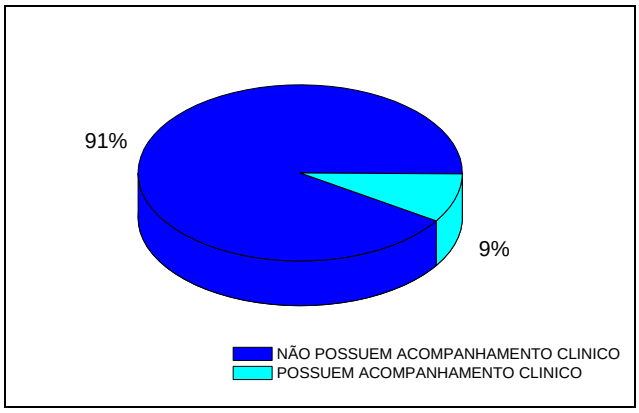

Figura 83– Programas Farmácias Vivas do Estado do Ceará que possuem acompanhamento clinico do paciente em uso de fitoterápicos

Cerca de 50% dos programas, aproximadamente, apontaram a falta de manutenção no abastecimento de materiais do horto e insumos farmacêuticos, onde se observa que a maioria deles está vinculado ao município e os recursos de investimentos inexistem. Os que não apontaram esse problema, devem-se ao fato de possuírem algum tipo de parcerias, principalmente com universidades, iniciativa privada e também por estarem inseridos no programa de saúde da família (PSF), do município, o que acabam provendo recursos para manutenção. Outros problemas que afetam o funcionamento dos programas foram apontados, como: espaço físico (23%), financeira (23%), material para horto (38%) falta de insumos (28%). transporte (9%), pessoal qualificado (19%), materiais permanentes, foram os mais relevantes.

Na questão da mão de obra especializada e qualificada, surgem outros problemas, pois com a falta de recursos os programas não podem contratar os profissionais necessários para a continuidade dos serviços prestados pelo programa. De acordo com os questionários, no total de programas do estado do Ceará existem um total de 95% farmacêuticos, 48% agrônomos, 45% agentes de saúde, 38% enfermeiro, 38% técnico agrícola, 33% médicos, 14% odontólogos, 5% agentes comunitários e outros que aparecem em número bastante inferior, como é o caso de professores do ensino fundamental e médio e em alguns casos universitários, auxiliares de laboratório e jardineiros. Esses dados, não evidenciam se os profissionais estão distribuídos nos programas ou se concentram um maior número em determinados programas, o que deixaria alguns sem qualquer tipo de mão de obra qualificada.

Percebe-se que o funcionamento do programa está diretamente relacionado com a falta de profissionais, principalmente farmacêuticos para atuarem nas oficinas farmacêuticas, agrônomos para qualidade no cultivo das plantas medicinais, assim como os profissionais prescritores, como médicos, dentistas, entre outros.

Ainda assim, de todos os profissionais que participam dos programas no estado, nem todos foram capacitados no programa estadual de fitoterapia do estado do Ceará. Porém existe uma integração entre os trabalhos das equipes do PSF e a unidade Farmácia Viva, sendo que ficou evidente que 76% dos profissionais envolvidos tem conhecimentos da PPNPM.

Quanto ao trabalho educativo proposto pelo programa estadual, sobre o uso correto de plantas medicinais, observou-se que 66% dos programas o fazem, sendo que os profissionais envolvidos nessa atividade estão assim distribuídos: 51% farmacêuticos, 5% agrônomos e 5% auxiliares técnicos. Porém não ficou claro a forma de como é realizado, por cartilhas, folders, palestras, entre outras.

Na tentativa de fazer com que as atividades do programa municipal seja efetivado e tenha continuidade, os mesmos encaminharam propostas à coordenação do programa estadual que vão desde medidas para qualificação e efetivação dos profissionais, que em alguns casos não são contratados, viabilização de verbas para a manutenção constante, sensibilização de gestores municipais, construção de laboratórios padronizados, maior suporte na distribuição de mudas, divulgação do programa junto a população, buscar parcerias públicas e privadas, promover encontros anuais e promover o desenvolvimento da agricultura familiar. Em relação ao programa estadual de fitoterapia as unidades do Farmácias Vivas encaminharam propostas como: a realização de cursos como forma de qualificar e aprimorar os profissionais envolvidos, realização de visitas e assessoria aos municípios, elaborar jornais informativos, incentivar e apoiar os gestores, regulamentar a fitoterapia através de projeto de lei no estado do Ceará, construção de um site especializado que traga informações sobre as diversas unidades e organizar encontros estadual.

No sentido de avançar as discussões políticas sobre os programas Farmácias Vivas do estado do Ceará, em evento realizado em maio de 2009, onde contou com a participação dos responsáveis pelos programas, decidiu-se encaminhar propostas ao

programa estadual de fitoterapia, buscando aprimoramento e ampliação dos mesmos. Assim, propuseram os encaminhamentos de forma conclusiva, aprovados em assembléia final no evento:

Promover a política de saúde no âmbito do SUS voltada para a fitoterapia, em consonância com as diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde; Instalar cinco pólos regionais de Farmácias Vivas para interiorização e fortalecimento das ações; Estabelecer parâmetros técnicos que viabilizem a avaliação dos resultados técnicos, terapêuticos e econômicos referentes a utilização da fitoterapia; Esclarecer ao público em geral, e aos profissionais da saúde em particular, que embora seja prática cultural, no âmbito institucional a fitoterapia deve ser abordada como medicação convencional, e como tal requer para sua utilização, diagnóstico e estratégia terapêutica definida para cada caso; Normatizar, coordenar e acompanhar a implantação e implementação das ações de fitoterapia no Centro de Saúde Meireles; Supervisionar e desenvolver mecanismos de controle e avaliação do uso de fitoterápicos; Elaborar e manter atualizados os Protocolos Clínicos das atividades de fitoterapia; Elaborar material de informação, educação e comunicação, formuladas pelo Núcleo de Fitoterápicos; Propor em conjunto com as áreas técnicas específicas da fitoterapia as diretrizes para a educação permanente, capacitação, aperfeiçoamento e pesquisa; Desenvolver um trabalho de Farmacovigilância de Fitoterápicos através do qual será estimulada a notificação espontânea de reações adversas a fitoterápicos; Desenvolver a Agricultura Familiar; Padronizar e desenvolver técnicas de controle de fitoterápicos; Elaborar fitoterápicos para a saúde bucal; Elaborar a Regulamentação da Fitoterapia do Estado do Ceará; Elaborar planos operacionais (POP’s) como modelo.

5.2– O programa Farmácia Verde de Ipatinga – MG

O programa Farmácia Verde foi inaugurado em setembro de 1995, integra uma área cultivada de 10.000 m^2, possui um banco de dados de espécies cadastradas com um total de 145 espécies medicinais e atualmente cultiva 37 espécies, as quais, segundo a coordenadora do programa, está sendo reformulada e por isso não foi fornecida a relação de plantas medicinais, o programa está vinculado a secretaria de saúde municipal do município. A Prefeitura de Ipatinga procurou aliar a cultura popular com o conhecimento científico em prol da saúde pública. Estes são os principais pontos da Farmácia Verde, um programa que resgatou o uso de plantas medicinais no tratamento de doenças, com acompanhamento técnico e científico.

O programa Farmácia Verde busca fornecer à população medicamentos naturais a baixo custo, além de diminuir as despesas do município com a aquisição de medicamentos alopáticos. Modelo e referência nacional por ser motivada pela união entre a Prefeitura e a população. Não existem investimentos externos no programa, todas as suas despesas são arcadas pela administração municipal de Ipatinga, onde, através de uma portaria do município garante a continuidade dos serviços prestados pelo programa.

Tabela 7 - Plantas medicinais cultivadas no programa Farmácia Verde em Ipatinga - MG

	Plantas medicinais	**Nome popular**	**Indicação**
01	*Cynara scolymus*	Alcachofra	Digestivo
02	*Ocimum gratissimum*	Alfavaca	Antimicrobiano
03	*Lavandula officinalis*	Alfazema	Flatulência
04	*Brosimum gaudichaudii*	Algodão	Vitiligo
05	*Allium sativum*	Alho	Antiviral
06	*Rubus brasiliensis*	Amora	Antioxidante
07	*Arnica Montana*	Arnica brasileira	Antiinflamatório
08	*Stryphnodendron adstringens*	Barbatimão	Cicatrizante
09	*Arctium lappa*	Bardana	Diabete
10	*Vernonia condensata*	Boldo de arvore	Estômago e Fígado
11	*Calendula officinalis*	Calêndula	Aintiinflamatório
12	*Matrycaria camomilla*	Camomila	Antifisético
13	*Matrycaria tinctorie*	Camomila	Antifisético
14	*Cymbopogon citratus*	Capim santo	Anti-espasmódico
15	*Baccharis trimera*	Carqueja	Digestivo/hipotensor
16	*Equisetum arvensis*	Cavalinha	Anti-uricosúrico
17	*Symphytum officinalis*	Confrei	Cicatrizante
18	*Taraxacum officinalis*	Dente-de-leão	Prisão de ventre
19	*Cecropia glazioui*	Embaúba	Hipotensora
20	*Echinacea purpúrea*	Equinácea	Resfriados
21	*Polygonum acre*	Erva-de-bicho	Hemorróida/varizes
22	*Maytenus ilicifolia*	Espinheira santa	Anti-ulceroso
23	*Pfaffia paniculata*	Fáfia	Estimulante
24	*Stachytarpheta cayenensis*	Gervão	Antiedematogênica
25	*Mikania glomerata*	Guaco	Expectorante
26	*Hypericum perforatum*	Hipérico	Depressão leve
27	*Mentha arvensis*	Hortelã-pimenta	Gripe/resfriado
28	*Mentha x villosa*	Hortelã-rasteira	Amebicida
29	*Syzygium cumini*	Jambolão	Diabetes
30	*Lippia Alba*	Lipia	Cólicas intestinais
31	*Melissa officinalis*	Melissa	Carminativo
32	*Erythrina mulungu*	Mulungu	Ansiolítico
33	*Apis melífera*	Própolis	Antiinfeccioso
34	*Punica granatum*	Romã	Adstringente
35	*Salvia officinalis*	Salvia	Menstruação dolorosa
36	*Plantago major*	Tanchagem	Cicatrizante
37	*Valeriana officinalis*	Valeriana	Tensão pré-menstrual

Fonte: Coordenação do programa Farmácia Verde – Ipatinga – MG

Figura 84– Farmácia Verde e equipe técnica de Ipatinga/MG

Figura 85– Cultivo de plantas medicinais de Ipatinga/MG

O programa atrai a atenção de estudiosos, técnicos e populares de várias regiões do estado, do país e do exterior, interessados em difundir o processo de fabricação e distribuição de medicamentos através de plantas medicinais. Dentre os principais programas de distribuição de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos na rede pública do Brasil, a unidade de Ipatinga foi considerada pelo Ministério da Saúde, na época da CEME, a mais estruturada, servindo assim de modelo para outros programas.

Como o plantio de todas as ervas utilizadas na produção dos medicamentos é feito no horto municipal, a matéria-prima utilizada é garantida pela qualidade. Da semeadura à colheita, as normas de controles são cumpridas rigorosamente e essas possibilidades são mostradas à população através de palestras, cursos e oficinas abertas ao público, ministradas semanalmente todas as quintas-feiras, no horário de 14 às 16 horas, no anfiteatro da farmácia. Nestas oportunidades são discutidos com a comunidade assuntos diversos referentes à fitoterapia. Para participar, o interessado basta comparecer ao local, no dia e horário previamente estipulados.

O programa conta com a assistência de uma equipe formada por um médico, uma farmacêutica, quatro auxiliares gerais, cinco técnicos em laboratório, um técnico em enfermagem, um técnico administrativo. Todo o trabalho tem acompanhamento técnico e científico.

Os medicamentos são enviados a todas as unidades públicas de saúde do município, que fazem a distribuição mediante prescrição médica. É necessária a apresentação do receituário médico. Pode-se optar também por receber as ervas medicinais através da planta fresca, colhidas na hora, sendo a distribuição feita diariamente, das 7 às 9 horas. Uma funcionária treinada orienta cada usuário sobre a forma de preparo de chás e cuidados necessários. Os medicamentos fitoterápicos mais prescritos são: tinturas: de *Ginkgo biloba*, própolis, maracujá, tanchagem, guaco, camomila e mulungu; pomadas: de calêndula, camomila e própolis; cremes: de calêndula, camomila e calêndula com confrey. Na tabela 8, página 146, encontra-se todos os produtos manipulados no programa Farmácia Verde do município de Ipatinga - MG.

Figura 86– Preparo das sementes e do solo para plantio no Farmácia Verde (Divana, 2008)

Figura 87– Plantio das mudas de plantas medicinais no Farmácia Verde (Dilvana, 2008)

Figura 88– Produção de mudas no Farmácia Verde

Figura 89– Viveiro de mudas para replantio, Farmácia Verde

Figura 90– Coleta das plantas medicinais no Farmácia Verde (Dilvana, 2008)

Figura 91– Triagem e descontaminação das plantas medicinais do Farmácia Verde (Divana, 2008)

Figura 92– Secagem das plantas medicinais do Farmácia Verde (Dilvana, 2008)

Figura 93– Secagem de capítulos floridos em estufa, no Farmácia Verde (Dilvana, 2008)

Figura 94– Produção de extratos e tinturas no Farmácia Verde (Dilvana, 2008)

Tabela 8 – Fitoterápicos manipulados no programa Farmácia Verde de Ipatinga – MG

	Fitoterápicos	**Indicação**
01	Tintura de alcachofra – frasco 30 mL	Má digestão
02	Tintura de alecrim – frasco 30 mL	Processos inflamatórios
03	Tintura de alfavaca – frasco 30 mL	Gases e cólicas intestinais
04	Tintura de alfazema – frasco 30 mL	Flatulência
05	Tintura de algodão – frasco 30 mL	Bronquite e asma
06	Tintura de alho – frasco 30 mL	Anti-infeccioso, anti-hipertensivo
07	Tintura de amora – frasco 30 mL	Antioxidante
08	Tintura de arnica brasileira – frasco 30 mL	Antiinflamatório
09	Tintura de barbatimão – frasco 30 mL	Cicatrizante
10	Tintura de bardana – frasco 30 mL	Abcessos e funrunculose
11	Tintura de boldo de arvore – frasco 30 mL	Gastrites, azia e ulceras
12	Tintura de calendula – frasco 30 mL	Antiinflamatório
13	Tintura de camomila – frasco de 30 mL	Ansiedade e anti-dispéptica
14	Tintura de camomila (*M.tinctorie)* – frasco de 30 mL	Gases e cólicas
15	Tintura de capim santo – frasco de 30 mL	Cólicas intestinais
16	Tintura de carqueja – frasco de 30 mL	Azia, gastrite e ulceras
17	Tintura de cavalinha – frasco de 30 mL	Ácido úrico
18	Tintura de dente-de-leão – frasco de 30 mL	Colerético, colagogo e diurético
19	Tintura de equinácea – frasco de 30 mL	Gripes e resfriados
20	Tintura de erva-de bicho – frasco de 30 mL	Hemorróidas
21	Tintura de espinheira santa – frasco de 30 mL	Úlceras e gastrites
22	Tintura de pfáfia – frasco de 30 mL	Estimulante cerebral
23	Tintura de gervão – frasco de 30 mL	Edemas
24	Tintura de ginkgo biloba – frasco de 30 mL	Vasodilatador e estimulante
25	Tintura de guaco – frasco de 30 mL	Expectorante
26	Tintura de hipérico – frasco de 30 mL	Depressão
27	Tintura de hortelã-pimenta – frasco de 30 mL	Gripes e resfriados
28	Tintura de hortelã-rasteira – frasco de 30 mL	Amebicida e giardicida
29	Tintura de hortelã-vique – frasco de 30 mL	Asma e bronquite
30	Tintura de jambolão – frasco de 30 mL	Diabetes
31	Tintura de lípia – frasco de 30 mL	Cólicas intestinais
32	Tintura de mamacadela – frasco de 30 mL	Problemas de circulação
33	Tintura de maracujá – frasco de 30 mL	Ansiedade, calmante leve
34	Tintura de melissa – frasco de 30 mL	Cólicas e carminativo

Tabela 8 – Continuação: Fitoterápicos manipulados no programa Farmácia Verde de Ipatinga – MG

35	Tintura de mulungo – frasco de 30 mL	Ansiedade
36	Tintura de própolis – frasco de 30 mL	Infecções
37	Tintura de romã – frasco de 30 Ml	Afecções da garganta
38	Tintura de sálvia – frasco de 30 mL	Suspensão da lactação
39	Tintura de tanchagem – frasco de 30 mL	Disenterias e feridas
40	Tintura de embaúba – frasco de 30 mL	Hipertensão
41	Tintura de valeriana – frasco de 30 mL	Tensão pré-menstrual
42	Pomada de arnica brasileira – pote de 30 g	Inflamações
43	Pomada de arnica com cânfora – pote de 30 g	Queimaduras
44	Pomada de calêndula – pote de 30 g	Inflamações
45	Pomada de calêndula com confrei – pote de 30 g	Cicatrizante
46	Pomada de camomila – pote de 30 g	Antiinflamatória
47	Pomada de confrei – pote de 30 g	Feridas
48	Pomada de erva-de-bicho – pote de 30 g	Hemorróidas
49	Pomada de própolis – pote de 30 g	Infecções externas
50	Pomada de própolis com equinácea – pote de 30 g	Infecções
51	Creme de arnica brasileira com cânfora – pote 30 g	Inflamações
52	Creme de calêndula – pote de 30 g	Inflamações
53	Creme de calêndula com confrei – pote de 30 g	Cicatrizante e antiinflamatória
54	Creme de camomila – pote de 30 g	Regenerador epitelial
55	Creme de confrei – pote de 30 g	Feridas
56	Creme de erva-de-bicho – pote de 30 g	Hemorróidas
57	Creme de própolis – pote de 30 g	Infecções
58	Creme de própolis com equinácea – pote de 30 g	Infecções
59	Sabão anti-séptico vegetal – frasco com 100 mL	Anti-sépticos
60	Anti-séptico bucal – frasco com 100 mL	Enxaguatório bucal

FONTE: Coordenação do programa Farmácia Verde – Ipatinga – MG

A oficina farmacêutica do Farmácia Verde manipula fitoterápicos com 42 espécies medicinais, sua estrutura possibilita a produção de 1.500 unidades/mês de pote com pomadas e 7.000 vidros/mês de tinturas. A oficina fornece anualmente, para os 16 postos de saúde do município, 78 mil vidros de 30 mL de tinturas e cerca de 300 quilos de pomadas, além de oito tipos de cremes e dois tipos de anti-sépticos. Segundo informações da coordenação, 80% das pomadas usadas nas salas de curativos dos postos de saúde, são produzidas na oficina farmacêutica do programa.

Embora muitos usuários busquem os medicamentos no Laboratório do programa, parte são distribuídos nos postos e UBS, em ambos os casos, sob prescrição médica. Aliás, o treinamento dos profissionais de medicina e de enfermagem do município, preparando-os para o trabalho com fitoterapia, o qual integra os serviços prestados pelo programa Farmácia Verde.

Apesar da grande aceitação, a Farmácia Verde lida com dificuldades, devido à própria estrutura do Sistema Público de Saúde. O principal problema é a escassez de recursos. O Ministério da Saúde não investe no programa e a prefeitura arca sozinha com todas as despesas, cuja parte mais cara é o investimento em novos equipamentos que se fazem necessários para atender a crescente demanda da população local.

Figura 95– Distribuição de Fitoterápicos do programa Farmácia Verde de Ipatinga/MG (Dilvana, 2009)

Apesar do programa Farmácia Verde ser considerado como um dos principais modelos, principalmente por se localizar na região sudeste, como todos os demais programas, passa por dificuldades, além de financeira um grande problema é a falta de parcerias que pudesse intensificar as pesquisas garantindo a população segurança e eficácia no uso de fitoterápicos. Nesse sentido, a coordenação do programa, juntamente com a Secretaria Municipal de Saúde, fizeram um apelo para que as universidades localizadas na região norte do estado, como Jequitinhonha, Mucuri e Rio Doce, que não apresentam cultivos comerciais de plantas medicinais, pudessem apoiar programas dessa natureza possibilitando acesso da população carente aos fitoterápicos.

5.3 – Programa do IEPA – Instituto de Pesquisa Científica e Tecnológica do Estado do Amapá

O programa Farmácia da Terra surgiu a partir da inquietação de um grupo de pesquisadores da área de fitoterapia do centro de plantas medicinais e produtos naturais do IEPA. Baseados nos conhecimentos da tradição local, eles desenvolviam projetos de produção de fitoterápicos a partir de espécies amazônicas. A inquietação maior se deu pelo fato de que somente as pessoas da cidade estavam tendo acesso a fitoterápicos elaborados e fabricados pelo laboratório de produção de fitoterápicos e fitocosméticos. Os principais responsáveis pelas informações etnofarmacológicas não estavam recebendo o retorno pela contribuição dada. Foi então que os pesquisadores elaboraram o projeto em meados de 2003.

Um dos traços mais marcantes da cultura amazônica é o uso de plantas medicinais para cura dos mais diversos tipos de doenças. O fácil acesso e o baixo custo, aliado à eficiência no tratamento de várias enfermidades são fatores que valorizam a medicina popular, garantindo procura constante por produtos à base de plantas medicinais. Pensando nisso, pesquisadores do Instituto de Pesquisas Científicas e Tecnológicas do Amapá criaram o programa Farmácia da Terra, que se baseia na tradição local para desenvolver medicamentos naturais contra doenças simples, de acordo com a epidemiologia da região.

Além de terem um custo mais baixo, os fitoterápicos preservam e difundem a sabedoria popular e têm a capacidade de melhorar a qualidade de vida da população, que em muitos casos não tem acesso aos medicamentos convencionais. No Farmácia da Terra, agentes de saúde, parteiras, estudantes, professores e líderes comunitários aprendem a montar hortas, a extrair espécies da floresta e as indicações de uso das plantas.

Atualmente existem 39 espécies padronizadas e cultivadas pelo programa (Tabela 9), onde as matrizes das espécies cultivadas são produzidas e selecionadas no Iepa. A manutenção das hortas é feita pela própria população dos locais onde elas estão instaladas e com isso, percebeu-se também um aumento na tendência de indicações deste tipo de medicamento natural por parte dos agentes dos serviços públicos de saúde.

Tabela 9 - Plantas medicinais padronizadas no programa Farmácia da Terra - AP

01	**Planta medicinal**	**Nome popular**	**Indicação**
02	*Aloe barbadensis*	Babosa	Doenças da pele
03	*Ambrósia artemisaefolia*	Artemisia	Menstruação
04	*Arrabidaea chica*	Pariri	Anemia
05	*Bixa orellana*	Urucum	Bronquite/Asma
06	*Boerhavia diffusa*	Salidônia	Infecção urinária
07	*Bryophyllum pinnatum*	Pirarucu	Ulcera
08	*Caesalpina férrea*	Jucá	Bronquite
09	*Chenopodium ambrosioides*	Mastruz	Bronquite
10	*Cordia multispicata*	Carucaá	Gripes e resfriados
11	*Costus spicatus*	Canaraná	Infecção urinária
12	*Croton cajucara*	Sacaca	Fígado
13	*Cymbopogon citratus*	Capim marinho	Infecção urinária
14	*Eleutherine plicata*	Marupazinho	Giardíase
15	*Eupatorium triplinerve*	Japana	Sinusite
16	*Gossypium barbadense*	Algodão	Asma
17	*Lippia Alba*	Erva-cidreira	Cólicas intestinais
18	*Majorana hortensis*	Manjerona	Estômago
19	*Menta x villosa*	Hortelãnzinho	Giardíase
20	*Mentha arvensis*	Hortelã-menta	Estômago
21	*Mentha pulegium*	Hortelã-vick	Bronquite
22	*Mikania lindleyana*	Sucuriju	Ulcera
23	*Momordica charantia*	Melão de São Caetano	Doenças da pele
24	*Ocimum gratissimum*	Alfavaca	Infecção urinária
25	*Ocimum minimum*	Manjericão	Infecção urinária
26	*Peperômia pillucida*	Erva-de-jabuti	Faringite
27	*Petiveria alliacea*	Mucura-caá	Órgãos genitais
28	*Phyllantus niruri*	Quebra pedra	Infecção urinária
29	*Piper callosum*	Elixir paregórico	Diarréia
30	*Plectrantus amboinicus*	Hortelã-grande	Tosse
31	*Plectrantus barbatus*	Boldo	Gastrite
32	*Plectrantus neochilus*	Boldinho	Gastrite
33	*Portulaca pilosa*	Amor crescido	Diarréia
34	*Potomorphe peltata*	Malvarisco	Prisão-de-ventre
35	*Ruta graveolens*	Arruda	Parasitoses da pele
36	*Sambucus nigra*	Sabugueiro	Gripes e resfriados
37	*Styrak áurea*	Estoraque	Órgãos genitais
38	*Vernonia condensata*	Boldo africano	Fígado
39	*Vitex agnus-castus*	Alecrim do norte	Órgão genitais

Fonte: Coordenação do programa Farmácia da Terra – Macapá – AP

O Farmácia da Terra possui uma equipe composta de dois farmacêuticos, um enfermeiro, um nutricionista e um técnico agrícola. O grupo tem a responsabilidade de estabelecer o programa, desde o primeiro contato com as comunidades até a execução das práticas, passando por treinamentos de plantio, manejo, coleta, secagem e armazenagem além da produção de remédios caseiros, como infusões, xaropes e outros.

Além de atender às próprias necessidades, o Farmácia da Terra contribui para a geração de renda junto às famílias das regiões onde está implantado. A partir do programa, algumas comunidades se organizaram e começaram a trabalhar com as plantas. É o caso da Cooperativa das Produtoras de Plantas Aromáticas do Amapá, que cultiva espécies aromáticas para beneficiá-las e transformá-las em enchimento de travesseiros e bonecas e em produtos para banho. Outro segmento que encontrou uma forma de aumentar a renda com o programa é o de trabalhadores da terra. Alguns agricultores participaram das oficinas e passaram a atuar como fornecedores de matéria-prima para a produção de fitoterápicos do laboratório de produção de fitoterápicos e fitocosméticos do IEPA.

A manutenção do programa e continuidade dos serviços, no Farmácia da Terra, também não é diferente dos demais espalhados pelo país. Apesar de terem recebido prêmios, o que se reverteu em recurso financeiro, é pouco para desenvolver os projetos que integram o programa nas 21 comunidades carentes que não possuem nenhum auxílio a não ser do governo do estado do Amapá.

Atualmente o programa reduziu as atividades desenvolvidas nas comunidades, o que reflete em grande parte na produção de fitoterápicos e com isso as comunidades ficaram desmotivadas na continuidade, uma vez que não tem recursos para proverem a demanda de produção.

Figura 96– Sede do programa de plantas aromáticas IEPA (Foto: Teca/2009)

Figura 97– Cultivo de plantas medicinais do IEPA (Foto: Teca/2009)

Figura 98– Coleta de plantas medicinais IEPA (Foto: Teca/2009)

Figura 99– Beneficiamento de plantas medicinais no IEPA (Foto: Teca/2009)

O programa possui uma oficina farmacêutica que está localizada no complexo do IEPA, no município de Macapá, onde há produção de medicamentos fitoterápicos para fornecimento a toda população local, mediante receituário e ainda distribui em postos de saúde nos 12 municípios que fazem parte do programa. Os hortos, espalhados em várias comunidades produzem a maior parte das espécies utilizadas na produção dos fitoterápicos e ainda fornecem mudas para a população local.

Figura 100– Viveiro de plantas medicinais da comunidade de Mazagão Velho

Na coleta do material vegetal da floresta, são realizados monitoramentos para garantir, além da qualidade a preservação das espécies coletadas. Essa prática é observada com a coleta de óleos fixos da floresta, onde criou-se uma cooperativa que repassa treinamento a todos os envolvidos com o extrativismo.

Figura 101– Coleta na Floresta Amazônica - IEPA (Foto: Teca/2009)

Figura 102– Treinamento de coleta em comunidade indígena – IEPA (Foto: Teca/2009)

A oficina farmacêutica é bem estruturada e possui equipamentos que atendem as necessidades mínimas da produção e controle de qualidade. Porém algumas vezes acabam passando por dificuldades na aquisição dos insumos farmacêuticos usados na produção dos medicamentos e reagentes para o controle.

Durante a visita não foi observado a relação de medicamentos produzidos pela oficina e nem a relação de plantas medicinais cultivadas nas comunidades que integram o programa. Um dos motivos apresentados pela coordenadora é que o memento terapêutico estava sendo reeditado e por isso estavam rediscutindo as espécies cultivadas bem como os fitoterápicos produzidos.

Quanto aos informativos, o programa possui cartilhas que tem por objetivo informar a população a forma correta de preparo dos medicamentos caseiros e memento terapêutico para médicos e profissionais envolvidos, na prescrição de medicamento fitoterápico.

Figura 103- Produção de insumos farmacêuticos na oficina farmacêutica do IEPA (Teca, 2009)

Figura 104- Controle de qualidade da oficina farmacêutica do IEPA (Teca, 2009)

Figura 105– Oficina farmacêutica do IEPA (Teca/2009)

A produção de fitoterápicos no programa Farmácia da Terra restringe-se apenas a obtenção de tinturas e extratos que são distribuídos na oficina farmacêutica sob prescrição médica, porém a grande distribuição se dá pelo fornecimento de mudas ou da própria planta a população das comunidades atendidas pelo programa. Para isso são distribuídos materiais explicativos sobre o cultivo, coleta, conservação e preparo de formas caseiras, como infusão, banhos, entre outros.

PARA USO EXTERNO

Cataplasma: Preparar o chá por infusão ou decocção. Ainda quente colocar farinha até ficar papa. Colocar sobre pano limpo, observar se não está muito quente e aplicar no local afetado.

Ungüento: Retirar o sumo da planta fresca, misturar a gordura vegetal (coco, cacau, etc.) ou animal (manteiga, banha de galinha ou tartaruga, etc.). Aquecer no fogo brando até derreter, pode-se acrescentar um pouco de mel de abelha ou calda de açúcar para formar ungüento mais espesso.

Óleo: Preparado com a tintura da planta e um óleo (soja, girassol, algodão, copaíba, etc.) ou azeite (andiroba, pracaxi, etc.)

FARMÁCIA DA TERRA

Figura 106– Cartilha usada no Farmácia da Terra, para a educação continuada

5.4– Programa de plantas medicinais e fitoterápicos do município do Rio de Janeiro - RJ

O Programa de Fitoterapia no município do Rio de Janeiro, foi criado em 1982 no hospital municipal Paulino Werneck, como trabalho voluntário que produzia xaropes e tinturas para os pacientes internados. A partir dessa iniciativa, no ano de 1992, a secretaria de saúde do Rio de Janeiro institucionalizou o programa no município que atualmente é coordenado pela Secretaria de Saúde através da Superintendência de Saúde Coletiva, Coordenação de Programas Especiais, Gerência de Programas de Medicina Alternativa e Sub Gerência de Programa de Fitoterapia do município do Rio de Janeiro. Criado há mais de dez anos com o objetivo de garantir a população carente o acesso ao medicamento usando plantas medicinais com base no uso popular. O mesmo está regulamentado por portarias e decretos municipais e possui 7 oficinas farmacêuticas instaladas, onde são preparados os medicamentos, que são distribuídos na comunidade, com apresentação de prescrição, que, de acordo com informações obtidas pela coordenação, pode ser por médicos, dentistas, enfermeiros e nutricionistas.

As oficinas possuem espaço físico compatível, ou seja, atende a legislação vigente, porém apresenta falta de profissionais qualificados para atenderem a demanda crescente da população. Um número cada vez maior de prescritores aderindo ao programa e com informativos voltados a população a procura aumenta consideravelmente.

O cultivo das espécies medicinais (Tabela 10) é realizado na fazenda modelo, localizada em Guaratiba – RJ, município que faz parte do complexo Grande Rio e nesse local o cultivo das espécies medicinais são acompanhados por dois engenheiros agrônomos e diversos funcionários com experiências nessa área. Toda produção é destinada as oficinas (Tabela 11), as quais fazem a sua solicitação em formulário próprio.

Na fazenda não existe qualquer tipo de controle de qualidade, com estudo sazonal, portanto as plantas são coletadas em qualquer época. A única observância é

que as plantas devem estar na fase adulta. O controle de pragas e insetos são feitos de maneira natural, sem uso de produtos químicos e a adubação é feita por material orgânico.

Devido ao aumento do consumo das plantas, está sendo desenvolvido na fazenda modelo um planejamento conjunto para aumento da área destinada ao plantio de espécies medicinais. Outra coisa interessante é que com o aumento da produção, secagem das espécies não mais serão realizada nas oficinas farmacêuticas, passando, portanto para a unidade de cultivo. Nesse sentido, desocuparam uma sala ampla, onde estão instalando estufas e telas para atender essa necessidade.

Figura 107– Fazenda modelo e cultivo de plantas medicinais do programa do Rio de Janeiro

Figura 108– Área de plantio de espécies medicinais do Rio de Janeiro

Figura 109– Área de preparo de mudas do Programa do Rio de Janeiro

Tabela 10- Plantas medicinais cultivadas no programa de fitoterapia do município do Rio de Janeiro

	Planta medicinal	**Nome popular**	**Indicação**
01	*Alpinia zerumbet*	Colônia	Hipotensora, diurética e sedativa
02	*Baccharis trimera*	Carqueja	Antiulcerogênica, antiácida e hipotensora
03	*Bauhinia fortificata*	Pata de Vaca	Hipoglicemiante
04	*Calendula officinalis*	Calendula	Cicatrizante e repitalizante
05	*Cecropia SP*	Embauba	Hipotensora e diurética
06	*Citrus aurantium*	Laranja da Terra	Antiespasmódica e sedativa
07	*Cordia curassavica*	Erva Baleeira)	Antiinflamatória e gastroprotetora
08	*Curcuma longa*	Curcuma	Antiinflamatória, digestiva e gastroprotetora
09	*Echinodorus macrophyllus*	Chapéu de couro	Antiinflamatória e analgésica
10	*Foeniculum vulgare*	Funcho	Antidispéptica, antifisético
11	*Lippia Alba*	Erva Cidreira	Depressora do SNC, antiespasmódica e emenagoga
12	*Maytenus ilicifolia*	Espinheira Santa	Antiulcerogênica
13	*Mikania glomerata*	Guaco	Broncodilatador
14	*Mormodica charanthia*	Melão de São Caetano	Doenças da pele
15	*Passiflora alata*	Maracujá	Tranqüilizante, sedativa, analgésica e relaxante muscular
16	*Plantago major*	Tranchagem	Antiinflamatória
17	*Plectranthus barbatus*	Boldo	Hepatoprotetora, colerética e colagoga
18	*Ruta graveolens*	Arruda	Parasitoses
19	*Solidago chilensis*	Árnica	Contusões, antiinflamatória
20	*Symphytum officinale*	Confrei	Cicatrizante
21	*Zingiber officinalis*	Gengibre	Eupéptica, orexígena, sialagoga, colagoga e antiespasmódica

Tabela 11 – Fitoterápicos preparados a partir das plantas cultivadas no programa de fitoterapia do Rio de Janeiro

	Fitoterápicos	**Indicação**
01	Creme de arnica a 10% - 60g	Edemas provocados por contusão
02	Gel de arnica a 5% - 60g	Processos dolorosos periféricos
03	Tintura de espinheira Santa a 20% - 100mL	Ulcera gástrica e duodenal
04	Loção composta de arruda a 13,3% - 100mL	Parasitas da pele
05	Xampoo composto de arruda a 2% - 100mL	Piolho
06	Tintura de boldo a 20% - 30mL	Auxiliar na digestão
07	Pomada de calêndula a 10% - 30g	Cicatrizante e repitalizante
08	Creme de calêndula a 10% - 30g	Cicatrizante e repitalizante
09	Óvulo de calêndula a 10% - UM	Cicatrizante e repitalizante
10	Pomada de confrei a 20% - 60g	Cicatrizante
11	Tintura de chapéu de couro a 20% - 100mL	Antiinflamatório
12	Xarope de guaco a 10% - 100mL	Expectorante e broncodilatador
13	Tintura de guaco a 20% - 100mL	Expectorante e broncodilatador
14	Tintura de carqueja a 20% - 100mL	Antiácida e anti-ulceroso
15	Tintura de colônia a 20% - 100mL	Diurético e hipertensão leve
16	Tintura de curcuma a 20% - 100mL	Má digestão
17	Creme composto de erva baleeira a 5% - 60g	Inflamações da pele
18	Gel de erva baleeira a 10% - 60g	Inflamações da pele
19	Pomada de erva baleeira a 10% - 30g	Inflamações
20	Tintura de erva baleeira a 20% - 100mL	Gastroprotetora
21	Tintura de erva cidreira a 20% - 100mL	Antiespasmódica
22	Tintura de funcho a 20% - 100mL	Flatulência
23	Tintura de gengibre a 20% - 100mL	Falta de apetite
24	Tintura de embauba a 20% - 100mL	Hipertensão
25	Xarope de laranja da terra a 10% - 100mL	Sedativo
26	Tintura de laranja da terra a 20% - 100mL	Antiespasmódico
27	Tintura de maracujá a 20% - 100mL	Sedativo
28	Xampoo de melão de São Caetano a 2% - 100mL	Dermatite
29	Tintura de pata de vaca a 20% - 100mL	Diabetes
30	Colutório de tanchagem a 10% - 30mL	Inflamações

Figura 110– Oficina Farmacêutica do Hospital M. Raphael de Paula e Souza do Programa do Rio de Janeiro

Figura 111– Armazenamento de plantas e Insumos farmacêuticos do H. Paula Souza – Rio de Janeiro.

.

Figura 112– Laboratório de produção de Fitoterápicos do H. Paula Souza – Rio de Janeiro

Figura 113– Envase de semi sólidos da oficina farmacêutica do H. Paula Souza – Rio de janeiro

O programa de fitoterapia do município do Rio de Janeiro, nos últimos anos tem aumentado o número de pessoas atendidas com uso de fitoterápicos, o que notoriamente pode ser observado na figura 114 onde observa-se um aumento em relação ao ano de 2005 a 2008, em aproximadamente 200%. Esse fato é observado com o número de prescritores que aderiram ao programa, bem como o esclarecimento da população realizado através de oficinas com a comunidade e palestras para grupos específicos, como por exemplo melhor idade e deficientes.

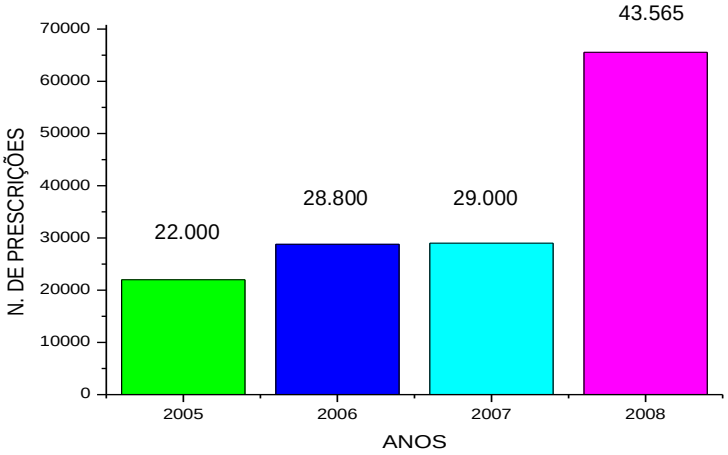

Figura 114– Números de prescrições de fitoterápicos do programa do Rio de Janeiro no período de 2005 a 2008. (Dados fornecido pela coord.)

De acordo com a quantidade de prescrições atendidas no programa, segundo dados fornecidos pela secretaria de saúde do município do Rio de Janeiro, observou-se que 20,11% das prescrições foram de uso interno e 79,89% de uso externo. Segundo informações obtidas no programa, esses dados não corroboram com o fato dos fitoterápicos não apresentarem segurança clinica, uma das implicações dos prescritores frente algumas patologias, mas sim devido ao fato da produção de medicamentos de uso externo ser maior.

As figuras 115 e 116 evidenciam a distribuição das formas farmacêuticas de uso externo e interno no programa durante o ano de 2008, onde verificou-se que apesar de ser maior o consumo de cremes e géis o xarope de guaco ultrapassou esse valor. Com isso, fica evidente o perfil epidemiológico do município do Rio de Janeiro, principalmente quanto as questões de complicações das vias aéreas superiores devido a poluição das grandes cidades.

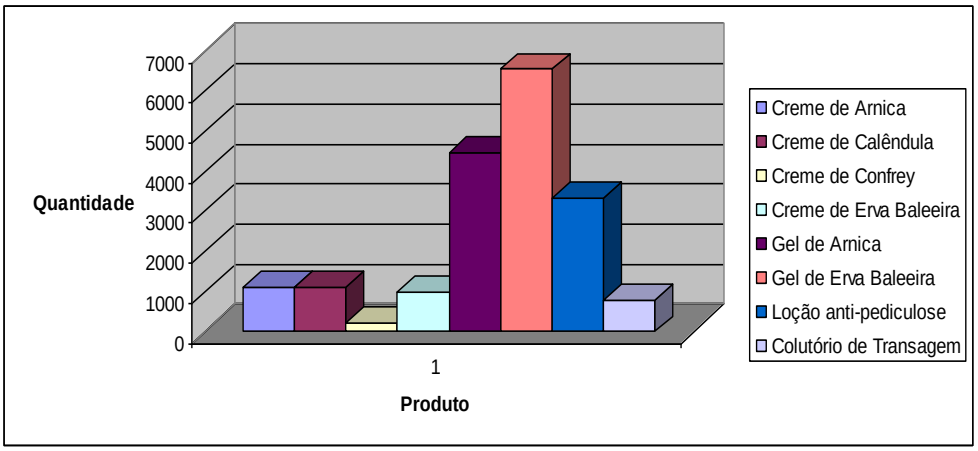

Figura 115– Quantidades de produtos semi sólidos para uso externo, distribuídos no programa de fitoretapia do Rio de Janeiro

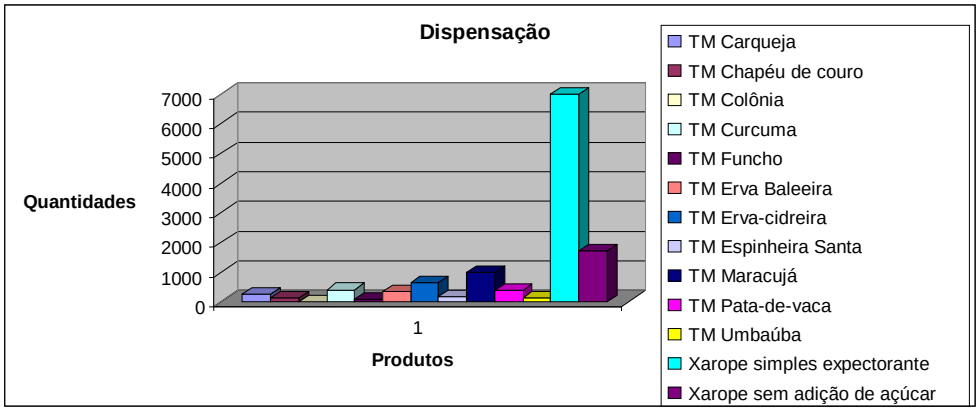

Figura 116– Quantidades de tinturas e xaropes para uso interno, distribuídos no programa de fitoretapia do Rio de Janeiro

5.5 – Programa do Núcleo de Suporte à Assistência Farmacêutica em Terapias não Convencionais de Brasília – DF

O programa de fitoterapia de Brasília está vinculado ao Núcleo de Suporte à Assistência Farmacêutica em Terapias não Convencionais da Secretaria de Estado de Saúde, Gerência de Ações e Suporte à Assistência Farmacêutica do Governo do Distrito Federal, localizado na Granja do Riacho Fundo em Brasília – DF. O programa possui um elenco de 9 (nove) espécies vegetais padronizadas, sendo que são cultivadas apenas 3, o guaco, a babosa e o alecrim pimenta, os demais são adquiridos de terceiros (Tabela 12).

O programa atende atualmente 16 Unidades Básicas de Saúde em todo o Distrito Federal através de receituários.

Tabela 12 – Plantas medicinais selecionadas no programa de fitoterapia de Brasília – DF

	Planta medicinal	**Nome popular**	**Indicação**
01	*Ageratum conyzóides*	Mentrasto	Analgésico
02	*Aloe Vera*	Babosa	Queimaduras
03	*Chamomilla recutita*	Camomila	Antiespasmódico
04	*Lippia sidoides*	Alecrim-pimenta	Antisséptico
05	*Maytenus ilicifolia*	Espinheira Santa	Anti-dispéptico
06	*Mikania glomerata*	Guaco	Expectorante
07	*Plectranthus barbatus*	Boldo	Anti-dispéptico
08	*Symphytum officinale*	Confrei	Cicatrizante

As formas farmacêuticas utilizadas, na grande maioria, são tinturas obtidas por percolação, pomadas, géis e xarope. Todas são preparadas em laboratório no próprio local e após o preparo são enviadas as respectivas Unidades Básicas de Saúde, onde as solicitam mediante receituários prescritos por Médicos, Dentistas, Enfermeiros e Nutricionistas.

O controle de qualidade é realizado nos insumos produzidos e nas formas farmacêuticas líquidas, como xarope e tinturas, onde pôde-se observar que nem todos os testes exigidos para a manipulação são realizados. Um dos fatores apresentados nessa questão foram a falta de mão-de-obra qualificada e falta de equipamentos, que

sempre é solicitado pelo responsável e nunca é atendido, segundo o mesmo por falta de verba.

Apesar de todos os problemas, o responsável pelo programa disse que procura, na medida do possível, seguir as determinações da legislação vigente para garantir a qualidade dos produtos dispensados.

Ainda se destaca no programa um guia simples para orientação a profissionais da área da saúde e também são realizadas reuniões informativas para padronização dos fitoterápicos na Rede Pública de Saúde. Porém não apresenta qualquer outro material educativo quanto ao uso correto de plantas medicinais e fitoterápicos.

O programa do DF tem grande problema na reposição de matérias de consumo, bem como dos insumos utilizados no preparo das formas farmacêuticas. Mesmo assim tem conseguido atender a demanda das 16 unidades de saúde espalhadas em todo o Distrito Federal.

Vale ressaltar que o programa está consolidado através de regulamento do governo do DF, o que deveria garantir a manutenção e continuidade dos serviços prestados pelo programa. Pois a prática da fitoterapia vem aumentando de forma acentuada, onde observou que nos últimos anos a procura pelos fitoterápicos chegou atingir quase o dobro da sua produção. Os medicamentos fitoterápicos produzidos no programa de Brasília estão elencados na tabela 13.

Tabela 13 – Fitoterápicos preparados no programa de Brasília - DF

	Fitoterápicos	**Indicação**
01	Tintura de alecrim-pimenta a 20% - 30mL	Antisséptico
02	Tintura de espinheira santa a 20% - 30mL	Anti-dispéptico
03	Gel de babosa a 10% - 30g	Auxiliar nas queimaduras
04	Tintura de boldo a 20% - 30mL	Anti-dispéptico
05	Tintura de camomila a 20% - 30mL	Anti-espasmódico
06	Pomada de confrei a 10% - 30g e 100g	Cicatrizante tópico
07	Pomada de mentrasto a 10% - 30g	Analgésico
08	Xarope de guaco a 10% - 100mL	Expectorante
09	Tintura de guaco a 20% -30mL	Expectorante

Figura 117– Vista geral da oficina Farmacêutica do programa de Fitoterápicos do DF

Figura 118– Laboratório de produção da Oficina Farmacêutica do DF.

Figura 119– Envase de xaropes na Oficina Farmacêutica do DF.

5.6- Programa Botica da Família – Campinas – SP

Em 1990, foi criado um horto no Centro de Saúde Joaquim Egídio, nessa época chegou a contar com 60 espécies de plantas medicinais. Devido ao desempenho do programa, no ano de 1993, foi criada a Comissão de Programa de Fitoterapia municipal e foram padronizadas as plantas que seriam utilizadas na rede pública.

No ano de 1995, a prefeitura municipal estabeleceu uma parceria com a Universidade de Campinas – CPQBA – Unicamp, onde passou a fornecer as plantas medicinais para a prefeitura e nessa mesma época foi elaborado um memento terapêutico. A produção de fitoterápicos foi terceirizada em 1998, cabendo a produção as farmácias da rede privada do município de Campinas, através de licitação

Devido a grande demanda, o programa Botica da Família foi institucionalizado em novembro de 2001, através da portaria municipal n° 13, onde houve uma reformulação da comissão de fitoterapia do município, iniciando dois projetos com a finalidade de reformular o modelo de produção e distribuição de fitoterápicos, contemplando toda a cadeia produtiva. Foram projetados viveiros de mudas, plantio e uma oficina farmacêutica municipal, porém somente em 22 de setembro de 2004 foi criada a Farmácia Botica da Família, instalada no Pólo de Alta Tecnologia de Campinas (CIATEC), com uma área total de 153,30 m^2.

Em visita ao programa pode-se confirmar o bom desempenho do projeto instalado provisoriamente em um centro de incubadora da empresa de tecnologia de Campinas, onde são manipulados os produtos e distribuídos através de solicitação aos postos de saúde, e entregue aos pacientes mediante prescrição médica. Ficou constatado que a parceria com a Unicamp não mais existe e todo fitoterápico usado nas UBS do município são produzidos na oficina farmacêutica do programa Botica da Família.

O cultivo das plantas é feito em parceria com o Hospital Candido Ferreira e estão padronizadas 12 espécies medicinais, que estão relacionadas na tabela 14. A prefeitura promove desde 2003 a semana municipal de fitoterapia onde comparecem centenas de visitantes interessados na área, servindo o projeto de exemplo para toda a região,

tendo um potencial muito grande a ser implantado com uma estrutura adequada e compatível com o nível de desenvolvimento da cidade.

Tabela 14 – Plantas medicinais cultivadas no programa Botica da Família em Campinas – SP

	Plantas medicinais	**Nome popular**	**Indicação**
01	*Arnica Montana*	Arnica	Antiinflamatória, analgésica
02	*Aloe vera*	Babosa	Cicatrizante, antiinflamatória
03	*Calendula officinalis*	Calêndula	Cicatrizante, antiedematosa
04	*Chamomilla recutita*	Camomila	Sedativa, antiespasmódica
05	*Maytenus ilicifolia*	Espinheira santa	Antiulcerogênica, gastropotetora
06	*Ginkgo biloba*	Ginkgo biloba	Vasodilatador periférico
07	*Mikania laevigatae*	Guaco	Broncodilatador, espasmolítico
08	*Hamamelis virginiana*	Hamamelis	Adstringente, hemostático
09	*Hypericum perforatum*	Hipérico	Antidepressivo
10	*Malva sylvestris*	Malva	Antiinflamatório, cicatrizante
11	*Passiflora alata*	Maracujá	Depressor do SNC
12	*Phyllantus ninuri*	Quebra pedra	Litíase renouretral

Cerca de 5.000 pessoas utilizam os produtos fitoterápicos por mês, como opção terapêutica em Campinas (Tabela 15), também é desenvolvido programa de capacitação e profissionais de saúde, usuários do SUS e comunidade em geral sobre fitoterapia onde os mesmos recebem informações sobre qual a planta utilizada, para que patologias e as maneiras corretas de como cultivar as plantas.

Mesmo estando alicerçado pela portaria municipal n° 13 de 12/11/2001 (anexo 2), o programa apresenta muitos problemas, como espaço físico, equipamentos e principalmente contratação de mão-de-obra qualificada. Essa ultima poderia ser viabilizada com parcerias, uma vez que o município possui uma universidade pública, porém pode-se verificar que os mesmos problemas apresentados pelo programa, também acontece com as universidades públicas, que necessitam de recursos financeiros e o setor privado que não tem interesse nessa área.

Tabela 15– Fitoterápicos produzidos no programa Botica da Família em Campinas – SP

	Fitoterápicos	Indicações
01	Creme de árnica a 5% - 50g e 250g	Contusões, entorses e dores reumáticas
02	Gel de árnica a 5% - 50g e 250g	Contusões, entorses e dores reumáticas
03	Tintura de arnica a 20% - 30mL	Contusões, entorses e dores reumáticas
04	Creme de babosa a 25% - 50g e 250g	Queimaduras, celulite e psoríase
05	Gel de babosa a 25% - 50g e 250g	Queimaduras, celulite e psoríase
06	Creme de calêndula a 5% - 50g e 250g	Ferimentos abertos, fissura dos mamilos
07	Gel de calêndula a 5% - 50g e 250g	Ferimentos abertos, fissura dos mamilos
07	Tintura de calêndula a 20% - 30mL	Ferimentos abertos, fissura dos mamilos
09	Camomila rasurada 25g	Afecções orais dolorosas, antifisética
10	Espinheira Santa rasurada 25g	Gastrites, ulceras gástricas e duodenais
11	Cápsula de ginkgo biloba 40mg – 30UN.	Insuficiencia vascular cerebral e zumbidos
12	Cápsula de ginkgo biloba 80mg – 30UN.	Insuficiencia vascular cerebral e zumbidos
13	Xarope de guaco a 10% - 150mL	Tosse, bronquite e asma
14	Xarope dietético de guaco a 10% - 150mL	Tosse, bronquite e asma
15	Creme de hamamelis a 25% - 50g e 250g	Ulceras varicosas, varizes e hemorróidas
16	Gel de hamamelis a 25% - 50g e 250g	Ulceras varicosas, varizes e homorróidas
17	Cápsula de hiperico 300mg – 30UN.	Depressão leve a moderada, ansiedade
18	Malva rasurada 20g	Dematites, gengivites, aftas e amidalite
19	Maracujá rasurado 30g	Distúrbio leve do sono, ansiedade
20	Quebra Pedra rasurada 140g	Litíase renouretral

Segundo informações prestadas pela farmacêutica responsável pelo programa, todos os medicamentos produzidos na oficina farmacêutica (Tabela 15), são enviados as unidades básicas de saúde, onde, mediante prescrição são aviados aos pacientes. O único acompanhamento realizado ao paciente é quando o mesmo retorna a unidade, porém não existe protocolo de farmacovigilância do uso de fitoterápicos.

O controle de qualidade é outro fator problemático, como pode-se notar em quase todos os programas, onde sempre se esbarram em falta de equipamentos, mão-de-obra e espaço físico. Mesmo assim, o programa tenta garantir a mínima qualidade exigida para consumo humano.

5.7- O programa Farmácia Viva no SUS - Betim – MG

O programa de fitoterapia Farmácia Viva no SUS, de Betim, foi incorporado ao sistema de saúde pública, visando a promoção do uso racional das plantas medicinais na atenção primária à saúde, resgatando o conhecimento popular, embasado nos conhecimentos científicos. Tendo como objetivo implantar a fitoterapia como uma nova opção terapêutica no SUS-Betim para resgatar e valorizar a cultura popular no que se refere à utilização de plantas medicinais; Orientar a comunidade em relação ao uso correto das plantas medicinais, através de palestras educativas, informativos, cartilhas, visitas domiciliares dos ACS e ação da equipe multidisciplinar das Unidades Básicas de Saúde; Manipular os medicamentos fitoterápicos para atendimento das prescrições oriundas das Unidades Básicas de Saúde dos SUS-Betim.

A primeira etapa do programa foi a realização de uma Abordagem Fitoterápica com aplicação de questionários etnobotânicos, em 3800 usuários do SUS-Betim A segunda etapa constitui-se no estudo e seleção das espécies medicinais, considerando a cultura popular, a validação científica e adaptação do cultivo à região. Na terceira etapa, ocorreu a orientação da comunidade quanto ao uso racional das plantas medicinais a partir dos resultados obtidos na pesquisa de abordagem fitoterápica. A quarta etapa da efetivação do programa foi a manipulação dos medicamentos fitoterápicos prescritos por profissionais inseridos no Programa Farmácia Viva, capacitados mensalmente nos encontros de Educação Continuada em Fitoterapia, e a dispensação desses medicamentos nas farmácias das Unidades Básicas de Saúde. Hoje, com 35.000 receitas atendidas, concluímos que a fitoterapia se mostra uma alternativa terapêutica eficiente e viável, pois ao mesmo tempo em que reduz a possibilidade de efeitos colaterais decorrentes do tratamento, restabelece de forma mais suave e duradoura a saúde do paciente além de ampliar as opções terapêuticas no sistema público de saúde.

O programa selecionou 20 espécies medicinais (Tabela 16), as quais foram identificadas e cultivadas em canteiros construídos na unidade central de saúde (Tabela 16). Porém, devido a falta de espaço e dificuldade de cultivo de algumas espécies, a

coordenadora informou que adquire algumas plantas de fornecedores, onde não foi informado quais são adquiridas e também se existe algum mecanismo para certificação dos fornecedores.

Tabela 16– Plantas medicinais padronizadas no programa Farmácia Viva no SUS – Betim/MG.

	Plantas medicinais	**Nome popular**	**Indicação**
01	*Aesculus hippocastanum*	Castanha da índia	Sistema cardio-vascular
02	*Allium sativum*	Alho	Sistema cardio-vascular
03	*Arnica Montana*	Arnica	Uso tópico
04	*Calendula officinalis*	Calendula	Uso tópico
05	*Cássia angustifólia*	Cascara sagrada	Sistema digestivo
06	*Copaífera langsdorffii*	Copaíba	Uso tópico
07	*Cymbopogon citratus*	Capim-limão	Sistema digestivo
08	*Echinacea purpúrea*	Equinácea	Sistema digestivo
09	*Equisetum arvense*	Cavalinha	Sistema genito-urinário
10	*Ginkgo biloba*	Ginkgo biloba	Sistema cardio-vascular
11	*Harpagophyto procumbens*	Garra do diabo	Antiinflamatório
12	*Matricaria chamomilla*	Camomila	Sistema digestivo
13	*Maytenus ilicifolia*	Espinheira-santa	Sistema digestivo
14	*Oenothera biennis*	Prímula	Sistema digestivo
15	*Peumus boldus*	Boldo	Sistema digestivo
16	*Plantago major*	Tanchagem	Antiinflamatório
17	*Punica granatum*	Romãzeira	Antiinflamatório
18	*Rosmarinus officinalis*	Alecrim	Sistema cardio-vascular
19	*Stryphynodendron barbatiman*	Barbatimão	Uso tópico
20	*Tanacetum partenium*	Tanaceto	Sistema digestivo

Observa-se que o programa Farmácia Viva SUS Betim, apresenta vários medicamentos obtidos com associações de drogas vegetais (Tabela 17), o que segundo a RDC 67/2007 da Anvisa é proibido e não existe nenhum indicativo de estudo em associações. Porém os programas, de uma forma geral, não obedecem a nenhuma legislação, ou seja, é bem verdade que tentam segui-las mas as dificuldades encontradas no setor público faz com que negligenciem as mesmas. Nesse sentido observa-se que o programa objetiva garantir a eficácia de acordo com resultados populares sem se importarem com as respectivas associações.

Tabela 17– Fitoterápicos produzidos no programa Farmácia Viva no SUS – Betim/MG.

	Fitoterápicos	**Indicações**
01	Pomada orabase de Calêndula com Barbatimão	Clinica odontológica
02	Pomada orabase de Alecrim com Capim Limão	Clinica odontológica
03	Gel de Melissa com Equinácea	Clinica odontológica
04	Gel Oral de Calêndula com Camomila	Clinica odontológica
05	Hidratante Labial de Cavalinha com Calêndula	Clinica odontológica
06	Loção gel de Calêndula com Camomila	Clinica odontológica
07	Óleo de Copaíba	Clinica odontológica
08	Tintura de Melissa com Maracujá	Clinica odontológica
09	Tintura de Calêndula com Barbatimão	Clinica odontológica
10	Tintura de Tanchagem com Romã	Clinica odontológica
11	Tintura de Tanchagem com Cavalinha com Barbatimão	Clinica odontológica
12	Tintua de Guaco	Clinica odontológica
13	Cápsulas de óleo de copaíba 250mg	Clinica odontológica
14	Creme de Calêndula	Tópico – clinica médica
15	Creme de Calêndula + Barbatimão	Tópico – clinica médica
16	Creme de Camomila	Tópico – clinica médica
17	Creme de Arnica	Tópico – clinica médica
18	Creme de Barbatimão	Tópico – clinica médica
19	Creme de Castanha da Índia + Tanchagem	Tópico – clinica médica
20	Creme de Tanchagem	Tópico – clinica médica
21	Creme de Castanha da Índia	Tópico – clinica médica
22	Creme de Calêndula + Camomila + Barbatimão	Tópico – clinica médica
23	Creme de Calêndula + Barbatimão + Copaíba	Tópico – clinica médica
24	Creme de Guaco	Tópico – clinica médica
25	Loção de Cavalinha + Calêndula	Tópico – clinica médica
26	Loção de Uréia + Cavalinha + Óleo de Semente de Uva	Tópico – clinica médica
27	Loção de Cavalinha + Óleo de Semente de Uva	Tópico – clinica médica
28	Loção de Arnica	Tópico – clinica médica
29	Loção de Camomila	Tópico – clinica médica
30	Loção de Calêndula	Tópico – clinica médica
31	Loção de Copaíba	Tópico – clinica médica
32	Loção de Guaco	Tópico – clinica médica
33	Loção de Cavalinha	Tópico – clinica médica
34	Gel de Arnica	Tópico – clinica médica
35	Gel de Camomila	Tópico – clinica médica
36	Gel de Calêndula	Tópico – clinica médica
37	Gel de Calêndula com Barbatimão + Copaíba	Tópico – clinica médica
38	Solução de Calêndula	Tópico – clinica médica
39	Óleo de girassol com Copaíba	Tópico – clinica médica
40	Spray de Romã com Tanchagem	Tópico – clinica médica
41	Xarope de Guaco	Tópico – clinica médica
42	Xarope de Guaco com Maracujá	Tópico – clinica médica

As indicações descritas na tabela 17, referem-se apenas ao uso padronizado na odontologia e clinica geral, não foi repassado as indicações separadas de cada fitoteterápico por estarem associados nas formas farmacêuticas.

Outro fator observado no programa é que a produção é feita em um espaço pequeno no hospital geral de Betim, ficando difícil, segundo a responsável, conseguir suprir a demanda que tem aumentado bastante nesses últimos anos. O controle de qualidade também não é realizado, pelos mesmos motivos apontados por outros programas e também pela falta de espaço físico, ficando impossível implantar no local.

5.8– Programa de Fitoterápicos do município de Vitória - ES

O programa de Plantas Medicinais e Fitoterápicos do município de Vitória, capital do Estado do Espírito Santo, criado em meados dos anos 90, está inserido em todas as Unidades de Saúde, onde possuem canteiros tipo jardineiras, onde são cultivadas espécies vegetais com interesse medicinal. Nessas Unidades são realizados periodicamente palestras com a comunidade, onde são apresentadas as plantas, métodos de cultivo, preparo de infusões e conservação das mesmas.

No parque da cidade, localizado quase no centro do município, com fácil acesso da população, são cultivadas várias espécies as quais são distribuídas a comunidade gratuitamente, com informações sobre o cultivo e propriedades terapêuticas. Esse trabalho é acompanhado por um botânico que seleciona as estacas e mudas para o replantio das espécies.

A idealizadora do programa é uma médica que inclusive dedica parte de seu tempo para treinamentos dos profissionais envolvidos na distribuição das plantas e medicamentos fitoterápicos na rede pública de saúde. Porém as prescrições desses medicamentos se dão através de consultas e os produtos são obtidos por licitações de indústrias autorizadas pela Anvisa, ou seja, as plantas medicinais cultivadas no município não são utilizadas para a produção de medicamentos.

A opção de não produzirem medicamentos fitoterápicos se deu em favor de não apresentarem condições, financeiras e políticas, para se adequarem a legislação vigente que regulamenta a produção e/ou manipulação dos mesmos. Portanto, a Secretaria de Saúde de Vitória padronizou a relação de medicamentos fitoterápicos usados nas Unidades de Saúde. Atualmente existe uma discussão com a coordenação do programa para a criação de um laboratório para a produção com recursos dos governos Federal, Estadual e Municipal e segundo a coordenadora com uma possível participação do setor privado, que em alguns momentos tem contribuído bastante para o desenvolvimento do programa.

Numa ação conjunta com prescritores e usuários, foram padronizadas 13 espécies medicinais que são utilizadas no programa (Tabela 18), porém não significa

que as mesmas são cultivadas em toda sua totalidade, pois nas unidades de saúde são distribuídos fitoterápicos adquiridos da industria farmacêutica e das farmácias magistrais do município. As espécies cultivadas são distribuídas a população sob orientação dos profissionais quanto ao cultivo, usos e cuidados.

Tabela 18 – Plantas medicinais padronizadas no programa do município de Vitória/ ES

	Planta medicinal	**Nome popular**	**Indicação**
01	*Achillea milleofolium*	Mil-folhas	Digestivo estomacal
02	*Ageratum conyzóide.*	Mentrasto	Antiinflamatório, anti-reumático
03	*Baccharis trimera*	Carqueja	Anti-ulcera, digestiva
04	*Calendula officinalis*	Calêndula	Cicatrizante, antiinflamatória
05	*Cordia verbenaceae*	Erva baleeira	Anti-reumático, uricosúrico
06	*Chamomilla recutita .*	Camomila	Cólicas, gases
07	*Erythrina mulungu*	Mulungu	Ansiedade, nervosismo
08	*Maytenus ilicifolia*	Espinheira santa	Anti-ulcerogênico
09	*Melissa officinalis*	Melissa	Carminativo, anti-espasmódico
10	*Mikania glomerata*	Guaco	Expectorante, broncodilatador
11	*Passiflora edulis*	Passiflora	Sedativa, tranqüilizante
12	*Phyllanthus niruri*	Quebra-pedra	Litíase renal
13	*Plantago major*	Tanchagem	Cicatrizante, depurativa

No cultivo das espécies medicinais, estão envolvidos os usuários, que aproveitam as áreas remanescentes das UBS, onde formaram canteiros de plantas. Nesses locais, essas pessoas recebem orientações quanto ao cultivo, coleta, preparo de medicamentos caseiros e indicações.

O programa possui um núcleo de assistência farmacêutica coordenado por uma profissional farmacêutica que elaborou, em conjunto com outros profissionais, informativos para os profissionais prescritores e também para os usuários. Os materiais elaborados integram parte dos cursos de capacitação e educação continuada para todos os profissionais envolvidos no programa.

Apesar de não produzir fitoterápicos no programa, as unidades de saúde do município contam com uma relação de medicamentos padronizados (Tabela 19), que

são dispensados aos pacientes sob prescrição. Porém não existe acompanhamento do paciente em uso dos medicamentos fitoterápicos.

Tabela 19– Fitoterápicos padronizados no programa de Vitória/ES

	Fitoterápicos	**Indicações**
01	Tintura de mil-folhas a 20% - 30mL	Digestivo
02	Tintura de mentrasto a 20% - 30mL	Dores reumáticas
03	Tintura de carqueja a 20% - 30mL	Gastrite, ulceras
04	Tintura de calendula a 20% - 30mL	Cicatrizante, antiinflamatória
05	Tintura de erva baleeira a 20% - 30mL	Anti-uricosúrico
06	Tintura de camomila a 20% - 30mL	Antifisético
07	Tintura de mulungo a 20% - 30%	Ansiolítica
08	Cápsulas de espinheira santa 300mg	Ulcera gástrica e duodenal
09	Tintura de melissa a 20% - 30mL	Carminativo
10	Tintura de guaco a 20% - 30mL	Tosse com broncoespasmos
11	Tintura de passiflora a 20% - 30mL	Ansiolítica
12	Tintura de quebra-pedra a 20% - 30mL	Cálculos renais
13	Tintura de tanchagem a 20% - 30mL	Cicatrizante

Figura 120- Plantio de espécies vegetais no parque da cidade do programa de Vitória/ES

Figura 121- Mandala de plantas medicinais em UBS de Vitória/ ES

5.9- O Programa Fitoviva do município de Cuiabá - MT

O programa Fitoviva, criado em 2004 na Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá, por meio do Decreto Lei estadual n° 4.188/04 e estruturado com a lei municipal n° 5.053/07, tem como objetivo, organizar e implementar, em nível municipal, programas relacionados às práticas envolvendo plantas medicinais e fitoterápicos, tendo como estratégia principal a Saúde da Família e da Comunidade, na ótica do SUS. O programa desenvolve projetos voltados à sensibilização, formação, implantação de Farmácias Fitovivas e jardins medicinais, interagindo com Universidades, Centros de Pesquisa e Empresas privadas.

Localizado no horto de plantas do município, realiza, através de oficinas e cursos, a formação de multiplicadores, demonstrando a importância da identificação e formas de preparo corretos de cultivo e usos, contribuindo com propósitos terapêuticos. Além dos muitos canteiros do horto, também existem canteiros nas Unidades Básicas de Saúde, contendo espécies medicinais padronizadas no programa (Tabela 20), para subsidiar a multiplicação de mudas e promover a educação permanente da comunidade e dos profissionais de saúde. Esses canteiros também servem como fonte de coleta para a população que recebe orientação de uso após consulta médica.

Existe uma parceria com a Universidade Federal do Mato Grosso, onde são feitos os testes de identificação das espécies e depositadas em herbário da mesma instituição. Essa parceria tem gerado alguns projetos de pesquisa, onde se estabeleceram estudos fitoquímicos para garantir melhoria na qualidade das espécies padronizadas no programa.

Ainda existe um trabalho intensivo com algumas comunidades de bairros de Cuiabá, onde se desenvolvem treinamentos para plantio, indicações de usos e formas caseiras de preparo. Porém inexiste qualquer tipo de acompanhamento do paciente em uso de fitoterápico.

Tabela 20– Plantas medicinais cultivadas no programa Fitoviva de Cuiabá/MT

	Planta medicinal	**Nome popular**	**Indicações**
01	*Ageratum conyzoides*	Mentrasto	Antireumático, antiinflamatório
02	*Allium sativum*	Alho	Antimicrobiano, antihipertensivo
03	*Aloe Vera L.*	Babosa	Antimicrobiano, cicatrizante
04	*Alpinia speciosa*	Colônia	Antihipertensiva
05	*Baccharis trimera*	Carqueja	Antiulcera e antiinflamatória
06	*Bixa orellana*	Urucum	Estomaquica, antitussígeno
07	*Chenopodium ambrosioides*	Erva-de-santa-maria	Anti-helmintica
08	*Curcuma longa*	Açafrão	Antidispéptico, carminativo
09	*Cymbopogon citratus*	Capim-limão	Espasmolítica, sedativa
10	*Justicia pectoralis*	Anador, Chambá	Antinociceptiva, brocodilatador
11	*Lippia Alba*	Erva-cidreira	Sedativa, relaxante muscular
12	*Maytenus ilicifolia*	Espinheira-santa	Antiulcera
13	*Menhta ssp.*	Hortelã	Antiparasitária
14	*Mikania glomerata*	Guaco	Expectorante
15	*Ocimum gratissimum*	Alfavaca cravo	Antimicrobiano
16	*Passiflora edulis*	Maracujá	Sedativa, tranqüilizante
17	*Phyllanthus nirruri*	Quebra-pedra	Litíase renal
18	*Plantago major*	Tanchagem	Cicatrizante, depurativa, laxativa
19	*Plectranthus barbatus*	Boldo	Antidispeptico
20	*Vernonia condensata*	Caferana, Boldo-goiano	Hepatoprotetora, analsesica

Outras atividades desenvolvidas no programa Fitoviva são: a oficina de exsicata e carpoteca, que consiste no treinamento de profissionais e da comunidade, com técnicas específicas voltadas ao preparo de exsicatas que servirão para identificação botânica das espécies, bem como para a coleta e armazenamento de sementes em carpoteca, imprescindível para preservação das espécies. A oficina de beneficiamento de plantas medicinais, que consiste no treinamento dos profissionais e comunidade, em técnicas de armazenamento das drogas vegetais. Oficina do remédio caseiro, pesquisa que é realizada em parceria com universidades da rede pública e privada, oficina de produção de mudas e como fator importantíssimo é a formação dessa cultura para as

futuras gerações, o programa desenvolve uma atividade com crianças das comunidades, o qual denomina-se “Fitoniqui”, educando-as para essa atividade.

Figura 122- Orientação em cultivo de plantas medicinais no horto Fitoviva – Cuiabá/MT (Isanete, 2008)

Figura 123- Herbário da UFMT

Figura 124- Trabalho com a comunidade em UBS de Cuiabá/MT (Isanete, 2008)

4.10 – O Programa do CEPIC – Centro de Práticas Integrativas e Complementares do município de Pindamonhagaba - SP

O programa de fitoterapia do município de Pindamonhagaba foi criado em agosto de 2006 a partir da consolidação do Cepic (Centro de Práticas Integrativas e Complementares), a capacitação de profissionais da saúde em plantas medicinais, a criação de uma roda de estudos de espécies e a ampliação de hortas didáticas foram as principais causas da implantação do programa de distribuição de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos no SUS. Com a criação do Cepic, através do apoio do Pólo Regional do Vale do Paraíba, da Cati (Coordenadoria de Assistência Técnica Integral), vieram as parcerias das universidades Unitau e Unesp de Botucatu, que através das pesquisas de cultivo, controle de qualidade, bem como estudos toxicológicos com as espécies ampliou o uso dos medicamentos na rede de saúde do município.

O objetivo do programa é orientar a comunidade sobre as melhores formas de uso dos fitoterápicos e das plantas medicinais. Portanto o trabalho do grupo de profissionais envolvidos é o de identificar cada uma dessas espécies e de esclarecer a melhor forma de uso destes medicamentos populares.

Uma das principais linhas de ação está na capacitação de profissionais da saúde sobre o uso dos bioprodutos. Como o objetivo principal observou-se o resgate a cultura do uso das plantas medicinais nas comunidades, mas com precauções e orientações. Sendo assim, enfatizou-se a questão dos medicamentos fitoterápicos e das plantas medicinais, os quais devem ser utilizados dentro dos padrões exigidos pela Anvisa.

O programa de Pindamonhagaba não possui padronização de espécies medicinais para cultivo, onde procurou-se desenvolver uma forma de cultivo comunitário que abrange plantas medicinais predominantes na região. Porém devido a esse fator o programa não cultiva espécies para produção dos fitoterápicos.

A produção dos medicamentos fitoterápicos é realizada através de convênio com uma farmácia do município de Cruzeiro, cidade próximo do local onde é desenvolvido o

programa. Outros municípios da região também utilizam os fitoterápicos produzidos, como: Roseira, Lorena, Guaratinguetá, Silveiras, Piquete e o próprio município de Cruzeiro. Apesar da manipulação dos produtos serem realizada em farmácia da rede privada, a precariedade do controle de qualidade é notável e de acordo com a legislação vigente, não é permitido a manipulação desses produtos em escala industrial.

Uma proposta de desenvolvimento de catálogo com as espécies usadas na região, envolvendo a indicação terapêutica, está sendo elaborado pelo grupo. Entre as principais espécies estudadas estão a espinheira santa, ervas cidreiras, mil em ramas, pata de vaca e a folha do maracujá, segundo dados fornecidos pela gerente do programa.

Outra atividade desenvolvida no programa é a oficinas de remédios caseiros, onde são repassadas a comunidade informações sobre o uso das espécies, que os profissionais procuram identificar suas origens, ações e dosagens corretas.

O programa está fundamentado pela portaria geral, do município, n°3.059 de 27 de abril de 2007, atende 20 unidades do PSF, uma UBS e no Cepic. Ao todo, o programa fornece anualmente 20 mil frascos de 100 mL de xarope de guaco destinados ao uso pediátrico, 2.000 tubos de creme de babosa e outros 2.000 tubos de creme de calendula para uso ambulatorial.

Foi criado o dia municipal da planta medicinal, 22 de agosto, o qual é comemorado com a população através de workshop em vários pontos da cidade onde os profissionais distribuem mudas de plantas medicinais com orientações sobre o cultivo, preparo de medicamentos caseiros, dosagem entre outras. Porém, inexiste qualquer forma de acompanhamento do paciente em uso com plantas medicinais.

4.11- Visita técnica na aldeia indígena dos Wajãmpi – Pedra Branca do Amassari – AP.

Uma das visitas bastante interessante foi realizada a reserva indígena dos Wajãmpi, localizada na região delimitada pelos rios Oiapoque, Jarí e Araguari, no Amapá. O resultado dessa experiência foi um tanto inusitada, pois numa população de aproximadamente 980 indivíduos, distribuídos em 47 aldeias, onde a língua falada é o tupi-guarani. Porém uma pequena parcela de jovens e adultos falam o português, já os mais velhos, mulheres e crianças, somente a língua mãe. As atividades agrícolas desenvolvidas nas aldeias, como forma de agricultura de subsistência, se destaca o cultivo da mandioca brava, cujos sub-produtos, farinha, beiju, tapioca, tucupi e caxiri, constituem a base da alimentação.

Na questão do uso das plantas medicinais pelos índios, verificou-se que seu uso está sendo deixado pelo comodismo em solicitar para a Funasa e Funai suas necessidades, porém existem medicamentos preparados pelos Pajés, onde não foi possível obter informações a respeito, pois segundo as crenças, os poderes são dons adquiridos dos antepassados que não podem ser repassados sem autorização dos espíritos. Porém alguns índios, jovens que falava um pouco o português, acabaram passando algumas informações a respeito, como: taperebá (cajá) que topicamente é usado como cicatrizante e em infusão para diarréia e outras com nomenclaturas em tupi-guarani não sendo possível identificação. Outras espécies usadas estão descritas no memento terapêutico do IEPA.

Os costumes estão mudando muito, devido ao contato com a civilização. Há cerca de 30 anos, o índio vem adquirindo hábitos diferentes dos seus antepassados e ainda que, em toda reserva, existem somente dois Pajés, sendo que um deles apresentava-se com malária, recebendo os cuidados da Funasa. Porém, a vida deles nas aldeias se resume numa forma de escambo, onde acabam conseguindo medicamentos, principalmente de ONGs Norte Americanas, que exploram a flora medicinal na reserva.

Com isso observou-se que essas ONGs realizam coletas de espécies vegetais, através de alguns jovens das aldeias, onde são conhecidos como pesquisadores.

Esses índios, após coletarem ramos, capítulos floridos, entre outros matérias vegetais, preparam uma forma de prensa para secagem e conservação da amostra e depois as enviam para laboratórios dos Estados Unidos da América para pesquisa.

Figura 125- Pajé da tribo dos Wajãmpi – Amapá

Figura 126- Cacique de uma das aldeias mostrando o uso do taperebá como cicatrizante

Figura 127- Cacique de outra aldeia dos Wajãmpi mostrando como são realizadas as coletas de plantas medicinais

VI – Conclusões

Os resultados apresentados, configuraram-se um absoluto exercício de entendimento dos diversos componentes ligados às políticas públicas que permeiam os serviços de distribuição de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos no SUS.

A metodologia proposta nesse trabalho, baseou-se no diagnóstico e discussões das informações dos programas de fitoterapia, as quais podem contribuir para construção da proposta de modelo, em programas de distribuição de plantas medicinais e fitoterápicos na rede pública de saúde, em atendimento as recomendações da OMS.

Os programas implantados no Brasil não integram modelos consolidados na legislação vigente. Esse fato, deve-se a cultura implementada pelos Jesuítas, na época da colonização, que estabeleceram a criação das boticas, com base na dificuldade de se conseguir recursos da coroa portuguesa, o que levou-os a desenvolver fórmulas milagrosas, através dos conhecimentos dos costumes nativos. Isso deixou de existir com o advento da indústria e volta a ganhar força no final da década de 90, onde se chamou de contra cultura.

Grande parte dos programas existentes no país, iniciaram suas atividades embasados em conhecimentos populares, repassados pelas gerações passadas e que perduram na atualidade. Ainda observa-se que, apesar do movimento popular, existe um grande incentivo por parte do poder público de alguns municípios para implantação dos mesmos. É inegável a observação de que a fitoterapia não é confiável do ponto de vista dos prescritores, que não reconheceu-a como medicina complementar.

Na questão dos conhecimentos profissionais, fica evidente a falta de qualificação dos profissionais que atuam na área. Na farmácia é atribuído ao fato que até o ano de 2002 a formação desse profissional era basicamente tecnicista e atualmente, substituído por modelo humanista. Essa recomendação foi atribuída a movimentos políticos entre os Ministério da Saúde e Ministério da Educação, que

determinou a nova formação dos profissionais da saúde para atendimento as necessidades do SUS.

Quanto ao sistema de implantação, que apesar da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, aprovada em 2006, grande parte dos programas não estão regulamentados em leis ou decretos estaduais ou portarias municipais que possam garantir continuidade dos serviços nos programas. Porém diversas iniciativas de grupos isolados, tem buscado, de forma integralizada, a regulamentação do setor. Mesmo assim, as comunidades e sociedades profissionais, tem avançados nas políticas públicas, através de fóruns, seminários e congressos, o que garante a prática nos municípios que implantaram os programas.

Os resultados das visitas técnicas e dos questionários, mostram um desequilíbrio no setor da fitoterapia, pois inexistem regulamentações no sentido de orientar os municípios para o desenvolvimento sustentável dos programas. A inserção da fitoterapia, como prática complementar na rede pública do país, esbarra na falta de estratégias para provimento de recursos para garantir a efetivação dessa prática.

Por outro lado, a falta de políticas públicas nos municípios, acompanhada pela descentralização do SUS, tem levado muitos municípios a implantarem o programa sem a premissa da qualidade, o que acaba gerando descrédito dos profissionais envolvidos, bem como da população local. Essa prática tem sido baseada no início da colonização do Brasil, porém nessa época, pouco ou quase nada se sabia sobre qualidade de produtos para uso humano.

O cultivo das plantas medicinais nos programas, tem gerado incertezas e incógnitas, pois devido a extensão territorial do país, com diferentes biomas e condições climáticas, seria impossível haver uma padronização das espécies. Fica evidente que a relação de plantas medicinais publicadas pelo Ministério da Saúde, não poderia ter essa característica, porém essa lista tem sofrido críticas, uma vez que não contempla a biodiversidade regional.

Outro fato observado na questão do cultivo, seria a criação dos hortos de plantas medicinais, onde se observa que alguns programas adotaram espécies aclimatadas na região e não possuem espaços em condições adequadas para abrigá-las, onde poderia garantir a qualidade das mesmas. Porém é notório a

observação sobre a identificação das espécies e garantia de origem, o que em vários programas são atribuídos as parcerias com universidades ou entidades que desenvolvem estudos com plantas medicinais.

Na produção dos fitoterápicos, nas oficinas farmacêuticas, onde pode-se observar que 91,7% dos programas em atividades no país, produz fitoterápicos, porém isso acontece de forma oposta da legislação que regulamenta a manipulação magistral. Desse fato conclui-se a evidência da somatória de fatores que corrobora para essa situação, onde se destaca a falta de recursos financeiros e a dificuldade de mão-de-obra qualificada.

Dentre as formas farmacêuticas produzidas nos programas, observa-se uma relação entre os fatores apontados no parágrafo anterior e a necessidade local, fazendo com que inexista uma padronização dos fitoterápicos. Ressalta-se ainda a questão das plantas medicinais inseridas no SUS, pelo Ministério da Saúde, em que de certa forma, nem todos são industrializados, com isso não garante acesso ao medicamento. Porém quando se avalia racionalmente a situação, na qual a padronização para produção dos fitoterápicos deveria garantir o acesso da população, é evidente a deficiência no setor.

Os testes que estabelecem segurança e eficácia dos produtos, não são realizados na maioria dos programas. Essa discussão tem sido bastante exaustiva na Anvisa, a qual tem buscado uma forma para implementação de resolução que possa atender a regulamentação para o setor.

É evidente que a legislação atual, regulamentando a produção e controle dos fitoterápicos, não deve ser diferente para o setor público, no qual são contemplados vários programas. O que deve ser discutido é uma forma de financiamento para que os programas possam equipar-se e atenderem as regulamentações da legislação vigente. Isso talvez garanta a implantação de serviços com qualidade e maior credibilidade, o que sem dúvida levaria a uma maior adesão, tanto dos profissionais envolvidos como da população.

O fato da existência de uma política pública para a distribuição de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos no SUS, não permite a regulamentação do setor, porém, um projeto de lei seria o caminho para atender de forma garantida a situação dos programas. Esse fato é observado no Estado do Ceará, onde após a

publicação da Lei nº 12.951 em 07/10/1999, os programas tem buscado adequar-se de acordo com a legislação vigente.

Enfim os resultados desse trabalho mostram que os programas de fitoterapia, tem sido motivo de discussões em muitos eventos pelo país e que na proporção de municípios que abandonaram os serviços com a extinção da CEME, é notório o número de municípios que tem implantado os programas após a PNPIC e PNPMF. Com isso, conclui-se que a fitoterapia está em evidencia e tem-se tornado um recurso favorável para garantir o acesso da população na atenção básica à saúde.

Como perspectivas de novos trabalhos, inúmeros assuntos podem ser incluídos como necessários daqui para adiante. Entre eles, e sem a intenção de estabelecer qualquer nova verdade irrefutável, acredita-se que seja possível ampliar os estudos quanto às características de divulgação dos programas de distribuição de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos no SUS, buscando discutir o nível de informações prestadas aos usuários da fitoterapia dos serviços de saúde, interagindo com o tema informação, recomendado pela OMS.

VII - Referencias

ALMEIDA, A.V.; CÂMARA,C. A. G.; MARQUES, E. A. T. **Plantas medicinais brasileiras usadas pelo Dr. João Ferreyra da Rosa na "Constituição Pestilencial de Pernambuco" no final do século XVII**, Biotemas, 21 (4): 39-48, dezembro de 2008,

ALONSO, R.J., **Tratado de fitofármacos y nutraceuticos**. Buenos Aires: Corpus, 2004. 1360 p.

ALONSO, R.J., **Tratado de fitofármacos y nutraceuticos**. Buenos Aires: Isis, 1998. 1039 p.

ALZUGARAY, D; **Enciclopédia da plantas medicinais**, Editora três Ltda São Paulo, 1988.

ANTONIL, A. J. **Cultura e opulência do Brasil por suas drogas e minas**, São Paulo:Edusp, 2007 [1717] (livro I).

ARRAIS, PAULO SÉRGIO D. *et al.* Perfil da automedicação no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, n.31, p.71-77, Jan.1997.

BRANDÃO, MARIA G L. **Plantas úteis de Minas Gerais – na obra dos naturalistas**. Belo Horizonte: Código Editora, 2010. 120p.

BRASIL, 12ª. Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sérgio Arouca: 12/2003: relatório final / Ministério da Saúde, **Conselho Nacional de Saúde**. – Brasília, 2004. Série D. Reuniões e Conferências.

BRASIL, 1ª. Conferência Estadual de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, 06/2003: relatório final / Governo do Estado de Santa Catarina, Secretaria de Estado da Saúde, **Diretoria de Assistência Farmacêutica** – Florianópolis, 2003.

BRASIL, 1ª. Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, 09/2003, relatório final: efetivando o acesso, a qualidade e a humanização na assistência farmacêutica, com controle social / **Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde** – Brasília, 2005.

BRASIL, Congresso Nacional. 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. **Diário Oficial da União**; Poder Legislativo, Brasília, 19 dez. 1973.

BRASIL, Congresso Nacional. Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976. Dispõe sobre a vigilância sanitária a que ficam sujeitos os medicamentos, as drogas, os insumos farmacêuticos e correlatos, cosméticos, saneantes e outros produtos, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**; Poder Legislativo, Brasília, 24 set. 1976.

BRASIL, Congresso Nacional. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**; Poder Legislativo, Brasília, 20 set 1990.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. ***Diário Oficial da República Federativa do Brasil***, Brasília, DF, 20 de maio 2004ª. Seção 1, p.52.

BRASIL, Decreto nº 2.283, de 24 de julho de 1997. Dispõe sobre a extinção do Instituto de Alimentação e Nutrição (INAN) e a desativação da Central de Medicamentos (CEME). **Diário Oficial da União***,* Brasília, jul. 1997. Seção 1.

BRASIL, Decreto nº 68.806, de 25 de junho de 1971. Cria a Central de Medicamentos. **Diário Oficial da União***,* Brasília, jun. 1971. Seção 1.

BRASIL, Decreto nº 85.878, de 07 de abril de 1981. Estabelece Normas para Execução da Lei nº 3.820 de 11 de novembro de 1960, sobre o exercício da profissão de farmacêutico, e dá outras providências. **Diário Oficial da União***,* Brasília, abr. 1981.

BRASIL, Medida Provisória nº 1.576, de 5 de julho de 1997. Desativa a CEME e extingue a Superintendência Nacional de Abastecimento (SUNAB) e o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN). **Diário Oficial da União**, Brasília, jul. 1997. Seção 1.

BRASIL, Ministério da Previdência e Assistência Social. Central de Medicamentos. Portaria nº 93, de 7 de dezembro de 1982. Estabelece a Constituição e Competências da Comissão de Seleção de Plantas Medicinais. **Diário Oficial da União***,* Brasília, dez. 1982. Seção 1.

BRASIL, Ministério da Saúde. Agencia Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução (RE) nº 89, de 16 de março de 2004. Determina a publicação da Lista de Registro Simplificado de Fitoterápicos junto ao Sistema de Vigilância Sanitária. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasilia, DF, 18 mar. 2004. Seção 1.

BRASIL, Ministério da Saúde. Agencia Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 48, de 16 de março de 2004. Dispõe sobre o Registro de Medicamentos Fitoterápicos. **Diário Oficial de União**, Brasilia, mar. 2004. Seção 1.

BRASIL, Ministério da Saúde. Agencia Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 14, de 05 de março de 2010. Dispõe sobre o Registro de Medicamentos Fitoterápicos. **Diário Oficial de União**, Brasilia, mar. 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Agencia Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 10, de 09 de março de 2010. Dispõe sobre a Notificação de Drogas Vegetais Junto a Agencia Nacional de Vigilância Sanitária. **Diário Oficial de União**, Brasilia, mar. 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Agencia Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 67, de 08 de outubro de 2007. Dispõe sobre as Boas Práticas de Manipulação de Preparações Magistrais e Oficinais para uso Humano em Farmácias. **Diário Oficial de União**, Brasilia, out. 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 214, de 12 de dezembro de 2006. Dispõe sobre Boas Práticas de Manipulação de Medicamentos para Uso Humano em farmácias. **Diário Oficial da União**; Poder Executivo, Brasília, 14 dez. 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 212, de 11 de setembro de 1981. Define o estudo das plantas medicinais como uma das prioridades de investigação em saúde. **Diário Oficial da União***,* Brasília, set. 1981. Seção 1.

BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução CIPLAN nº 08, de 08 de março de 1998. Implanta a Prática da Fitoterapia nos Serviços de Saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, mar. 1998.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. Portaria nº 665, de 25 de agosto de 1998. Institui a Subcomissão Nacional de Assessoramento em Fitoterapia (CONAFIT) da CONATEM, vinculada a SVS. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 26 de ago. 1998.

BRASIL, Presidência da República. Decreto nº 3.961 de 31 de maio de 2001.Altera o Decreto no 79.094, de 5 de janeiro de 1977, que regulamenta a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, 11 out. 2001.

BRASIL, Resolução nº 477 de 28 de maio de 2008. Dispõe sobre as atribuições do farmacêutico no âmbito das plantas medicinais e fitoterápicos e dá outras providências. **Conselho Federal de Farmácia**, Brasilia, 28 maio 2008.

BRASIL, Resolução RDC nº 210, de 04 de agosto de 2003. 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 ao Anexo I da presente Resolução. **Diário Oficial da União**; Poder Executivo, Brasília, 14 ago. 2003.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria n. 6, de 31 de janeiro de 1995. Institui e normatiza o registro de produtos fitoterápicos junto ao Sistema de Vigilância Sanitária, **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, de 01 de fevereiro de 1995.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC n. 17, de 24 de fevereiro de 2000. Dispõe sobre o registro de medicamentos fitoterápicos. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF. Fev. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS – PNPIC-SUS/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: **Ministério da Saúde**, 2006. 92 p. – “serie B. texto básico de saúde”.

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/ ministério da saúde, secretaria de ciência, tecnologia e insumos estratégicos, departamento de assistência farmacêutica. – Brasília: **Ministério da Saúde**, 2006. 148p. – "serie B. textos básicos de saúde".

CAMARGO, M. T. L. A. **As plantas na medicina popular e nos rituais afro-brasileiros. Investigações Folclóricas**, vol. 13, Buenos Aires, Argentina, 1998.

CAMARGO, M.T. L. A. **Medicina popular. Aspectos metodológicos para pesquisa**. São Paulo, ALMED, 1985.

CEARÁ, Ata de Reunião da Câmara Técnica de Plantas Medicinais e Fitoterápicos do Conselho Regional de Farmácia do Ceará - Conceitos propostos por F. J. A. Matos, adaptados do Projeto Farmácias Vivas. Fortaleza 05 e 06/02/2007.

CIPOLLE, ROBERT J., PETER, C., **O cuidado do exercício farmacêutico**, Trad. Zubiolli, Arnaldo, CFF, Brasília, 2006.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasilia. *Relatório ...Brasilia:* **Ministétrio da Saúde**, 1986.

CORRÊA, M. P.. **Dicionário das plantas úteis do Brasil e das exóticas cultivadas** (6 v.). Rio de Janeiro: IBDF, 1984.

DRUMOND, Yara Alvarenga; RODRIGUES, Samuel Flauber Mendes. Perfil da automedicação em farmácias privadas de Belo Horizonte. Iniciação Científica Newton Paiva 2002-2003/ Belo Horizonte: **Newton Paiva**, 2004.

FAUSTO, B. **História Concisa do Brasil**, S.P: Edusp, 2006.

FERNANDES, Z. C.; et.al., **Os desafios da Educação Farmacêutica no Brasil**. Conselho Federal de Farmácia, 2008. 132 p.

FIGUEIREDO, B. G; et al. **Farmácia: Ofício & história**, Belo Horizonte: Conselho Regional de Farmácia do Estado de Minas Gerais, 152 p (44), Gráfica e Editora Ideal LTDA., 2005.

FERREIRA, S.H. (Org.), **Medicamentos a partir de plantas medicinais no Brasil**. Rio de Janeiro: Academia Brasileira de Ciências, 1998, 131 p.
FIGUEIRA, D. G. **História**: volume único, S.P: Ática, 2005.

FRANÇA, C. "Os portugueses no século XVI e a história natural do Brasil " In:Rev. Hist.15(57/60):35-166, 1926.

GAMA. S. J. (1875). Biografia e apreciação dos trabalhos do botânico brasileiro FranciscoFreire Allemão. **Revista do Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro**, (38) 51-126.

HARDMAN, Joel G *et al*. Goodman & Gilman. **As Bases Farmacológicas Da Terapêutica**. 9ª ed. Rio de Janeiro: Mc GrawHill, 1996, 1436 p.

IFRJ – Instituto Virtual de Fármacos do Estado do Rio de Janeiro, **Biografias - Rodolpho Albino Dias da Silva**; disponível em: www.cd.ufrj.br/~ivfrj/biografias/rodolpho.html – acessado em: 17/05/2010. ISSN, 0103 – 1643.

INTERNATIONAL CONFERENCE ON PRIMARY HEALTH CARE, Alma Ata,1978, URSS. *Report of the International Conference on Primary Health Care jointly sponsored by the Word Health Organization end the United Nations Organization and United Nations Children's Fund (Geneve):* **WHO**, 1978. p. 61.

KURY. L. "Viajantes – naturalistas no Brasil oitocentista: experiência, relato e imagem" história , **ciência e saúde- Manguinhos**, vol.VIII (suplemento), 868-80, 2001.

LEÃO, Cleofano. Projeto de fitoterapia aplicada á saúde publica São Paulo, 2005, 49p. **Monografia** (Especialização em Engenharia Farmacêutica) Instituto Racine.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J**. Pesquisa em Enfermagem: Métodos, Avaliação Crítica e Utilização**. Editora Guanabara Koogan, 4 Edição, Rio de Janeiro, 2001.

LORENZI, H.; MATOS, F.J.A. **Plantas medicinais no Brasil: nativas e exóticas**. Nova Odessa-SP: Instituto Plantarum, 2002. 544 p.

LUIZA, V. L. Acceso a medicamentos: conceptos, polémica y indicadores. In: Tercer **Seminário Internacional** "Acceso a medicamentos: Derecho Fundamental - Papel Del Estado", 2002.

MAGALHÃES, P. J. C. M. Discurso de Homenagem ao Professor Francisco José de Abreu Matos. Departamento de Fisiologia e Farmacologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará**, dezembro de 2008.**

MARTINS, Ernane Ronie *et al*. **Plantas Medicinais**.Viçosa: UFV, 2000, 200 p.

MARTIUS, C. F.V. **Como se deve escrever a História do Brasil**, publicado com o Estado de Direito entre os autóctones do Brasil. Belo Horizonte/São Paulo, Itatiaia/EDUSP, 1982 [1843]

MATOS, FJ Matos. **Farmácias vivas: sistemas de utilização de plantas medicinais projetado para pequenas comunidades**. 3 ed. Fortaleza: EUFC, 1998, 220 p.

MATOS, F. J. A, **Plantas medicinais - guia de seleção e emprego de plantas medicinais usadas em fitoterapia no nordeste do Brasil**, 2.ed, Ed.UFC, Fortaleza, 2007.

MIGUEL D, Marilis ; MIGUEL G, Obdulio. **Desenvolvimento de Fitoterápicos**. São Paulo: Robe Editorial, 1999, 115 p

NASCIMENTO, Yone de Almeida. Avaliação de resultados de um serviço de atenção farmacêutica em Belo Horizonte. Belo Horizonte: 2004, 130p. **Dissertação** (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) Universidade Federal de Minas Gerais.

NAVARRO MOLL, M Concepcion. **Uso racional de las plantas medicinales**. Pharmaceutical Care España, Espanha, n.2, p.9-19, 2000.

OLIVEIRA, E. R. O. **O que é medicina popular**. São Paulo: Abril Cultural/Brasiliense. Coleção Primeiro Passos, nº 31, 1985.

OMS Organización Mundial de La Salud. *Situación regulamentaria de los medicamentos: uma reseña mundial.* Traducción del inglés: Organización Panamericana de la Salud. Washington: **OPAS**, 2000. 62p.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE / ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, O papel do farmacêutico no sistema de atenção de saúde, **CFF.** Brasília, 2004.

PARIS, R. R., MOYSE, **Matiére Médicale**, 2º Ed. Masson, Vol. I, Paris 1976, 419p.

PINTO, A. C. Walter Baptist Mors. Print version ISSN 0100-4042 **Quím. Nova**, vol.31, no.8 ,São Paulo, 2008.

POLIT, D.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5 ed. Editora Artmed. Porto Alegre. 2004.

ROUQUAYROL, MARIA ZÉLIA; ALMEIDA FILHO, NAOMAR. **Epidemiologia e saúde.** 6 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003, 728 p

SÁ, M. R.: O botânico e o mecenas: João Barbosa Rodrigues e a ciência no Brasil na segunda metade do século XIX'. História, Ciências, Saúde - **Manguinhos**, vol. VIII (suplemento), 899-924, 2001.

SACRAMENTO, H. T., 2000. Fitoterapia nos Serviços Públicos do Brasil. Coordenação Nacional de Plantas Medicinais em Serviços Públicos – Brasil. **Secretaria Municipal de Saúde de Vitória** – ES.

SAINT-HILAIRE, A. **Plantas usuais dos Brasileiros**. organizado por Brandão, M. G. L.; Pignal. M. tradução de Mourão, C.P.B. e Santiago, C.F., Livraria Grimbert. Sucesor de Maradan. Rua de Savoie Nº 14.

SANTOS FILHO, Llycurgo. **História da medicina no Brasil** (Do século XVI ao século XIX) 2vs., São Paulo, Ed. Brasiliense, 1947.

SANTOS, N. P., PINTO, A. C., ALENCASTRO, R. B. Theodoro Peckolt: naturalista e farmacêutico do Brasil Imperial. **Quím. Nova**, Out 1998, vol.21, no.5, p.666-670. ISSN 0100-4042.

SCHULZ, Volker; HANSEL, Rudolf; TYLER, Varro E. **Fitoterapia Racional: um guia de fitoterapia para as ciências da saúde**. São Paulo: Manole, 2002.386p.

SILVEIRA, E. R. In memoriam- Francisco José de Abreu Matos. **Revista Brasileira de Farmacognosia**. Vol. 18 suppl. João Pessoa, dec. 2008.

SIMÕES, CLÁUDIA MARIA OLIVEIRA *et a*l. **Farmacognosia da planta ao medicamento**. Porto Alegre/Florianópolis: UFRGS, 1999, 821 p.

TEIXEIRA, J. ACYR. Âmbito Farmacêutico. A história da farmácia. Artigo especial da revista âmbito farmacêutico, **Revista Âmbito Farmacêutico**. São Paulo, ano III, n.1, 1987. 28 p.

TEIXEIRA, J. Acyr. Âmbito Farmacêutico. A história da farmácia. Artigo especial da revista âmbito farmacêutico, **Revista Âmbito Farmacêutico.** São Paulo, ano IV, n.1, 1988. 30 p.

VASCONCELOS, S. A vida do venerável padre José de Anchieta. 2 vs, Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1943. Vergara, M. R. (2003). A Revista Brasileira: vulgarização científica e construção da identidade nacional na passagem da Monarquiapara a república. Rio de Janeiro: **tese de doutorado**, Departamento de História/PUC –Rio de Janeiro.

VERGARA, M. R. A **Revista Brasileira**: vulgarização científica e construção da identidade nacional na passagem da Monarquiapara a república. Rio de Janeiro: tese de doutorado, Departamento de História/PUC –Rio de JaneirO, 2003.

YUNES, ROSENDO A; CALIXTO, JOÃO B. Plantas medicinais sob a ótica da moderna Pública, São Paulo, n.31, p.71-77, Jan.1997. **química medicinal**. Chapecó: Argos, 2001. 523p.

WILSON, E. O. **Biodiversity**. Washigton: National Academy Press, 1

VIII- Glossário.

1- Acesso - Relação entre a necessidade de medicamentos e a oferta dos mesmos, na qual essa necessidade é satisfeita no momento e no lugar requerido pelo paciente com a garantia de qualidade e a informação suficiente para o uso adequado (LUIZA, 2002).

2- Aquisição - Consiste num conjunto de procedimentos pelos quais se efetiva o processo de compra dos medicamentos estabelecidos pela programação, com o objetivo de suprir as unidades de saúde em quantidade, qualidade e menor custo/efetividade, visando manter a regularidade e funcionamento do sistema (BRASIL, 2008).

3- Armazenamento/Estocagem - Procedimento que possibilita o estoque ordenado e racional de várias categorias de materiais e produtos, garantindo a sua adequada conservação (BRASIL, 2008).

4- Assistência farmacêutica - Grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos (Portaria nº 3916/98).

5- Atenção farmacêutica - É um conceito de prática profissional no qual o paciente é o principal beneficiário das ações do farmacêutico. A atenção é o compêndio das atitudes, dos comportamentos, dos compromissos, das inquietudes, dos valores éticos, das funções, dos conhecimentos, das responsabilidades e das habilidades do farmacêutico na prestação da farmacoterapia, com objetivo de alcançar resultados terapêuticos definidos na saúde e na qualidade de vida do paciente (BRASIL, 2008).

6- Biodiversidade - Inclui todos os produtos da evolução orgânica, ou seja, toda a vida biológica no planeta, em seus diferentes níveis - de genes até espécies e ecossistemas completos -, bem como sua capacidade de reprodução. Corresponde à "variabilidade viva", ao próprio grau de complexidade da vida, abrangendo a diversidade entre e no âmbito das espécies e de seus "habitats" (WILSON,1998).

7- Biopirataria - De modo geral, significa a apropriação de recursos biogenéticos e/ou conhecimentos de comunidades tradicionais, por indivíduos ou por instituições que procuram o controle exclusivo ou monopólio sobre estes recursos e conhecimentos, sem autorização estatal ou das comunidades detentoras destes conhecimentos e sem a repartição justa e eqüitativa de benefícios oriundos destes acessos e apropriações (BRASIL, 2008).

8- Boas Práticas de Produção/Fabricação (BPF) - Componente da Garantia da Qualidade que assegura que os produtos submetidos ao regime da vigilância sanitária sejam consistentemente produzidos e controlados com padrões de qualidade apropriados para o uso pretendido (adaptado do Glossário de Vigilância Sanitária).

9- Boas Práticas de Manipulação em Farmácias (BPMF) - Conjunto de medidas que visam assegurar que os produtos manipulados sejam consistentemente manipulados e controlados, com padrões de qualidade apropriados para o uso pretendido e requerido na prescrição (RDC Anvisa nº214/06).

10- Conhecimento tradicional - Todo conhecimento, inovação ou prática de comunidade tradicional, relacionado aos componentes da diversidade biológica (BRASIL, 2006).

11- Conhecimento tradicional associado - Informação ou prática individual ou coletiva de comunidade indígena ou de comunidade local, com valor real ou potencial, associada ao patrimônio genético (BRASIL, 2006).

12- Controle farmacognóstico - é o conjunto de técnicas aplicadas para avaliação da identidade, pureza e integridade de plantas medicinais e drogas vegetais, conforme as características descritas em sua monografia, mediante exame morfológico (macro e microscópico), organoléptico, químico e físicoquímico (CEARÁ, 2007).

13- Controle de qualidade - Conjunto de medidas destinadas a garantir, a qualquer momento, a produção de lotes de medicamentos e demais produtos abrangidos por este Regulamento, objetivando verificar se satisfazem às normas de atividade, pureza, eficácia e segurança (Decreto nº 3961/01).

14- Derivado de droga vegetal - Produtos de extração da matéria prima vegetal: extrato, tintura, óleo, cera, exsudato, suco, e outros (BRASIL, 2004).

15- Descontaminação macrobiológica – ação de suprimir o contágio por grandes organismos; eliminar da droga vegetal seca as partes do próprio vegetal sem uso terapêutico ou que não constem de sua monografia farmacopeica ou científica e de organismos vivos ou mortos e/ou suas partes visíveis a olho nu, ou partes de outras plantas, em processos de beneficiamento.

16- Dispensação - É o ato do profissional farmacêutico de proporcionar um ou mais medicamentos a um paciente, geralmente como resposta à apresentação de uma receita elaborada por um profissional autorizado. Nesse ato, o farmacêutico informa e orienta o paciente sobre o uso adequado do medicamento. São elementos importantes da orientação, entre outros: a ênfase no cumprimento da dosagem, a influência dos alimentos, a interação com outros medicamentos, o reconhecimento de reações adversas potenciais e as condições de conservação dos produtos (Portaria nº 3916/98).

17- Distribuição - Atividade que consiste no suprimento às unidades de saúde, em quantidade, qualidade e tempo oportuno, para posterior dispensação à população usuária (BRASIL, 2001).

18- Droga - Substância ou matéria-prima que tenha a finalidade medicamentosa ou sanitária (Lei nº 5991/73).

19- Droga vegetal - Planta medicinal ou suas partes, após processos de coleta, estabilização e secagem, podendo ser íntegra, rasurada, triturada ou pulverizada (BRASIL, 2004).

20- Eficácia - Capacidade ou potencial de uma determinada ciência ou tecnologia produzir um impacto ou grau de melhoria numa situação ideal ou sob condições mais favoráveis (BRASIL, 2008).

21- Estabilidade - É a capacidade de um produto manter inalterável suas propriedades e seu desempenho durante um tempo definido, de acordo com as condições previamente estabelecidas, relacionadas à sua identidade, concentração ou potência, qualidade, pureza e aparência física (BRASIL, 2008).

22- Fabricação - Todas as operações que incluem a aquisição de materiais, produção, controle de qualidade, liberação, estocagem, expedição de produtos acabados e os controles relacionados (RDC Anvisa nº 210/03).

23- Farmacognosia - Disciplina que se ocupa do conhecimento das matérias-primas vegetais de importância terapêutica (SIMÕES, 1999).

24- Farmácias magistrais - Farmácias autorizadas a manipular medicamento, inclusive o que contém psicotrópicos ou entorpecentes, cuja atividade requer autorização especial de funcionamento expedido pelo órgão competente do Ministério da Saúde (Portaria nº 3916/98).

25- Fármaco - Substância química que é o princípio ativo do medicamento (Portaria nº 3916/98).

26- Fitoterapia - Terapêutica caracterizada pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal (BRASIL, 2008).

27- Fitoterápico - 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. Sua eficácia e segurança é validada através de levantamentos etnofarmacológicos de utilização, documentações técnico-científicas em publicações ou ensaios clínicos fase 3. Não se considera medicamento fitoterápico aquele que, na sua composição, inclua substâncias ativas isoladas, de qualquer origem, nem as associações destas com extratos vegetais (RDC Anvisa nº 48/04).

28- Garantia da qualidade - É a totalidade das providências tomadas com o objetivo de garantir que os insumos farmacêuticos estejam dentro dos padrões de qualidade exigidos para que possam ser utilizados para os fins propostos, portanto, a garantia da qualidade incorpora as Boas Práticas de Distribuição e Fracionamento de Insumos Farmacêuticos (BPDF) (BRASIL, 2008).

29- Insumo farmacêutico - Qualquer produto químico ou material (por exemplo: embalagem) utilizado no processo de fabricação de um medicamento, seja na sua formulação, envase ou acondicionamento (Portaria nº 3916/98).

30- Manipulação - Conjunto de operações farmacotécnicas, realizadas na farmácia, com a finalidade de elaborar produtos e fracionar especialidades farmacêuticas (BRASIL, 2008).

31- Matérias-primas - Substâncias ativas ou inativas que se empregam na fabricação de medicamentos e de outros produtos, tanto as que permanecem inalteradas quanto as passíveis de sofrer transformações (Lei 6.360/76).

32- Medicamento - Produto farmacêutico, tecnicamente obtido ou elaborado, com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnósticos (Lei nº

5.991/73).

33- Medicina popular - Prática de cura que oferece respostas concretas aos problemas de doenças do dia-a-dia É realizada em diferentes circunstâncias e espaços em casa, em agências religiosas de cura) e por várias pessoas (pais, tias, avós) ou por profissionais populares de cura (benzedeiras, médiuns, raizeiros, ervateiros, parteiras) (usando empiricamente plantas medicinais e rituais mágicos, copiados da medicina tradicional, ou criados extemporaneamente e trocando nomes de plantas por nomes de produtos armacêuticos) (OLIVEIRA, 1985; MATOS, 2007).

34- Memento terapêutico - conjunto de informações técnico-científicas orientadoras sobre medicamentos para o seu uso racional, editado pelos laboratórios oficiais, disponibilizado aos profissionais de saúde (RDC Anvisa nº 140/03).

35- Oficina Farmacêutica - Laboratório dotado de estrutura e instrumental adequados à preparação não-industrializada de fitoterápicos-manipulados, preparados intermediários e derivados de drogas vegetais, objetivando atender à demanda do Programa Público de Fitoterapia ao qual esteja vinculado (CEARÁ, 2007).

36- Planta medicinal - É uma espécie vegetal, cultivada ou não, utilizada com propósitos terapêuticos (OMS, 2003). Chama-se planta fresca aquela coletada no momento de uso e planta seca a que foi precedida de secagem, equivalendo a droga vegetal (BRASIL, 2006).

37- Posologia - Descreve a dose de um medicamento, os intervalos entre as administrações e a duração do tratamento (BRASIL, 2008).

38- Prescrição - Ato de definir o medicamento a ser consumido pelo paciente, com a respectiva dosagem e duração do tratamento. Em geral, esse ato é expresso mediante a elaboração de uma receita médica (Portaria nº 3916/98).

39- Produção - Todas as operações envolvidas no preparo de determinado produto farmacêutico, desde o recebimento dos materiais do almoxarifado, passando pelo processamento e embalagem, até a obtenção do produto terminado (RDC Anvisa nº 210/03).

40- Produto - Substância ou mistura de substâncias minerais, animais, vegetais ou química, com finalidade terapêutica, profilática, estética ou de diagnóstico (BRASIL, 2008).

41- Qualidade - Grau de cumprimento de exigências de propriedades inerentes a um produto, processo ou sistema (BRASIL, 2006).

42- Reação adversa a medicamentos - É qualquer resposta a um medicamento que seja prejudicial, não intencional, e que ocorra nas doses normalmente utilizadas em seres humanos para profilaxia, diagnóstico e tratamento de doenças, ou para a modificação de uma função biológica (RDC Anvisa nº 140/03).

43- Registro - Inscrição em livro próprio após o despacho concessivo do dirigente do órgão do Ministério da Saúde, sob o número de ordem, dos produtos de que trata esta Lei, com a indicação do nome, fabricante, da procedência, finalidade e dos outros elementos que os caracterizem (Lei 6360/76).

44- Registro de medicamento - Instrumento por meio do qual o Ministério da Saúde, no uso de sua atribuição específica, determina a inscrição prévia no órgão ou na entidade competente, pela avaliação do cumprimento de caráter jurídicoadministrativo e técnico-científico relacionada com a eficácia, segurança e qualidade destes produtos, para sua introdução no mercado e sua comercialização ou consumo (Decreto 3961/01).

45- Relação de fitoterápicos - Lista de fitoterápicos selecionados a partir da análise de uma comissão de especialistas, adaptada à realidade e necessidade

de cada região, ao perfil epidemiológico da população e à disponibilidade dos fitoterápicos no mercado e dos programas municipais e estaduais de fitoterapia (CEARÁ, 2007).

46- Relação de plantas medicinais - Lista que define o elenco de plantas medicinais a serem disponibilizadas aos usuários do SUS, na forma de planta "in natura", planta seca ou "fitoterápico manipulado" selecionados segundo critérios de eficácia, segurança, perfil epidemiológico da população e disponibilidade na região (CEARÁ, 2007. Adaptado da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares/MS).

47- Responsabilidade Técnica - é o ato de aplicação dos conhecimentos técnicos e profissionais, cuja responsabilidade objetiva, está sujeita à sanções de natureza cível, penal e administrativa (BRASIL, 2008).

48- Responsável técnico - Profissional legalmente habilitado pela autoridade sanitária para a atividade que a empresa realiza na área de produtos abrangidos por este Regulamento (Decreto 3961/01).

49- Sistema Único de Saúde (SUS) - O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público (Lei 8080/90).

50- Uso racional de medicamentos - 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 (Portaria nº 3916/98).

51- Uso sustentável - É a utilização dos componentes da diversidade biológica de modo e em ritmo tais que não levem, no longo prazo, à diminuição da diversidade biológica, mantendo assim seu potencial para atender as necessidades e aspirações das gerações presentes e futuras (BRASIL, 2006).

IX- Apêndice

25000.126113/2008-63

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS
DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E INSUMOS ESTRATÉGICOS
Esplanada dos Ministérios. Bloco G, Ed. Sede, 8º Andar – sala 827
CEP: 70.058-900 - Brasília – DF

Oficio Circular nº 37 /2008/DAF/SCTIE/MS

Brasília, 30 de setembro de 2008

AO SECRETÁRIO(A) MUNICIPAL DE SAÚDE

Prezado(a) Senhor(a),

O DAF/SCTIE/MS está apoiando o farmacêutico Ely Eduardo Saranz Camargo da Universidade Estadual Paulista – UNESP, para coletar dados para conclusão de tese de doutorado.

Solicitamos a V. Sª as providências cabíveis e os esforços necessários para responder o questionário em anexo, o qual deve ser encaminhado ao endereço - Rua Capitão José Verdi, 244, bairro Boa Vista, São José do Rio Preto/ SP, CEP 15025-530.

Atenciosamente,

DIRCEU BARBANO
Diretor

SUS 20 ANOS

QUESTIONÁRIO

1- INSTITUIÇÃO: _____

Endereço: _____

Município: _____ Estado: _____

CEP: _____ - _____

Fone: (____) _____

Fax: (_____) _____

e-mail: _____

2- DADOS DO INFORMANTE:

Nome: _____

Profissão: _____

Cargo: _____

Quanto tempo ocupa o cargo? _____

E-mail: _____

Telefone para contato: ( ) _____

A - DA SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO:

3 - Existe programa de distribuição de plantas medicinais e fitoterápicos?

□ Sim □ Não

Se a resposta da pergunta nº3 for "não", por favor, responda as questões 4 e 5:

4- O Programa chegou a ser implantado e foi abandonado depois?

□ Sim □ Não

---

5 – Quais os fatores que levaram O Programa de distribuição de plantas medicinais e fitoterápicos a ser abandonado?

□ Escassos recursos naturais na região

□ Não haver demanda da população

□ Falta de divulgação do Programa aos usuarios

□ Não ter havido incentivo do gestor

□ Não possuir mão-de-obra qualificada

□ Falta de informações aos prescritores e profissionais envolvidos

□ Não viabilidade econômica

Outros: _____

Se a resposta da pergunta nº3 for "sim", por favor responda as demais questões:

6- Quando foi implantado o Programa de plantas medicinais e fitoterapicos?

_____

7- O que motivou a implantação do Programa?

□ Existência de fartos recursos naturais na região

□ Demanda da população

□ Possuir mão-de-obra qualificada

□ Incentivo do gestor

Outros: _____

8- Qual(is) o(s) objetivo (s) de implantar o Programa?

□ Garantir acesso rápido para tratamento de sintomas primarios

□ Desenvolver trabalhos educativos com plantas medicinais

□ Produzir fitoterapicos

□ Diminuir despesas com outros tipos de mendicamentos

Outros: _____

9- De quem foi a iniciativa:

□ Gestor □ Técnicos □ Usuários □ Outros

Outros: _____

10- Quais os modelos para aquisição de fitoterápicos o Programa do município se enquadra:

□ O município produz o fitoterápico e distribui em Unidades Básicas de Saúde (SUS)

□ O município compra o fitoterápico da industria farmacêutica e distribui em Unidades Básicas de Saúde (SUS)

□ O médico prescreve o fitoterápico nas Unidades Básicas de Saúde (SUS) e o paciente adiquire na farmácia de dispensação da rede privada

□ O médico prescreve o fitoterápico nas Unidades Básicas de Saúde (SUS) e o paciente adiquire em farmácia de manipulação da rede privada

Outros:_____

11- A Fitoterapia está inserida na Assistência Farmacêutica local (Plano Municipal de Assistência Farmacêutica)?

□ Sim □ Não

12 - O programa foi implantado em todas as Unidades Básicas do Município?

□ Sim □ Não

_____

(Se a resposta for afirmativa cite o número de UBS que foram implantadas)

13 - Existem outras Práticas Integrativas e Complementares implantadas?

□ Acupuntura □ Antroposofia □ Homeopatia □ Outros

14 - Qual(is) a(s) dificuldades encontradas pela Coordenação na implantação?

□ Financeira

□Profissionais qualificados

□ Falta de adesão dos prescritores (médicos, dentistas)

□ Espaço físico insuficiente

□ Falta de interesse da população

Outros:_____

15 - Qual(is) a(s) facilidades na implantação?

□ Incentivo do governo municipal

□ Procura da população

□ Fartos recursos naturais

□ Estrutura física favorável

□ Parceria com Universidades

Outros:_____

16 - Qual a origem dos recursos para implantação e manutenção?

□ Governo Federal □ Governo Estadual □ Municipal □ Outros

Outros:_____

17 - Existe parceria com alguma instituição universitária ou órgão público?

□ Não □ Sim

_____

(Em caso afirmativo cite o nome das Instituições)

18 - Existe desenvolvimento dos trabalhos do Município integrados com outras instituições?

□ Organizações não governamentais

□ Associações comunitárias

□ Assentamentos de Terra

□ Pastoral

□ Saúde Indígena

Outros:_____

B - DOS RECURSOS HUMANOS

19 - Quantos e quais profissionais estão diretamente envolvidos com o programa?

Profissionais	Nº	Profissionais	Nº	Profissionais	Nº
Agente comunitário		**Farmacêutico**		**Assistente social**	
Agente de saúde		**Médicos**		**Psicólogo**	
Agrônomo		**Odontólogos**		**Terapeuta Ocupacional**	
Enfermeiro		**Outros (especifique) ***		**Técnico Agrícola**	

*****Outros:_____

20 - Quais as justificativas alegadas pelos médicos que não aderiram ao programa?

□ Falta de conhecimento

□ Ineficácia

□ Falta de interesse do usuário

Outros: _____

21 - Qual (is) dos profissionais abaixo realiza (m) a orientação farmacêutica, ou seja, dispensação e orientação sobre o uso correto de plantas medicinais e fitoterápicos?

□ Farmacêutico □ Técnico □ Enfermeiro □ Médico □ Outros

(no caso de responder "outros", escreva a profissão dos envolvidos)

22 - Existe integração entre os trabalhos das equipes de PSF (Programa Saúde da Família) e o Programa de Fitoterapia?

□ SIM □ NÃO

23 - Quantas equipes de PSF existem no município?_____

24 - Os profissionais envolvidos no programa têm conhecimento da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos para o SUS?

□ SIM □ NÃO

C- CURSOS DE CAPACITAÇÃO E EDUCAÇÃO CONTINUADA

25- Existem cursos de capacitação e educação continuada para os profissionais envolvidos diretamente com o programa?

□ Sim □ Não

**Em caso afirmativo descreva quais os cursos e como são ministrados.

_____

26- Existe no município um trabalho educativo junto à comunidade sobre o uso correto das plantas medicinais?

□ SIM □ NÃO

Caso a resposta seja afirmativa, quem desenvolve essa ação?

D. DOS PACIENTES EM USO COM PLANTAS MEDICINAIS E/OU FITOTERÁPICOS

27- Os pacientes que recebem prescrições de plantas medicinais ou fitoterápicos aderem ao tratamento?

□ Sim □ Não

Em caso negativo, quais as principais queixas dos pacientes para a não adesão:

_____

28- Existe acompanhamento dos pacientes em uso de plantas medicinais e fitoterápicos?

□ Sim □ Não

29- Como é feito o acompanhamento?

□ Consultas médicas periódicas

□ Programa de Assistência Familiar

□ Farmacovigilância (acompanhamento farmacêutico)

□ Programa de Saúde da Família

□ NASF (Núcleo de Apóio à Saúde da Família)

30- Existe algum tipo de orientação ao paciente, quanto ao uso de plantas medicinais ou fitoterápicos?

□ Sim □ Não

31- Que tipo de orientação são passadas?

☐ Posologia

☐ Preparo (infusão ou outra forma)

☐ Efeitos Colaterais

☐ Conservação

☐ Incentivo à adesão ao tratamento

Outros: _____

32- Existe algum tipo de avaliação da eficácia terapêutica dos fitoterápicos ou plantas medicinais prescritas?

□ Sim □ Não

33- Como é feita avaliação da eficácia?

□ Desaparecimento dos sintomas

□ Cura

□ Informações prestadas pelo paciente

□ Exames Clínicos realizados pelo Prescritor

□ Solicitação de exames laboratoriais

Outros: _____

E- DA SELEÇÃO DAS PLANTAS MEDICINAIS E FITOTERÁPICOS DO PROGRAMA

34- Quais as plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos padronizados no programa? (relacione o nome científico da plantas com nome vulgar e dos medicamentos fitoterápicos, citar o nome do medicamento quando industrializado ou fórmula quando manipulado)

35- Quais as patologias (doenças) tratadas com as plantas ou medicamentos fitoterápicos padronizados?

_____

36- Quais os critérios de seleção adotados na escolha das plantas medicinais e fitoterápicos do programa, em relação as patologias citadas?

□ Conhecimentos populares

□ Literaturas

□ Conhecimento dos prescritores

□ Cultivo no município

Outros: _____

37- Como são definidas as doses e posologia para plantas medicinais e fitoterápicos?

□ Pesquisa em literaturas

□ Conhecimentos populares

□ Estudos científicos realizados na comunidade

□ Informações de profissionais

F. DO CULTIVO E BENEFICIAMENTO DE PLANTAS MEDICINAIS

38- Existe cultivo de plantas medicinais no município?

□ Sim □ Não

39- Em caso afirmativo quais as plantas medicinais cultivadas?

_____

40- Como é a área de cultivo das plantas medicinais?

□ rural □ urbana □ fechada (horto) □Aberta (natureza)

41- Qual o tamanho da área de cultivo?

_____

42- Qual a origem das plantas matrizes?

□ Produção própria □ Aquisição de terceiros

Caso adquira de terceiros, de quem?_____

43- É feita identificação botânica nas espécies?

□ Sim □ Não

44- Qual a formação do profissional que realiza a identificação?

□ Biólogo □ Farmacêutico □ Técnico □ Agrônomo

45- Quais os tratamentos realizados na terra de cultivo?

□ Adubo orgânico □ Adubo químico □ Corretivos do pH

46 - Utiliza produtos químicos para controle de pragas e doenças?

□ Sim □ Não

(Em caso afirmativo cite o nome do(s) produto(s))

47- Quais as épocas do ano em que são realizados os replantios?

□ Verão □ Outono □ Inverno □ Primavera

48- Quais, dos itens abaixo, são observados como cuidados na colheita?

□ Horário □ Época □ Condições climáticas □ Fase da planta

49- Quais as características observadas na planta durante a colheita?

□ Aparência da planta □ Sujeira (terra, adubo orgânico) □ Cor

□ Odor □ Local da coleta □ Presença de Agrotóxicos

50- É feito algum tratamento para descontaminar a planta, frente a contaminação microbiológica provinda da terra?

□ Sim □ Não

(Em caso afirmativo cite o nome do método utilizado)

51- Existe área adequada para a secagem das plantas medicinais?

□ SIM □ NÃO

52- Como é realizada a secagem das plantas?

□ Estufa □ Ao sol □ Lâmpada incandescente □ Sombra □ Outros

(Outros)

53- Qual o destino das plantas medicinais cultivadas no horto?

□ Produção de matéria-prima para fitoterápicos

□ Produção de sachês

□ Preparações caseiras

□ Produção de mudas para distribuição junto à comunidade

□ Para produção de garrafadas

□ Outros (especifique) *

*Caso a resposta seja “outros”, especifique.

54- Existe alguma iniciativa no município para o desenvolvimento da agricultura familiar?

□ SIM □ NÃO

Caso afirmativo, como é organizada?

G- DA AQUISIÇÃO (COMPRA) DE MATÉRIA-PRIMA E EXTRATOS INTERMEDIÁRIOS

55- Além de Cultivar as plantas medicinais, adquire de terceiros?

□ SIM □ Não

56- Matéria-prima → □ SIM □ Não

57- Extratos Intermediários → □ SIM □ Não

59 - Não cultiva, utiliza apenas matéria-prima de terceiros?

□ SIM □ NÃO

60- Se por compra, existem normas definidas para aquisição de matéria-prima de terceiros?

□ *Sim □ Não

* Em caso afirmativo cite a(s) norma(s) que permitem a compra.

_____

H- DA PRODUÇÃO/MANIPULAÇÃO DE FITOTERÁPICOS

61 - Os medicamentos fitoterápicos são produzidos à partir de:

□ Plantas frescas □ Plantas secas e moídas

62 - Existe responsável técnico?

□ Sim □ Não

63 - Qual a formação do responsável técnico?

□ Farmacêutico □ Outros

_____

(Ourtos)

64 - Quais os medicamentos fitoterápicos produzidos ou manipulados no programa?

_____

65 - Existem fitoterápicos aplicados em saúde bucal?

□ Sim □ Não

66 - Qual tipo de laboratório existente no programa?

□ Industrial □ Magistral (manipulação)

67 - O laboratório de manipulação é autorizado pelo Conselho Regional de Farmácia local?

□ Sim □ Não

68 - Existe certificado de Boas Práticas de Fabricação ou Manipulação, expedido pela ANVISA?

□ Sim □ Não

69 - Quantos profissionais estão envolvidos diretamente com a produção de medicamentos?

□ um □ dois □ três □ quatro □ mais que cinco

70 - Qual a formação do(s) profissional(s) envolvidos na produção?

☐ Farmacêutico ☐ Químico ☐ Técnico ☐ Prático

Outros: _____

71 - Quais as formas farmacêuticas dos produtos fitoterápicos, produzidos ou manipulados?

□ Solução □ Suspensão □ Cápsula □ Tintura □ Elixir □ Xarope

□ Comprimido □ Creme □ Pomada □ Sabonete líquido

72 - Existe guia ou memento terapêutico informativo sobre medicamentos fitoterápicos?

□ Sim □ Não

73 - Qual(is) a(s) literatura(s) consultada(s)?

_____

74 - Realiza-se o controle de qualidade?

□ Sim □ Não

75- Quais os testes realizados em matérias-primas e produtos acabados?

Controle Botânico: □ Análise macroscópica □ Análise microscópica

Controle Químico: □ Identificação de Marcadores químicos (princípio ativo)

□ Dosagem de Marcadores químicos (princípio ativo)

□ pH □ Cinzas □ Densidade □ Viscosidade □ Solubilidade

_____

(Outros)

76- Realizam testes toxicológicos nos fitoterápicos ou plantas medicinais?

□ Sim □ Não

I- CONSIDERAÇÕES FINAIS

77- Existe manutenção constante no abastecimento dos materiais do horto e dos insumos farmacêuticos?

□ SIM □ NÃO

78- Como o Departamento de Assistência Farmacêutica do MS poderia auxiliar o município/estado na efetivação de suas atividades?

_____

79- Quais as sugestões para melhoria dos serviços?

_____

80- Observações. (Alguma outra informação que gostaria de ressaltar)

_____

X- Anexos

A- Anexo 1

MINISTÉRIO DA SAÚDE

SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS

DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E INSUMOS ESTRATÉGICOS

QUESTIONÁRIO

Nº: _____ Data:_____

1.0-Instituição:

Endereço:_____

CEP:_____Município/Estado_____

Fone:_____Fax:_____

e-mail:_____

2.0- Dados do informante:

Nome:_____

Profissão:_____

Cargo:_____

Quanto tempo ocupa o cargo?_____

A. DA SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO:

3- Quando se implantou a Fitoterapia? _____

4- Por que? _____

5-Como funciona?_____

6- Qual a origem dos recursos para implantação e manutenção?

_____

7- Existe parceria com alguma instituição universitária ou órgão público?

☐ Não ☐ Sim - qual/quais? Como?

8- As plantas medicinais e os fitoterápicos estão inseridos na assistência farmacêutica local (Plano Municipal de Assistência Farmacêutica)?

☐ Sim ☐ Não

B. DA PRODUÇÃO DE FITOTERÁPICOS:

9- Existe produção oficial de medicamentos fitoterápicos no município?

☐ Não ☐ Sim

10- Existe responsável técnico?

☐ Não ☐ Sim

11- Qual a formação?

_____

12- Existe guia ou memento terapêutico informativo sobre medicamentos fitoterápicos?

☐ Não ☐ Sim

13- Quais os critérios de inclusão das espécies medicinais no elenco?

_____

13- Como são definidas as doses e posologia?

_____

14- Qual(is) a(s) literatura(s) consultada(s)?

C. DA PRODUÇÃO DA MATÉRIA-PRIMA

15- Qual a origem das plantas medicinais utilizadas no programa?

☐ hortos municipais ☐ associações/cooperativas de produtores

☐ aquisição de terceiros (citar)_____

16- No caso de produção local, qual a origem das plantas matrizes?

17- Quais as plantas medicinais utilizadas?

Nome científico	
Nome popular	
Parte usada	
Forma de uso	
Indicações terapêuticas	
Via de administração	

Elaborado por:

Angelo Giovani Rodrigues
Assessor Técnico
DAF/SCTIE/MS

Marize Girão
Consultor técnico
DAF/SCTIE/MS

B- Anexo 2

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

SECRETARIA DE SAÚDE
PORTARIA Nº 13/01

O Secretário Municipal de Saúde no âmbito de suas atribuições legais institui o PROGRAMA DE FITOTERAPIA na Secretaria Municipal de Saúde

Artigo 1º - Fica instituído o Programa de Fitoterapia na SMS em consonância com a resolução nº 08 da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação – CIPLAM, as resoluções nº 17 e 33 – RDC da Agência Nacional de Saúde, bem como com as diretrizes da 10ª Conferência Nacional de Saúde e a Organização Mundial de Saúde.

Artigo 2º - O Programa de Fitoterapia terá por objetivo o fornecimento de medicamentos fitoterápicos, aos serviços da SMS, como opção terapêutica, bem como ações educativas pertinentes.

Artigo 3º - Os medicamentos fitoterápicos são destinados a prevenção e tratamento de saúde, com base na utilização de plantas medicinais e suas preparações terapêuticas, cujos estudos científicos tenham segurança e eficácia comprovada.

Artigo 4º - Os medicamentos fitoterápicos objeto desta portaria serão fornecidos pela SMS, através de convênio/contrato com farmácia de manipulação e/ou através de farmácia de manipulação própria, produzidos de acordo com boas práticas de manipulação e farmacopéia, com acompanhamento e avaliação permanente por profissionais do Programa Municipal.

Artigo 5º - O planejamento, a coordenação e a supervisão das ações de implantação e do desenvolvimento do Programa de Fitoterapia, constituirão atribuições da SMS, de acordo com protocolo estabelecido pela mesma, que detalha suas ações.

Artigo 6º - A prescrição dos medicamentos fitoterápicos será de acordo com protocolo específico: Memento de Fitoterapia da Secretaria Municipal de Campinas, que contém informações técnicas referendando o uso terapêutico.Artigo 7º - Os profissionais serão treinados através de cursos de fitoterapia oferecidos na SMS, oferecidos para a rede e nos módulos de saúde da família. .

Artigo 8 º - Serão nomeados novos membros para compor a Comissão Interinstitucional e Multiprofissional, de desenvolvimento do programa de
Fitoterapia para a rede básica do município, de acordo com portaria publicada nº 002/94 de 04/03/94.

Artigo 9º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Campinas, 12 de novembro de 2001

GASTÃO WAGNER DE SOUSA CAMPOS
Secretário Municipal de Saúde

C- Anexo 3

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PORTARIA Nº: 07 - 19 DE NOVEMBRO DE 2004

Dispõe sobre a atuação do enfermeiro na assistência no Programa Municipal de Fitoterapia da Secretaria Municipal de Saúde

Considerando que a sistematização da assistência de enfermagem é exigência legal e instrumento de reorganização das práticas de enfermagem;

Considerando que a consulta de enfermagem é uma atividade fim obrigatória e privativa do enfermeiro;

Considerando que ao enfermeiro incumbe, como integrante da equipe de saúde, entre outras competências, prescrever medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e em rotinas aprovadas pela instituição de saúde;

Considerando que a SMS possui protocolos de atendimento nas diversas áreas de assistência e, em especial, em fitoterapia, bem como normatizou a prática da enfermagem através da ordem de serviço;

Considerando o artigo 11, inciso II, alínea "c" da Lei Federal 7.498/86, bem como as Resoluções do Conselho Federal de Enfermagem nº: 197/1997 e nº 271/2002;

A Secretária Municipal de Saúde, no uso de suas atribuições RESOLVE :

Artigo 1º - Instituir a atuação do enfermeiro na assistência no Programa Municipal de Fitoterapia da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas.

Artigo 2º - A prescrição de fitoterápicos por enfermeiros capacitados será realizada conforme definição em memento terapêutico da SMS, para àqueles descritos como tópicos, bem como para as infusões de camomila (C*amomila recutita)* e malva *(Malva sylvestris).*

Artigo 3º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Campinas, de novembro de 2004

MARIA DO CARMO CABRAL CARPINTÉRO

Secretária Municipal de Saúde

D – Anexo 4

PODER EXECUTIVO

LEI Nº12.951, de 07 de outubro de 1999.

DISPÕE SOBRE A POLÍTICA DE IMPLANTAÇÃO DA FITOTERAPIA EM SAÚDE PÚBLICA NO ESTADO DO CEARÁ.

O GOVERNADOR DO ESTADO DO CEARÁ - Faço saber que a Assembléia Legislativa decretou e eu sanciono a seguinte Lei:

Art.1º - Fica o Estado do Ceará autorizado a implantar política de incentivo à pesquisa e à produção de produtos fitoterápicos, com o objetivo de facultar ao Sistema Único de Saúde - SUS, o uso de tais medicamentos na prevenção, no diagnóstico e no tratamento de enfermidades específicas.

Parágrafo único - Considera-se produto fitoterápico, para os efeitos desta Lei, o medicamento obtido e elaborado a partir de matérias primas ativas vegetais, com finalidade profilática, terapêutica ou diagnóstica, com validação científica.

Art.2º - A Política de que trata esta Lei compreende ações desenvolvidas pelo próprio Estado e por programas de parceria com municípios e consórcios intermunicipais de saúde.

Parágrafo único - Os municípios e consórcios intermunicipais de saúde poderão desenvolver sistema próprio de produção de produtos fitoterápicos.

Art.3º - Na produção de produtos fitoterápicos serão utilizadas plantas tradicionalmente encontradas no território estadual e que sejam cientificamente validadas.

Art.4º - As atividades relativas à Fitoterapia deverão ser desenvolvidas por médicos, farmacêuticos e agrônomos, dentro de suas áreas de atuação, competência e grupos técnicos auxiliares treinados na área.

Parágrafo único - Consideram-se atividades de Fitoterapia, para os efeitos desta Lei, o cultivo, a produção farmacotécnica, a orientação de preparação caseira, a prescrição e a dispensação de produtos fitoterápicos.

Art.5º - Ao Estado do Ceará, na condição de gestor de políticas de saúde pública, competirá:
I - Promover a pesquisa científica voltada para a identificação e a classificação de plantas para análise de suas qualidades terapêuticas;
II - promover o cultivo de plantas medicinais;
III - promover a pesquisa científica voltada para o desenvolvimento do processo de produção de produtos fitoterápicos;
IV - realizar os ensaios clínicos fitoterápicos;
V - proceder a produção de produtos fitoterápicos;
VI - proceder a distribuição dos produtos fitoterápicos no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS;
VII - proceder controle de qualidade dos produtos fitoterápicos;
VIII - implantar programa de divulgação dos produtos fitoterápicos com vistas a orientar a comunidade médico-paciente a respeito de sua utilização.

Parágrafo único - Na impossibilidade da execução das ações previstas neste artigo, caberá ao Estado firmar convênios, preferencialmente com instituições públicas.

Art.6º - Fica o Poder Executivo autorizado a implantar 20 (vinte) Centros de Fitoterapia nas microrregiões de saúde, em parceria com os municípios, incentivando a criação de consórcios intermunicipais de saúde, com o objetivo de desenvolver sistema próprio de produção de produtos fitoterápicos.

Anexos .....

Livros Grátis

(http://www.livrosgratis.com.br)

Milhares de Livros para Download:

Baixar livros de Administração
Baixar livros de Agronomia
Baixar livros de Arquitetura
Baixar livros de Artes
Baixar livros de Astronomia
Baixar livros de Biologia Geral
Baixar livros de Ciência da Computação
Baixar livros de Ciência da Informação
Baixar livros de Ciência Política
Baixar livros de Ciências da Saúde
Baixar livros de Comunicação
Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE
Baixar livros de Defesa civil
Baixar livros de Direito
Baixar livros de Direitos humanos
Baixar livros de Economia
Baixar livros de Economia Doméstica
Baixar livros de Educação
Baixar livros de Educação - Trânsito
Baixar livros de Educação Física
Baixar livros de Engenharia Aeroespacial
Baixar livros de Farmácia
Baixar livros de Filosofia
Baixar livros de Física
Baixar livros de Geociências
Baixar livros de Geografia
Baixar livros de História
Baixar livros de Línguas

Baixar livros de Literatura
Baixar livros de Literatura de Cordel
Baixar livros de Literatura Infantil
Baixar livros de Matemática
Baixar livros de Medicina
Baixar livros de Medicina Veterinária
Baixar livros de Meio Ambiente
Baixar livros de Meteorologia
Baixar Monografias e TCC
Baixar livros Multidisciplinar
Baixar livros de Música
Baixar livros de Psicologia
Baixar livros de Química
Baixar livros de Saúde Coletiva
Baixar livros de Serviço Social
Baixar livros de Sociologia
Baixar livros de Teologia
Baixar livros de Trabalho
Baixar livros de Turismo