



**Pós-Graduação em**

# **Atenção Básica em Saúde da Família**

## **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**

### **Módulo Optativo 4**

#### **Organizadores:**

Leika Aparecida Ishiyama Geniole  
Vera Lúcia Kodjaoglanian  
Cristiano Costa Argemon Vieira



# Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS

PRESIDENTE DA REPÚBLICA  
Dilma Rousseff

MINISTRO DE ESTADO DE SAÚDE  
Alexandre Padilha

SECRETÁRIO DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE  
Milton Arruda Martins

SECRETÁRIO-EXECUTIVO DO SISTEMA UNIVERSIDADE ABERTA  
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - UNA-SUS  
Francisco Eduardo de Campos

GOVERNADOR DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL  
André Puccinelli

SECRETÁRIA DE ESTADO DE SAÚDE  
Beatriz Figueiredo Dobashi

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL

REITORA  
Célia Maria Silva Correa Oliveira

VICE-REITOR  
João Ricardo Filgueiras Tognini

COORDENADORA DE EDUCAÇÃO ABERTA E A DISTÂNCIA - UFMS  
Angela Maria Zanon

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

PRESIDENTE  
Paulo Gadelha

VICE-PRESIDÊNCIA DE GESTÃO E DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL  
Pedro Ribeiro Barbosa

UNIDADE FIOCRUZ CERRADO PANTANAL  
Rivaldo Venâncio da Cunha

Obra aprovada pelo Conselho Editorial da UFMS - Resolução nº 26/11

CONSELHO EDITORIAL UFMS

Dercir Pedro de Oliveira (Presidente)  
Celina Aparecida Garcia de Souza Nascimento  
Claudete Cameschi de Souza  
Edgar Aparecido da Costa.  
Edgar Cézar Nolasco  
Elcia Esnarriaga de Arruda  
Gilberto Maia  
José Francisco Ferrari  
Maria Rita Marques  
Maria Tereza Ferreira Duenhas Monreal  
Rosana Cristina Zanelatto Santos  
Sonia Regina Jurado  
Ynes da Silva Felix

COLEGIADO GESTOR

SÉRIE



Cristiano Costa Argemon Vieira  
Gisela Maria A. de Oliveira  
Leika Aparecida Ishiyama Geniole  
Sílvia Helena Mendonça de Soares  
Vera Lucia Kodjaoglanian


Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
(Coordenadoria de Biblioteca Central – UFMS, Campo Grande, MS, Brasil)

P769 Política Nacional de práticas integrativas e complementares no SUS / organizadores:  
Leika Aparecida Ishiyama Geniole, Vera Lúcia Kodjaoglanian, Cristiano Costa  
Argemon Vieira. – Campo Grande, MS : Ed. UFMS : Fiocruz Unidade Cerrado  
Pantanal, 2011.  
111 p. : il. ; 30cm.

ISBN 978-85-7613-340-7  
Material de apoio às atividades didáticas do curso de Pós-Graduação em Atenção  
Básica em Saúde da Família /CEAD/UFMS.

1. Política de Saúde. 2. Saúde Pública. I. Geniole, Leika Aparecida Ishiyama. II.  
Kodhaoglaniam, Vera Lúcia. III. Vieira, Cristiano Costa Argemon. IV. Fiocruz  
Unidade Cerrado Pantanal. V. Sistema Único de Saúde (Brasil)

CDD (22) 362.1



# Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS

Curso de Pós-Graduação  
em Atenção Básica  
em Saúde da Família

## **Organizadores:**

Leika Aparecida Ishiyama Geniole  
Vera Lúcia Kodjaoglanian  
Cristiano Costa Argemon Vieira



## **GOVERNO FEDERAL**

MINISTRO DE ESTADO DE SAÚDE  
Alexandre Padilha

SECRETÁRIO DE GESTÃO DO TRABALHO E DA  
EDUCAÇÃO NA SAÚDE  
Milton Arruda Martins

SECRETÁRIO-EXECUTIVO DO SISTEMA  
UNIVERSIDADE ABERTA DO SISTEMA ÚNICO DE  
SAÚDE - UNA-SUS  
Francisco Eduardo De Campos

COORDENADOR DA UNIVERSIDADE ABERTA DO  
SUS - UNA-SUS  
Vinicius de Araújo Oliveira

## **FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**

PRESIDENTE DA FIOCRUZ  
Paulo Gadelha

VICE-PRESIDÊNCIA DE GESTÃO E  
DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL  
Pedro Ribeiro Barbosa

UNIDADE FIOCRUZ CERRADO PANTANAL  
Rivaldo Venâncio da Cunha

## **UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL**

REITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL/MS  
Célia Maria Silva Correa Oliveira

PRÓ-REITOR DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
Dercir Pedro de Oliveira

COORDENADORA DE EDUCAÇÃO ABERTA E A DISTÂNCIA  
Angela Maria Zanon

## **GOVERNO DE MATO GROSSO DO SUL**

GOVERNADOR DE ESTADO  
André Puccinelli

SECRETÁRIA DE ESTADO DE SAÚDE / MATO GROSSO DO SUL  
Beatriz Figueiredo Dobashi

## **PARCEIROS**

GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA DE CAMPO GRANDE

ASSOCIAÇÃO SUL-MATO-GROSSENSE DE MEDICINA DE  
FAMÍLIA E COMUNIDADE

### COLEGIADO GESTOR

CRISTIANO COSTA ARGEMON VIEIRA  
cargemon@gmail.com

GISELA MARIA A. DE OLIVEIRA  
giselamaria2007@hotmail.com

LEIKA APARECIDA ISHIYAMA GENIOLE  
leikageniole@terra.com.br

SILVIA HELENA MENDONÇA DE MORAES  
silvia.moraes@saude.ms.gov.br

VERA LUCIA KODJAOGLANIAN  
esc.fiocruz@saude.ms.gov.br

### ORIENTADORES DE APRENDIZAGEM

ALESSANDRO DIOGO DE CARLI  
alessandrodecarli@hotmail.com

CATIA CRISTINA MARTINS  
catitamartins@hotmail.com

JACINTA DE FÁTIMA P. MACHADO  
jacintamachado@hotmail.com

KARINE CAVALCANTE DA COSTA  
kdcosta@uol.com.br

MARA LISIANE MORAES SANTOS  
maralisi@globo.com

VALÉRIA RODRIGUES DE LACERDA  
val99@terra.com.br

### EQUIPE TÉCNICA

DANIELI SOUZA BEZERRA  
danisb21@yahoo.com.br

LEIDA MENDES CARDOSO  
leida.mendes@hotmail.com

MARIA IZABEL SANTANA  
izabelsantanasilva@hotmail.com

ROSANE MARQUES  
rosanem@fiocruz.br

## **EQUIPE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO**

ALANA MONTAGNA  
alana\_sgo@hotmail.com

CARLA FABIANA COSTA CALARGE  
carla.calarge@gmail.com

DAIANI DAMM TONETTO  
dai.dtr@gmail.com

GRETTA SIMONE RODRIGUES DE PAULA  
gretta@ibest.com.br

HERCULES DA COSTA SANDIM  
herculesandim@gmail.com

JOÃO FELIPE RESENDE NACER  
joaofelipern@gmail.com

MARCOS PAULO DOS SANTOS DE SOUZA  
mpsouza@gmail.com

## **TUTORES FORMADORES**

ADRIANE PIRES BATISTON  
apbatiston@hotmail.com

ALESSANDRO DIOGO DE CARLI  
alessandrodecarli@hotmail.com

ALINE MARTINS DE TOLEDO  
toledo\_am@yahoo.com.br

ANA CAROLINA LYRIO DE OLIVEIRA HASTCHBACH  
carolhstschbach@gmail.com

ANA CRISTINA BORTOLASSE FARIAS  
abortolasse@bol.com.br

ANA PAULA PINTO DE SOUZA  
anapaulapdesouza@hotmail.com

ANGELA CRISTINA ROCHA GIMENES  
angelacristinagimenes@bol.com.br



ANA MARTHA DE ALMEIDA PONCE  
anamarthap@gmail.com

BEATA CATARINA LANGER  
beatalanger@hotmail.com

BRUNNO ELIAS FERREIRA  
bruelifer@hotmail.com

CIBELE DE MOURA SALES  
cm.sales@terra.com.br

CARMEM FERREIRA BARBOSA  
carmenfebar@terra.com.br

CRISTIANY INCERTI DE PAIVA  
crisincerti@hotmail.com

CIBELE BONFIM DE REZENDE ZÁRATE  
crzarate@yahoo.com.br

DANIELA MARGOTTI DOS SANTOS  
daniela\_margotti@hotmail.com

DENISE RODRIGUES FORTES  
nursedenis@yahoo.com.br

DENIZE CRISTINA DE SOUZA RAMOS  
enfdenize@hotmail.com

EDILSON JOSÉ ZAFALON  
edilz@uol.com.br

ELIZANDRA DE QUEIROZ VENÂNCIO  
elizandra\_venancio@hotmail.com

ENI BATISTA DE SOUZA  
enibatistadesouza@hotmail.com

ERIKA KANETA  
erika@uems.br

ETHEL EBINER ECKERT  
etheleckert@hotmail.com

FERNANDA ALVES DE LIMA GOMES  
falglima@hotmail.com

FERNANDO LAMERS  
fernando.lamers@hotmail.com

GUILHERME APº DA SILVA MAIA  
gasmaia@yahoo.com.br

JANIS NAGLIS FAKER  
janisfaker@hotmail.com

JUSSARA NOGUEIRA EMBOAVA ORTIZ  
juemboava@hotmail.com

LAIS ALVES DE SOUZA BONILHA  
laissouza@hotmail.com

LUCIANA CONTRERA MORENO  
lucontrera@gmail.com

LUCIANE APARECIDA PEREIRA DE LIMA  
luciane.pereiralima@gmail.com

LUCIANO RODRIGUES TRINDADE  
lrtrindade37@yahoo.com.br

LUIZA HELENA DE OLIVEIRA CAZOLA  
luizacazola@gmail.com

MARCIA CRISTINA PEREIRA DA SILVA  
enf\_mcristina@yahoo.com.br

MARCIA MARQUES LEAL GARBELINI  
marciagarb@hotmail.com

MARISA DIAS ROLAN LOUREIRO  
marisarolan@gmail.com

MICHELE BATISTON BORSOI  
micheleborsoi@hotmail.com

NADIELI LEITE NETO  
nadielileite@yahoo.com.br

PRISCILA MARIA MARCHETTI FIORIN  
ppfiorin@hotmail.com

RENATA PALÓPOLI PICOLI  
rpicoli@usp.br

RENATA CRISTINA LOSANO FEITOSA  
renatafeitosa@brturbo.com.br

RODRIGO LUIZ CARREGARO  
rodrigocarregaro@yahoo.com.br

ROSEMARIE DIAS F. DA SILVA  
rosemeire.fernandes@hotmail.com

SABRINA PIACENTINI  
sabripiacentini@hotmail.com

SALAZAR CARMONA DE ANDRADE  
salazar\_carmona@hotmail.com

SILVANA DIAS CORREA GODOY  
sildiascorrea@hotmail.com

SILVIA HELENA MENDONÇA DE MORAES  
silvia.moraes@saude.ms.gov.br

SUZI ROSA MIZIARA BARBOSA  
srmiziara@gmail.com

VIRNA LIZA PEREIRA CHAVES HILDEBRAND  
vimalizah@hotmail.com

VIVIANE LIMA DE ALBUQUERQUE  
vivilaa79@hotmail.com

WESLEY GOMES DA SILVA  
wesley.amusical@bo.com.br

## **TUTORES ESPECIALISTAS**

EDUARDO FERREIRA DA MOTTA  
efmotta@terra.com.br

LARA NASSAR SCALISE  
larascalise@hotmail.com

LEANDRA ANDRÉIA DE SOUZA  
souza\_leandra@yahoo.com.br

MAISSE FERNANDES O. ROTTA  
maissef@hotmail.com

## **AUTORES**

ALBERTINA MARTINS DE CARVALHO  
prevprimaria@saude.ms.gov.br

ADELIA DELFINA DA MOTTA S. CORREIA  
adeliamotta@yahoo.com.br

ADRIANE PIRES BATISTON  
apbatiston@hotmail.com

ALESSANDRO DIOGO DE CARLI  
alessandrodecarli@hotmail.com

ANA LUCIA GOMES DA S. GASTAUD  
anagastaud@hotmail.com

ANA TEREZA GUERRERO  
anaguerrero@fiocruz.br

ANDRÉ LUIZ DA MOTTA SILVA  
andremottacs@yahoo.com.br

CATIA CRISTINA VALADÃO MARTINS  
catitamartins@hotmail.com

CIBELE BONFIM DE REZENDE ZÁRATE  
crzarate@yahoo.com.br

CRISTIANO BUSATO  
cristiano.busato@saude.gov.br

CRISTIANO COSTA ARGEMON VIEIRA  
cargemon@gmail.com

DANIEL ESTEVÃO DE MIRANDA  
mirandacs@yahoo.com.br

DENISE FORTES  
nursedenis@yahoo.com.br

DENIZE CRISTINA DE SOUZA RAMOS  
enfdenize@hotmail.com

EDGAR OSHIRO  
edgar.oshiro@saude.ms.gov.br

EDILSON JOSÉ ZAFALON  
edilz@uol.com.br

EDUARDO FERREIRA DA MOTTA  
efmotta@terra.com.br

FÁTIMA CARDOSO C. SCARCELLI  
sdcrianca@saude.ms.gov.br

GEANI ALMEIDA  
sdhomem@saude.ms.gov.br

GRASIELA DE CARLI  
grasieladecarli@yahoo.com.br

HAMILTON LIMA WAGNER  
hamiltomwagner@terra.com.br

HILDA GUIMARÃES DE FREITAS  
sdmulher@saude.ms.gov.br

IVONE ALVES RIOS  
saude\_da\_pd@saude.ms.gov.br

JACINTA DE FÁTIMA P. MACHADO  
jacintamachado@hotmail.com

JANAINNE ESCOBAR VILELA  
sdidoso@saude.ms.gov.br

JISLAINE GUILHERMINA PEREIRA  
jislaine@far.fiocruz.br

KARINE CAVALCANTE DA COSTA  
sdfamilia@saude.ms.gov.br

LEIKA APARECIDA ISHIYAMA GENIOLE  
leikageniole@terra.com.br

LUIZA HELENA DE OLIVEIRA CAZOLA  
luizacazola@gmail.com

LARA NASSAR SCALISE  
larascalise@hotmail.com

LEANDRA ANDRÉIA DE SOUZA  
souza\_leandra@yahoo.com.br

MARIA APARECIDA DA SILVA  
saparecida@yahoo.com

MARIA APARECIDA DE ALMEIDA CRUZ  
alinutricao@saude.ms.gov.br

MAISSE FERNANDES O. ROTTA  
maissef@hotmail.com

MARA LISIANE MORAES SANTOS  
maralisi@globo.com

MARIA ANGELA MARICONDI  
angela.mar@terra.com.br

MARIA CRISTINA ABRÃO NACHIF  
cristinanachif@brturbo.com.br

MARIA DE LOURDES OSHIRO  
oshiroml@gmail.com

MICHELE BATISTON BORSOI  
micheleborsoi@hotmail.com

PAULO ZARATE  
pzp0101@uol.com.br

POLLYANNA KÁSSIA DE O. BORGES  
pollyannakassia@hotmail.com

RENATA PALÓPOLI PICOLI  
rpicoli@usp.br

RODRIGO FERREIRA ABDO  
rodrigoabdo@brturbo.com.br

RUI ARANTES  
ruiarantes@fiocruz.br

SAMUEL JORGE MOYSES  
s.moyeses@pucpr.br

SONIA MARIA OLIVEIRA ANDRADE  
anart.msi@terra.com.br

SUSANE LIMA VARGAS  
hiperdia@saude.ms.gov.br

VALÉRIA RODRIGUES DE LACERDA  
val99@terra.com.br

VERA LÚCIA SILVA RAMOS  
sdadolescente@saude.ms.gov.br

VERA LUCIA KODJAOGLANIAN  
esc.fiocruz@saude.ms.gov.br

Os Módulos Optativos são compostos por uma série de 9 módulos com os seguintes temas: Saúde Carcerária, Saúde da Família em População de Fronteiras, Saúde da Família em Populações Indígenas, Assistência Médica por Ciclos de Vida, Saúde Bucal por Ciclos de Vida, Assistência de Enfermagem por Ciclos de Vida, Administração em Saúde da Família, Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, Programação para Gestão por Resultados na Atenção Básica (PROGRAB) e Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ). Os temas dos módulos privilegiam a singularidade dos diferentes profissionais de saúde da família e as particularidades de seus respectivos territórios.

Estes módulos não pretendem esgotar os temas abordados e sim servir como um instrumento orientador, que possa responder as questões mais frequentes que surgem na rotina de trabalho. A sua importância está justificada dentro dos princípios da estratégia de saúde da família que enfatiza que as ações da equipe precisam ser voltadas às necessidades das populações a elas vinculadas. As equipes de saúde da família estão distribuídas em Mato Grosso do Sul, com situações peculiares, como as equipes inseridas em áreas de fronteira, as equipes de saúde que fazem a atenção à população indígena, a população carcerária e suas famílias. São populações diferenciadas, com culturas e problemas próprios, com modo de viver diferenciado, sujeitas a determinantes sociais diferentes, que necessitam ser assistidas por profissionais com competências adequadas à sua realidade.

Desta forma, cada estudante trabalhador do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, pode optar por módulos que lhes interessam diretamente.

Esperamos que os conteúdos apresentados possam ter proporcionado a você, especializando conhecimentos para desenvolver seu trabalho com qualidade desejada e seguindo as diretrizes do SUS, na atenção às diferentes populações, respeitando sua singularidade.







### Módulo Optativo 4 Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS

Apresentação Módulos Optativos . . . . .	15
Prefácio do Módulo . . . . .	21
Apresentação . . . . .	23
Seção 1 - A Política: Objetivos e Diretrizes . . . . .	26
Seção 2 - As Práticas Integrativas e Complementares (PICS) . . . . .	33
Seção 3 - Experiências já desenvolvidas na Rede Pública . . . . .	64
Seção 4 - Orientações para Implantação de Ações e/ou Serviços de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC. . . . .	99
Referências . . . . .	105

# MÓDULOS OPTATIVOS



# MÓDULO OPTATIVO 4

## POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SUS

### AUTORES

Jislaine de F. Guilhermino

Ana Tereza G. Guerrero



## **Sobre os Autores:**

### **Jislaine de F. Guilhermino**

Possui graduação em Farmácia Industrial pela Universidade Estadual de Maringá (1991), mestrado em Química Orgânica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (1998), é Doutoranda em Tecnologia de Processos Químicos e Bioquímicos, área de concentração Gestão em Ciência, Tecnologia e Inovação pela Escola de Química da UFRJ. Atualmente é Tecnologista Sênior da Fundação Oswaldo Cruz/Fiocruz onde atua desde 1991 na pesquisa e desenvolvimento tecnológico de produtos naturais, fitomedicamentos, química de produtos naturais, redes fito, farmácias verdes e na gestão de projetos de P&DI.

### **Ana Tereza G. Guerrero**

Possui graduação em Farmácia Bioquímica pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (1999), mestrado (2005) e doutorado em Ciências, área de concentração em Farmacologia (2008), pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo (FMRP-USP) . As pesquisas realizadas durante o mestrado e doutorado concentraram-se nos mecanismos envolvidos na dor inflamatória articular e imunofarmacologia. Atualmente é pesquisadora visitante da Fiocruz Cerrado Pantanal e trabalha com pesquisas envolvendo plantas medicinais com interesse farmacológico, princípios ativos e toxicidade.

## PREFÁCIO DO MÓDULO

A iniciativa de se implantar programas, nos moldes deste Curso de Especialização - “Atenção Básica em Saúde da Família - Módulo: Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS”- PNPIC, para conhecer, identificar e caracterizar um modelo de atenção primária que contemple sistemas médicos complexos e alternativos e recursos terapêuticos que representem mecanismos naturais de prevenção de doenças e manutenção de saúde, utilizando tecnologias padronizadas, significa no mínimo, para a comunidade/sociedade, a possibilidade de promover a inserção de uma prática louvável no contexto da Saúde Pública.

Sente-se, ao tomar conhecimento da proposta do Módulo do Curso, o respeito e o cuidado pela integralidade do indivíduo na sua dimensão global e a legitimação e fortalecimento dos princípios do Sistema Único de Saúde.

O trabalho, coordenado por profissionais competentes da área de Saúde Pública, ao mostrar os objetivos propostos, evidencia uma ação recente que traz impacto nos campos econômico, técnico e sócio-político, a favor da inclusão da prática integrativa, combinando o serviço de diferentes atividades com qualidade, segurança, sustentabilidade e participação social, para além da perspectiva complementar e alternativa.

A proposta desta Política no SUS, para abranger ações que visam o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde, bem como a proposta de realizar este Módulo do Curso, para aprofundar os conhecimentos sobre suas práticas e seu impacto na saúde, sem dúvida, trarão contribuições no sentido de fornecer subsídios que estimulem alternativas inovadoras e socialmente importantes para o desenvolvimento sustentável das comunidades.

Padronização de metodologias participativas em combinação com o saber popular e tradicional, envolvendo profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, fortalece ações inovadoras inseridas nas diretrizes doutrinárias da Política; assim, em nível local e no contexto do SUS, a temática do Curso mostra que o especializando poderá aprofundar e atualizar as informações sobre movimentos e organizações que trabalham a educação e saúde popular.

O bioma Cerrado e Pantanal possui potencial e oferece oportunidades para o desenvolvimento do setor de plantas medicinais. A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) e a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF) trouxeram grandes avanços para a saúde com aumento significativo de ações e programas nos estados e municípios brasileiros; e nesse enfoque, a biodiversidade dos dois biomas do estado de Mato Grosso do Sul oferece às populações uma grande variedade de produtos que podem ser importantes como insumos farmacêuticos, aliados à promoção de meios de vida sustentáveis, onde a geração de renda e a qualidade de vida estejam em consonância com a conservação dos recursos naturais.

Estimular as ações dessa Política no SUS dentro da realidade da região, ressalta a preocupação em propor o cuidado com o indivíduo de maneira humanizada e continuada, mas garantindo o princípio da universalidade, através de tecnologias e sistemas médicos alternativos (Acupuntura, Homeopatia e Medicina Antroposófica), de forma isolada ou integrada com outros recursos terapêuticos (Plantas Medicinais/Fitoterapia, Termalismo Social/Crenoterapia).

Assim, pelo que se propõe o Módulo deste Curso, e considerando a realidade da Política no âmbito do SUS bem como a missão de Instituições de Ensino e Pesquisa no sentido de apontar aspectos da conjuntura que fornecem a compreensão mais clara dos desafios que se tem pela frente, parabênizo a equipe envolvida na execução do Módulo através da parceria entre a Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS e a Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ/Região Centro-Oeste, por assumir este valioso compromisso que agrega em seus processos formativos, conceitos, experiências e práticas de educação em saúde em conexão com os movimentos das comunidades, buscando formas dinâmicas para encurtar distância entre o popular e o científico.

Sucesso na jornada do Curso.

Priscila Aiko Hiane

Professora Associada da UFMS/Centro  
de Ciências Biológicas e da Saúde  
Doutora em Ciências da Saúde  
Chefe do Departamento de Tecnologia  
de Alimentos e Saúde Pública

Em Fevereiro de 2006, o Conselho Nacional de Saúde aprovou por unanimidade o documento que embasa a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC), que foi publicado na forma das Portarias Ministeriais nº 971, em 03 de maio de 2006, e nº 1600, de 17 de julho de 2006 (BRASIL, 2006a). A PNPIC é extremamente oportuna e culmina a partir do esforço de inúmeros órgãos de representação social e de profissionais que atuam há décadas no setor. Sua gestão aconteceu dentro das recomendações internacionais contínua e progressivamente atualizadas, principalmente nas Assembleias da Organização Mundial da Saúde, em que se consolidaram paulatinamente os avanços neste campo (WHO, 2005).

No Brasil, esse processo se dá a partir da década de 80, sobretudo após a criação do SUS. A construção da PNPIC é resultante de diversos eventos, documentos, discussões e Conferências Nacionais de Saúde. Merece destaque a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), por ser considerada também um marco para a oferta da PNPIC no sistema de saúde do Brasil visto que, impulsionada pela Reforma Sanitária, deliberou em seu relatório final pela “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” (BRASIL, 2009a).

As propostas apresentadas pela política têm implicações de ordem nacional e internacional. Internamente, trata-se de mais um exercício de democracia, suporte à pluralidade e respeito ao usuário. A noção de pluralismo foi desenvolvida na Ciência Política originalmente, tendo como finalidade a defesa do princípio de que cidadãos socialmente iguais, em direitos e deveres, podem ser diferentes, em percepções e necessidades. Embora esse preceito ainda sofra resistência no âmbito da saúde, a publicação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, em maio de 2006, representa um avanço e mais um instrumento para a expansão da pluralidade na saúde brasileira (Barros et al, 2007).



De acordo com o descrito nas considerações finais das PNPIC (BRASIL, 2006a),

O desenvolvimento da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares deve ser entendido como continuidade do processo de implantação do SUS, na medida em que favorece de forma efetiva o cumprimento dos princípios e diretrizes que regem o Sistema.

Ao considerar o indivíduo na sua dimensão global - sem perder de vista a sua singularidade, quando da explicação de seus processos de adoecimento e de saúde -, a PNPIC corrobora para a integralidade da atenção à saúde, princípio este que requer também a interação das ações e serviços existentes no SUS.

De outra parte, a busca pela redução das diferenças regionais na oferta de ações de saúde tem, na implantação ou implementação da PNPIC no SUS, a abertura de possibilidades de acesso a serviços de maneira mais equânime. Esta Política Nacional busca, portanto, concretizar tal prioridade, imprimindo-lhe a necessária segurança, eficácia e qualidade na perspectiva da integralidade da atenção à saúde no Brasil.

O presente módulo tem por objetivo apresentar aos profissionais estudantes que atuam nos serviços de saúde, de forma sucinta e pragmática, os principais aspectos que definem as Práticas Integrativas e Complementares (PICs), a Política e os Marcos Regulatórios que tratam de sua implementação, bem como algumas experiências bem sucedidas já estabelecidas no Serviço Público de Saúde de alguns municípios, estados ou regiões. Apropriados das experiências nacionais e do arcabouço teórico apresentado, esse profissionais terão subsídios para reconhecer as PICs já implementadas e/ou em fase de implantação no seu território, promover a integração com as

outras práticas convencionais utilizadas ou, ainda, propor a implantação das mesmas, ampliando a oferta das ações em saúde.

**Competências** - O especializando deve desenvolver competências para:

- Identificar as Políticas Públicas relacionadas às PIC;
- Identificar potenciais de melhoria dos serviços com o incremento das diferentes abordagens das PICs, tornando-as opções preventivas e terapêuticas disponíveis às famílias do seu território de atuação.

**Objetivos:**

- Conhecer e analisar as principais características da PNPIC e PNPMF;
- Conhecer experiências já desenvolvidas na rede pública brasileira (Fitoterapia, Medicina Antroposófica, Medicina Tradicional Chinesa- Acupuntura, Termalismo Social/ Crenoterapia);
- Identificar e caracterizar as PICs;
- Conhecer os Marcos Regulatórios.

---

## Seção 1 - A POLÍTICA: OBJETIVOS E DIRETRIZES

---

Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS

Portaria nº 971, de 03 maio 2006

- Acupuntura/MTC
- Homeopatia
- Plantas Medicinais/Fitoterapia
- Termalismo/Crenoterapia

A legitimação e institucionalização das *práticas complementares* no Brasil tiveram início nos anos 80, principalmente após a descentralização, participação popular e crescimento da autonomia municipal, promovidos pelo SUS. Um dos principais marcos no processo que culmina com a publicação da PNPIC foi a produção do diagnóstico nacional da oferta de práticas complementares no SUS e a criação de grupos de trabalho multi-institucionais para tratar da Homeopatia, Medicina Tradicional Chinesa-Acupuntura, Medicina Antroposófica e Plantas Medicinais e Fitoterapia (BARROS et al, 2007).

Com o objetivo de conhecer a realidade para propor a política, no período de março a junho de 2004 o DAB/SAS/MS fez um levantamento sobre as práticas complementares utilizadas nos serviços públicos de saúde. Utilizando a metodologia Survey, um questionário foi aplicado aos 5.560 gestores municipais e estaduais de saúde brasileiros. Retornaram 1.340 questionários, levando à conclusão de que, em 26 estados, 232 municípios, dentre estes 19 capitais, disponibilizam algum tipo de práticas complementares em seus serviços públicos de saúde. A partir do estudo realizado, pode-se concluir que:

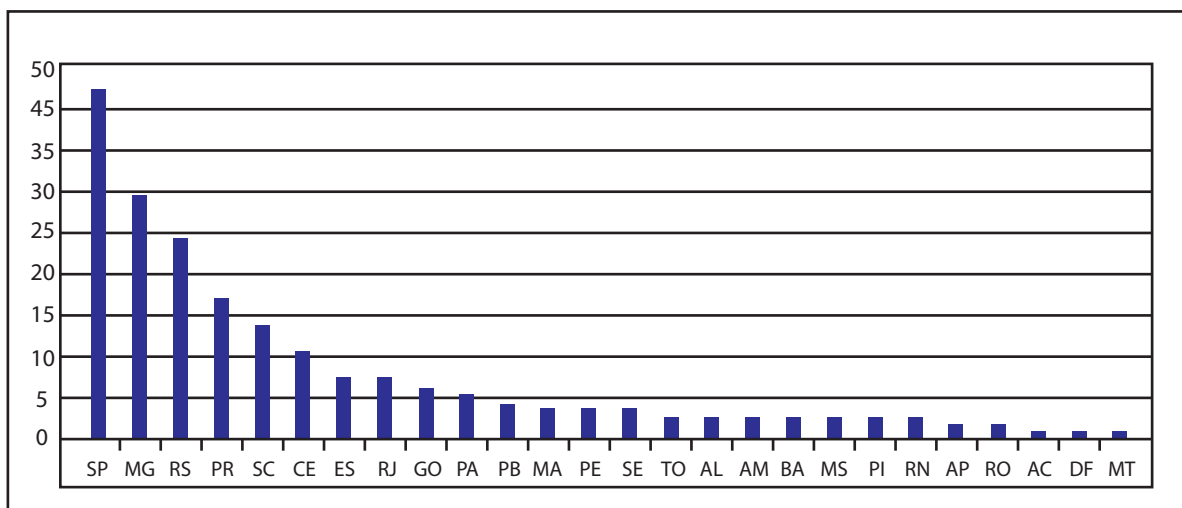
- a) as *práticas complementares mais frequentes no SUS são Reiki, Lian Gong, Fitoterapia, Homeopatia e Acupuntura;*
- b) *as práticas complementares são ofertadas*

*preferencialmente na Atenção Primária - Saúde da Família;*

- c) a capacitação dos profissionais é desenvolvida principalmente nos próprios serviços de saúde;*
- d) apenas 9,6% dos medicamentos homeopáticos e 35,5% dos fitoterápicos são distribuídos por farmácias públicas; e*
- e) apenas 6% do total de municípios e estados dispõem de Lei ou Ato Institucional criando serviços de práticas complementares (BARROS et al, 2007).*

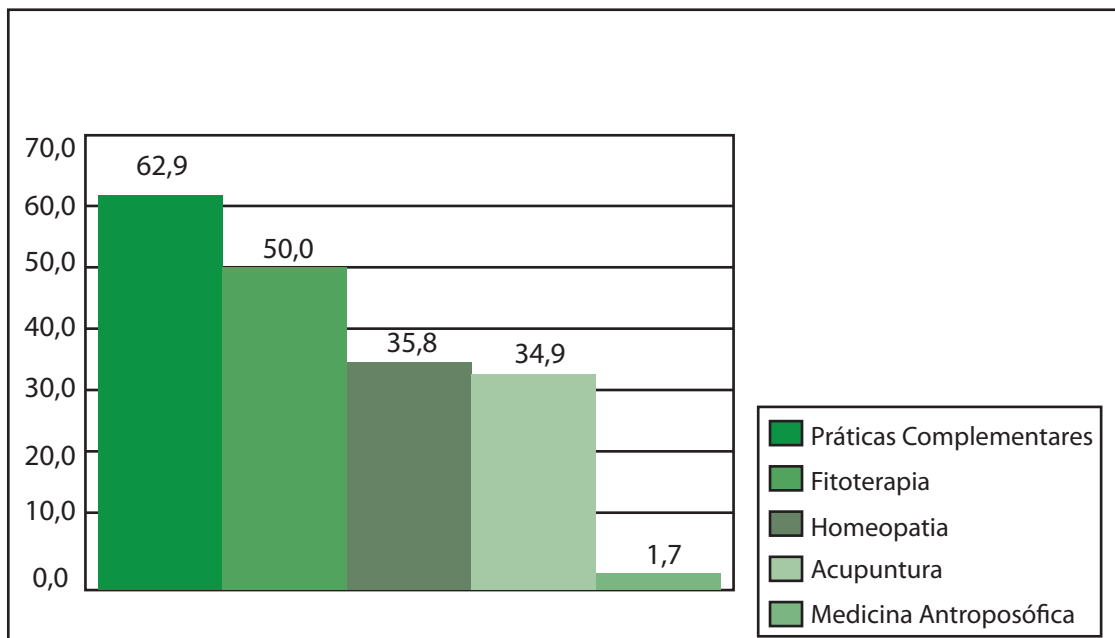
É possível identificar que o desenvolvimento da PNPIC no SUS é um aprofundamento do cuidado em saúde em busca da integralidade da atenção, acesso a serviços e exercício da cidadania. Também é possível compreender que várias *práticas complementares têm sido desenvolvidas na rede pública estadual e municipal de saúde de diferentes estados brasileiros, de forma desigual e descontinuada devido à ausência de diretrizes específicas (BARROS et al, 2007).*

Gráfico 1 - Distribuição por estado da inserção de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, relativa aos questionários respondidos. Brasília, 2006.



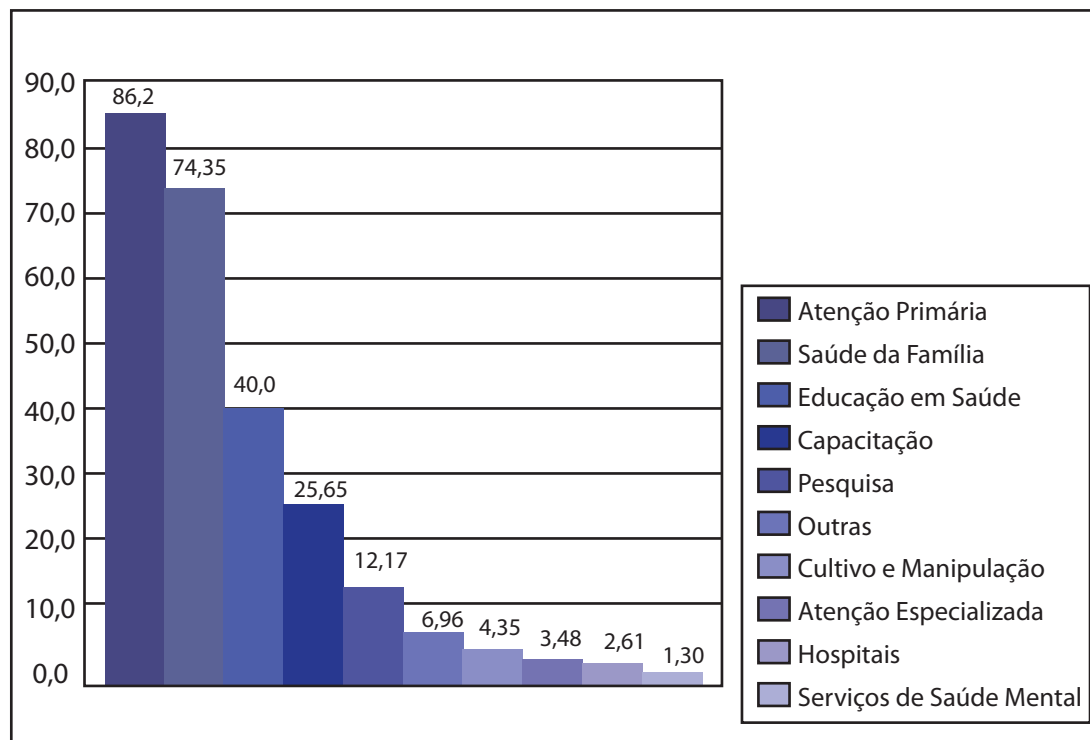
Fonte: (BRASIL, 2006a)

Gráfico 2 - Distribuição por modalidade e em porcentagem das Práticas Integrativas e Complementares nos municípios e estados brasileiros. Brasília, 2006.



Fonte: (BRASIL, 2006a)

Gráfico 3 - Distribuição de ações das Práticas Integrativas e Complementares por áreas de atuação. Brasília, 2006.



Fonte: (BRASIL, 2006a)

## **OBJETIVOS**

1. Incorporar e implementar as Práticas Integrativas e Complementares no SUS, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção primária, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde.
2. Contribuir para o aumento da resolubilidade do sistema e ampliação do acesso às Práticas Integrativas e Complementares, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso.
3. Promover a racionalização das ações de saúde, estimulando alternativas inovadoras e socialmente contributivas ao desenvolvimento sustentável de comunidades.
4. Estimular as ações referentes ao controle/participação social, promovendo o envolvimento responsável e continuado dos usuários, gestores e trabalhadores nas diferentes instâncias de efetivação das políticas de saúde (BRASIL, 2006a).

## **DIRETRIZES**

1. Estruturação e fortalecimento da atenção em Práticas Integrativas e Complementares no SUS, mediante:
  - incentivo à inserção das Práticas Integrativas e Complementares em todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção primária;
  - desenvolvimento das Práticas Integrativas e Complementares em caráter multiprofissional, para as categorias profissionais presentes no SUS, e em consonância com o nível de atenção;
  - implantação e implementação de ações e fortalecimento de iniciativas existentes;
  - estabelecimento de mecanismos de financiamento;
  - elaboração de normas técnicas e operacionais para

- implantação e desenvolvimento dessas abordagens no SUS; e
- articulação com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e as demais políticas do Ministério da Saúde.
2. Desenvolvimento de estratégias de qualificação em Práticas Integrativas e Complementares para profissionais no SUS, em conformidade com os princípios e diretrizes estabelecidos para Educação Permanente.
  3. Divulgação e informação dos conhecimentos básicos das Práticas Integrativas e Complementares para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando metodologias participativas e o saber popular e tradicional:
    - Apoio técnico ou financeiro a projetos de qualificação de profissionais para atuação na área de informação, comunicação e educação popular em Práticas Integrativas e Complementares que atuem na Estratégia Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde;
    - Elaboração de materiais de divulgação, como cartazes, cartilhas, folhetos e vídeos, visando à promoção de ações de informação e divulgação das Práticas Integrativas e Complementares, respeitando as especificidades regionais e culturais do país e direcionadas aos trabalhadores, gestores, conselheiros de saúde, bem como aos docentes e discentes da área de saúde e comunidade em geral;
    - Inclusão das Práticas Integrativas e Complementares na agenda de atividades da comunicação social do SUS;
    - Apoio e fortalecimento de ações inovadoras de informação e divulgação sobre Práticas Integrativas e Complementares em diferentes linguagens culturais,

tais como jogral, *hip hop*, *teatro*, *canções*, *literatura de cordel* e *outras formas de manifestação*;

- *Identificação, articulação e apoio a experiências de educação popular, informação e comunicação em Práticas Integrativas e Complementares.*
4. Estímulo às ações intersetoriais, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações.
  5. Fortalecimento da participação social.
  6. Provimento do acesso a medicamentos homeopáticos e fitoterápicos na perspectiva da ampliação da produção pública, assegurando as especificidades da assistência farmacêutica nesses âmbitos na regulamentação sanitária:
    - Elaboração da Relação Nacional de Plantas Medicinais e da Relação Nacional de Fitoterápicos.
    - Promoção do uso racional de plantas medicinais e dos fitoterápicos no SUS;
    - Cumprimento dos critérios de qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso;
    - Cumprimento das boas práticas de manipulação, de acordo com a legislação vigente.
  7. Garantia do acesso aos demais insumos estratégicos das Práticas Integrativas e Complementares, com qualidade e segurança das ações.
  8. Incentivo à pesquisa em Práticas Integrativas e Complementares com vistas ao aprimoramento da atenção à saúde, avaliando eficiência, eficácia, efetividade e segurança dos cuidados prestados.
  9. Desenvolvimento de ações de acompanhamento e avaliação das Práticas Integrativas e Complementares, para instrumentalização de processos de gestão.



10. Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências em Práticas Integrativas e Complementares nos campos da atenção, da educação permanente e da pesquisa em saúde.
- Estabelecimento de intercâmbio técnico-científico visando ao conhecimento e à troca de informações decorrentes das experiências no campo da atenção à saúde, à formação, à educação permanente e à pesquisa com unidades federativas e países onde a PNPIC esteja integrada ao serviço público de saúde.
11. Garantia do monitoramento da qualidade dos fitoterápicos pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (BRASIL, 2006a).

---

## Seção 2 - AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS e COMPLEMENTARES (PICS)

---

Quais são as práticas integrativas e complementares?

No âmbito da PNPIC, as práticas integrativas e complementares descritas são: medicina tradicional chinesa - acupuntura, homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia, medicina antroposófica e o termalismo social/crenoterapia.

São práticas que estimulam os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde e contribuem para a promoção da saúde, inserção social, redução do consumo de medicamentos, melhoria da autoestima e da qualidade de vida, entre outros (BRASIL, 2006a).

### 2.1 Homeopatia

A forma de apresentação pode ser: líquida (em gota) ou dose única  
- sólida: em glóbulos, tabletes, comprimidos ou pós

**Definição de Homeopatia segundo a PNPIC:** trata-se de um sistema médico complexo, de caráter holístico, baseado no princípio vitalista e na lei dos semelhantes, enunciada por Hipócrates no século IV a.C. A homeopatia desenvolvida por Samuel Hahnemann, no século XVIII, utiliza como recurso diagnóstico a matéria médica e o repertório e, como recurso terapêutico, o medicamento homeopático (BRASIL, 2006a).

**O que é a Homeopatia?**

É um método de tratamento criado pelo médico alemão Samuel Hahnemann, em 1796, que se fundamenta na Lei dos

Semelhantes, citada pelo Pai da Medicina, Hipócrates, no ano 450 a.C. Segundo esta lei, os semelhantes se curam pelos semelhantes, isto é, para tratar um indivíduo que está doente, é necessário aplicar um medicamento que provoque (quando experimentado no homem são e sensível) os mesmos sintomas que o doente apresenta.

Se uma pessoa sã, por exemplo, ingerir doses tóxicas de certa substância, irá apresentar sintomas, como dores gástricas, vômitos e diarreia; se, por outro lado, for administrada essa mesma substância, preparada homeopaticamente, ao enfermo que apresenta dores gástricas, vômitos e diarreia, com características semelhantes àquelas causadas pela substância em questão, obtém-se, como resultado, a cura desses sintomas (AMHB, 2010).

### **O que é o medicamento homeopático?**

Os medicamentos homeopáticos são preparados a partir de substâncias extraídas da natureza, provenientes dos reinos mineral, vegetal ou animal.

Para que a substância da natureza seja usada como medicamento homeopático, é necessário prévio conhecimento de sua potencialidade curativa, através da experimentação no homem são. Tais substâncias podem ser tanto tóxicas, quanto inertes, desde que, quando experimentadas, ofereçam a melhor similitude aos sintomas da doença a ser tratada.

As preparações básicas dessas substâncias recebem o nome de tinturas-mãe e a partir delas são iniciados os processos das sucessivas diluições.

No início de suas experiências, Hahnemann começou diluindo os medicamentos e verificou que, quanto mais diluía, minimizavam-se as reações indesejáveis. Percebeu também que, ao fazer diluições sucessivas das substâncias e agitá-las diversas vezes, obtinha sempre melhores resultados e foi assim que ele chegou às doses mínimas. Desta maneira, a toxicidade das substâncias é atenuada e o potencial de cura é aumentado.

Ao processo de diluição seguido de agitação dá-se o nome de dinamização (do grego dynamis- que significa força). Através da dinamização, consegue-se despertar na substância a capacidade de agir sobre a força vital do organismo vivo (AMHB, 2010).

### **Cuidados com o medicamento homeopático**

- Sempre mantê-los nos frascos originais e bem fechados.
- Levar o medicamento diretamente à boca, sem contato com as mãos, no momento de tomá-lo; evitar também que o conta-gotas ou tampa do frasco toquem a boca para que não ocorra contaminação; fechar imediatamente o frasco.
- Permanecer sem se alimentar por um intervalo mínimo de 30 minutos, antes e após cada dose.
- Deixar os medicamentos longe de aparelhos eletrodomésticos ou que emitam radiação (rádio, televisão, forno de micro-ondas, geladeiras, computadores, telefones celulares etc.).
- Evitar sua exposição à luz solar direta, ambientes úmidos, como também locais que possuam odores fortes de perfumes, sabonetes, produtos de limpeza, condimentos, locais que alteram sua composição. Evitar, ainda, guardá-los junto a outros medicamentos (principalmente canforados), ou em bolsas com perfumes, celulares ou cigarros.
- Procurar guardá-los, nas viagens de carro, em sacolas térmicas, caixas de madeira ou isopor, pois o sol e o calor forte do porta-luvas podem danificá-los.
- Evitar a exposição dos medicamentos aos raios X e arco magnético quando viajar de avião; levá-los como bagagem de mão (desde que você não passe pelo raio X com eles), explicando aos funcionários do aeroporto que são medicamentos sensíveis às radiações (AMHB, 2010).

**Por que dizem que o medicamento homeopático é só água, não tendo nada dentro?**

Quando Hahnemann iniciou a experimentação, percebeu que certas substâncias não poderiam ser usadas em grandes quantidades; assim, passou a diluí-las sempre na escala de 1 para 100, criando um método reproduzível. A cada diluição chamou de Centesimal. Mais tarde, para diferenciá-la de outras escalas, denominou-a de Centesimal Hahnemanniana - CH. Para usar essas substâncias como medicamento, procedia da mesma forma. Contudo, percebeu que, mesmo diluídas, apresentavam agravações (aumento inicial da intensidade dos sintomas) quando prescritas aos pacientes. Passou, então, a diluí-las cada vez mais, agitando o medicamento (sucessões), obtendo, desta forma, melhores resultados.

Mas, após tantas diluições, a substância original não se acaba?

Sim, daí a necessidade das sucessões, ou seja, agitar o frasco também 100 vezes a cada vez que se dilui. O efeito medicamentoso em homeopatia não é bioquímico, mas energético. Ao ser diluída e agitada, a substância libera na água uma informação que, ao ser pingada sob a língua, transfere-a para o paciente. A informação ali contida estimula os mecanismos naturais de cura do indivíduo (*vix medicatrix naturae*), levando-o da doença para a saúde, através de suas próprias condições intrínsecas. Estudos vêm sendo realizados com as chamadas soluções não moleculares visando provar o efeito biológico não só da homeopatia, mas de outros produtos que atuam da mesma forma: *in vivo* e não *in vitro* (AMHB, 2010).

**Por que a consulta homeopática é diferente da alopática?**

A consulta homeopática se caracteriza por abordar uma série de sintomas e perguntas mais abrangentes do que a consulta de um médico ortodoxo. Além de fazermos os diagnósticos médicos usuais, realizamos uma série de outros diagnósticos

homeopáticos, inclusive o medicamentoso, utilizando o procedimento médico denominado Repertorização e recorrendo, para tanto, à ajuda de diversos livros e computadores (AMHB, 2010).

### **A consulta homeopática é mais longa?**

Cada ser humano tem o seu “timing”, ou seja, algumas vezes chegamos a um diagnóstico rapidamente, entretanto, em outras oportunidades, apesar de aplicarmos corretamente todas as técnicas, levamos mais tempo que o esperado. O tempo necessário para a realização da consulta médica homeopática dependerá basicamente da qualidade das informações fornecidas pelo paciente, experiência do médico e recursos disponíveis para sua realização (livros, computadores, etc.). Normalmente, a cada regresso do paciente, o médico avalia os sintomas pelos quais foi prescrito o medicamento, fazendo, assim, o que chamamos de uma Nova Avaliação, o que é absolutamente diferente de um simples retorno, pois implica a retomada de todo o caso. Às avaliações mais frequentes para verificar como está evoluindo um determinado quadro patológico (amigdalite, pneumonia por ex.) chamamos de Revisões. As Novas Avaliações e Revisões são realizadas pelo médico com a finalidade de dar seguimento ao tratamento homeopático, sendo imprescindíveis para o seu sucesso (AMHB, 2010).

### **A medicina homeopática é muito lenta para tratar as doenças?**

Não, absolutamente. O que ocorre é que, como a homeopatia se preocupa com as causas que levaram o indivíduo ao desequilíbrio, algumas vezes aumentando aparentemente a intensidade dos sintomas, com vistas a fortalecer os mecanismos naturais de cura e não os suprimindo simplesmente, tem-se a falsa impressão de que os medicamentos homeopáticos são lentos em sua atuação, mas, pelo contrário, se o paciente

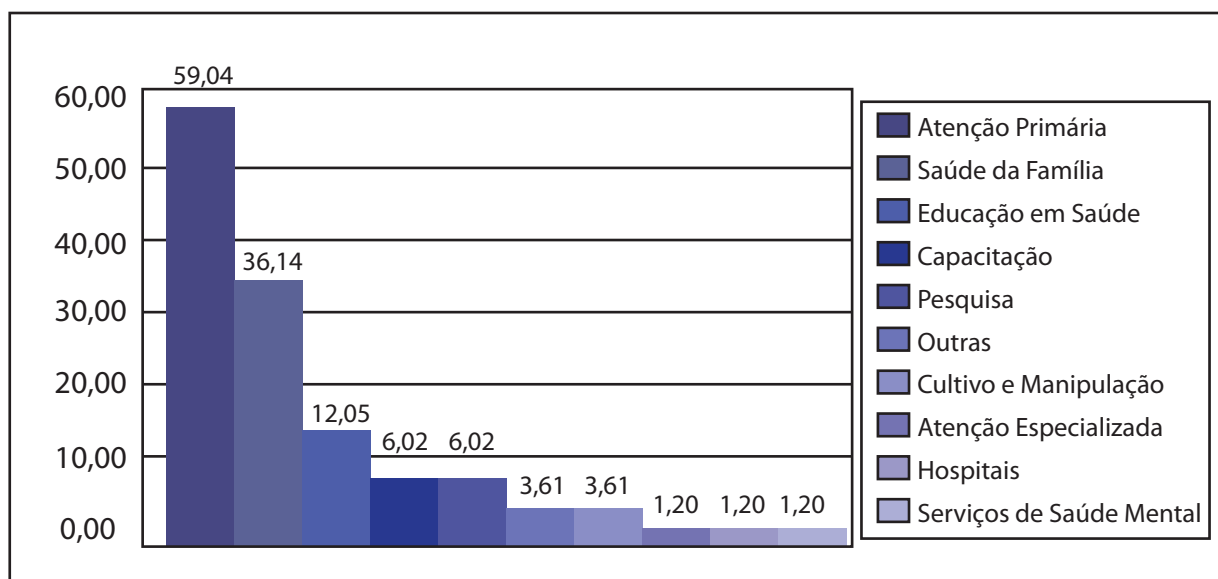
se encontra energeticamente responsivo, a ação é notada instantaneamente (AMHB, 2010).

### A Homeopatia cura todas as doenças?

Não, a homeopatia não é a panaceia universal. Como toda técnica terapêutica tem seu campo de atuação e limites. A habilidade e a experiência do médico homeopata influem nos resultados, na medida em que os sintomas a serem tomados para a prescrição dependem de um acurado exame, em que a hierarquização realmente eficaz para cada caso depende muito mais da capacidade de percepção e julgamento do homeopata (adquirida na prática diária) do que da erudição técnica. A colaboração do paciente, fornecendo os sintomas de forma clara e fidedigna, o uso ou não de outros produtos concomitantemente, a qualidade do medicamento homeopático e a condição genética (herdada) do paciente também são fatores determinantes do sucesso total ou parcial do tratamento homeopático (AMHB, 2010).

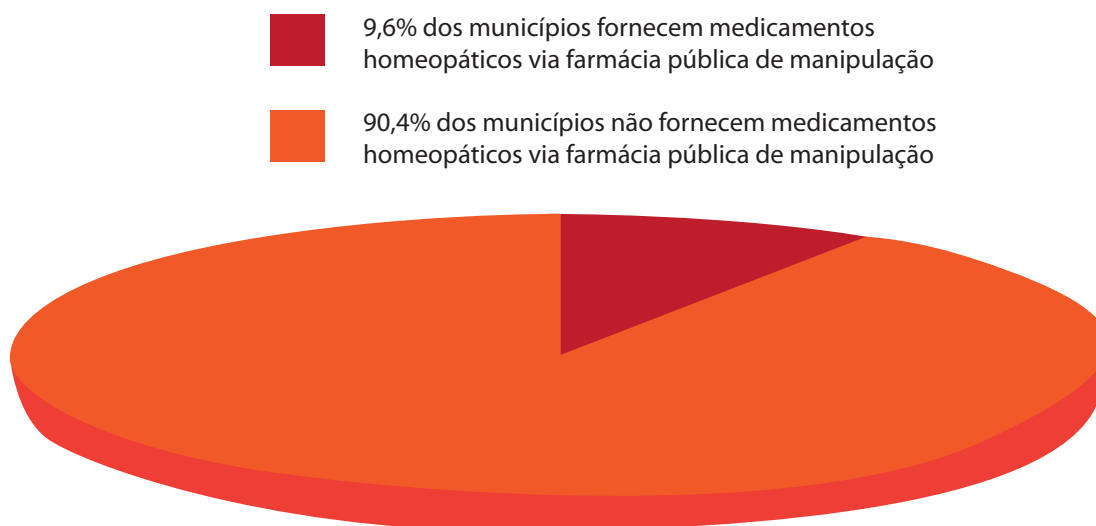
**LINK:** Site da Associação Médica Brasileira de Homeopatia - AMBH- [www.amhb.org.br](http://www.amhb.org.br)

Gráfico 4 - Distribuição das ações em Homeopatia por área de atuação. Brasília, 2006



Fonte: (BRASIL, 2006a)

Gráfico 5 - Distribuição percentual de fornecimento de medicamentos homeopáticos via farmácia pública de manipulação



Fonte: (BRASIL, 2006a)



### VAMOS SABER MAIS!

<http://homeopatia.bvs.br/xml2html/xmlRoot.php?xml=xml/pt/bvs.xml&xsl=xsl/level3.xsl&lang=pt&tab=collection&item=76&graphic=yes>

## 2.2 Medicina Antroposófica (MA)

O que gera saúde? Imaginar para que uma dor aparece, em vez de raciocinar sobre o que a causa. Essa é a reflexão central da medicina antroposófica. Baseada em métodos que buscam a maior coerência entre o nosso pensar, sentir e agir, ela tem atraído cada vez mais brasileiros (STRINGUETO, 2007).



**Definição de Medicina Antroposófica segundo a PNPIC:**

A MA apresenta-se como abordagem médico-terapêutica complementar, de base vitalista, cujo modelo de atenção está organizado de maneira transdisciplinar, buscando a integralidade do cuidado em saúde. Entre os recursos terapêuticos que acompanham a abordagem médica, destaca-se o uso de medicamentos baseados na homeopatia, na fitoterapia e em outros específicos da Medicina Antroposófica. Integrado ao trabalho médico está prevista a atuação de outros profissionais da área da saúde, de acordo com as especificidades de cada categoria (BRASIL, 2006a).

A formação em Medicina Antroposófica no mundo todo é considerada uma extensão da formação médica acadêmica. Em resumo, a Medicina Antroposófica é uma prática médica, enriquecida pelo trabalho conjunto, interdisciplinar com outros profissionais, tais como: massagistas rítmicos, terapeutas artísticos, euritmistas e psicólogos. Atualmente, no Brasil, contamos com vários profissionais com mestrado e doutorado, indicando a permanente ligação com a medicina acadêmica. Além de clínicos e pediatras que ampliam sua prática com os conhecimentos da Medicina Antroposófica, há também outras especialidades: ginecologia, reumatologia, cardiologia, pneumologia, psiquiatria, oncologia, todos em busca de uma renovação de sua prática médica para a melhoria da qualidade dos tratamentos oferecidos (ABMA, 2010).

**O que caracteriza a Medicina Antroposófica?**

Muitas são as ações que caracterizam e diferenciam a abordagem dos problemas de saúde pela Medicina Antroposófica. Tudo começa com uma imagem ampliada do ser humano,

da saúde x doença e do processo de vida (veja “Conceitos Fundamentais” nesta seção). Diante de uma doença, o médico antroposófico vai considerar o quadro clínico do paciente - seus sintomas, os dados de anamnese, de exame físico, os subsídios de exames laboratoriais ou por imagem -, como qualquer outro médico. Mas também vai pesquisar como está a vitalidade desse paciente, o seu desenvolvimento emocional e como ele tem conduzido sua vida através dos anos, sua história de vida ou biografia. O diagnóstico convencional pode, então, tornar-se mais profundo e individualizado. A origem dos desequilíbrios pode ser identificada e transformada através da terapêutica. Esta envolve o uso de medicamentos produzidos com substâncias da natureza - minerais, plantas e até de alguns animais (abelha, corais) -, através de técnica homeopática (diluição e dinamização), de processos específicos da farmácia ampliada pela Antroposofia (como é o caso dos medicamentos à base de metais) e de fitoterápicos. Mas também pode ser necessário o uso concomitante de medicamentos convencionais (alopáticos). Além de remédios, o médico antroposófico também prescreve orientações alimentares, de saúde em geral e de estilo de vida (ABMA, 2010).

### **Quando e como surgiu a MA?**

A Medicina Antroposófica surgiu na Europa no início do século XX, baseada na imagem do homem trazida pela Antroposofia ou Ciência Espiritual, do filósofo austríaco Rudolf Steiner (1861 - 1925). A pioneira desse trabalho foi a médica Ita Wegman (1874 - 1943), que, a partir de diálogos com Rudolf Steiner, desenvolveu as bases de uma nova arte médica, indicando medicamentos e terapias para diversas doenças. Atualmente, a Medicina Antroposófica está presente em mais de quarenta países, nos cinco continentes. O órgão mundial responsável pela sua regulamentação é a Seção Médica do Goethe anum ao qual a ABMA é filiada.

Muitas outras áreas práticas do conhecimento humano foram influenciadas pela Antroposofia, como é o caso da Pedagogia Waldorf, da Agricultura Biodinâmica, da Arquitetura de inspiração antroposófica, da Farmácia, da Pedagogia Curativa e também da Economia e Gestão Empresarial.

Como ampliação da medicina acadêmica, a Medicina Antroposófica oferece uma proposta de abordagem para todos os problemas de saúde, ainda que seja tomada apenas como terapia complementar, aliada a outros métodos terapêuticos. Na verdade, não é preciso estar doente para procurar um médico antroposófico. Ele fornece orientações e medicamentos que também auxiliam na prevenção de muitas doenças.

**Profissionais médicos:** profissionais com graduação em medicina, devidamente registrados nos Conselhos Regionais de Medicina, que concluíram curso de formação em MA, regulamentado pela Associação Brasileira de Medicina Antroposófica ou suas regionais. Integrado ao trabalho médico, outras ações específicas são desenvolvidas por outras categorias profissionais, respeitando as suas especificidades. A atuação dos médicos nesse sistema diferencia-se muito pouco da prática convencional e, por isso, a Medicina Antroposófica pode ser considerada uma ampliação da prática médica. Etapas como anamnese, exame físico e solicitação de exames complementares, quando necessários, são semelhantes. Na etapa seguinte, além do diagnóstico convencional, o médico antroposófico realiza também o diagnóstico complementar, a partir do conjunto de saberes envolvidos na cosmovisão antroposófica. Os cursos para profissionais da área da saúde possuem uma base comum, com duração de dois anos. Posteriormente, cada área continua, em separado, a formação específica, que dura mais dois ou três anos (BRASIL, 2006a).

**Recursos terapêuticos não-medicamentosos em MA:** os profissionais da equipe de saúde (enfermeiros, psicólogos, massagistas, terapeutas artísticos e outros) trabalham de

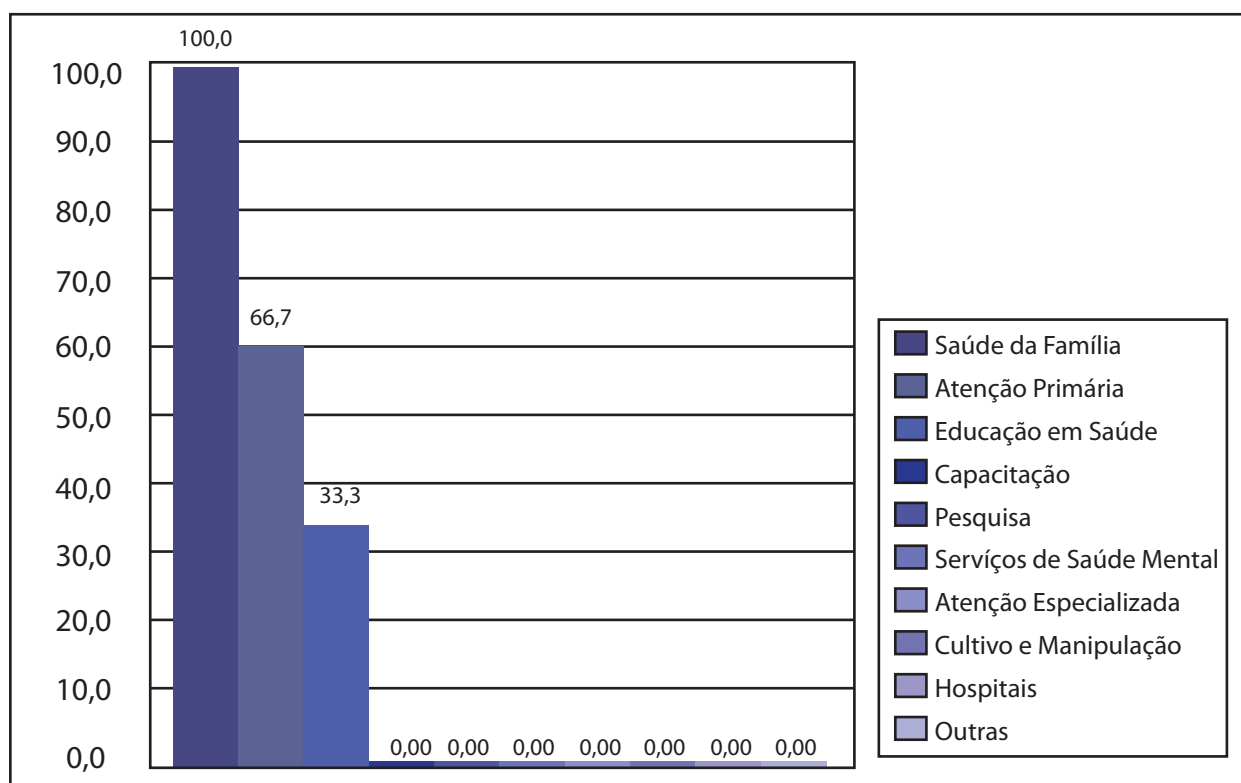
maneira integrada com os médicos e dentistas, aplicando, quando indicado, outros recursos terapêuticos:

- a) **Aplicações externas:** compreendem a administração de escalda-pés, enfaixamentos, compressas e emplastros à base de chás, óleos e pomadas fitoterápicas. Podem ser realizadas por todos os profissionais da equipe de saúde. Algumas modalidades constituem técnicas de medicina popular e podem ser incorporadas pelos usuários e pela comunidade.
- b) **Banhos terapêuticos:** são realizados segundo indicação médica pela equipe de enfermagem e compreendem algumas técnicas específicas. Consistem na diluição de óleos à base de plantas medicinais na água da imersão.
- c) **Massagem rítmica:** é inspirada na massagem sueca e compreende ser o organismo humano completamente permeado pela vitalidade, que geralmente está alterada nos estados patológicos. Por intermédio de toques específicos (deslizamentos superficiais, amassamento e malaxação, duplos círculos e lemniscatas), é possível equilibrar essa vitalidade, atuando sobre as frações aquosa, aérea, gasosa e sólida do organismo. É realizada por profissionais de nível superior, com capacitação específica da Escola de Massagem Rítmica do Brasil.
- d) **Terapia artística:** é indicada tanto como atividade higiênica e de prevenção, quanto nos tratamentos de vários distúrbios orgânicos e psicológicos. Envolve atividades de desenho, pintura em aquarela, modelagem com argila e outras técnicas. Pode ser feita em grupo ou individualmente (BRASIL, 2006a).

**Terapêutica medicamentosa:** esta terapêutica em Medicina Antroposófica é realizada exclusivamente por médicos e dentistas, que prescrevem de acordo com o diagnóstico individualizado. Embora um dos benefícios observados seja

a redução do uso dos medicamentos alopáticos, sempre que necessário, a prescrição envolverá a combinação desses medicamentos com medicamentos homeopáticos, fitoterápicos e antroposóficos específicos (preparações dinamizadas que passam por processos farmacêuticos próprios da farmácia antroposófica) (BRASIL, 2006a).

Gráfico 6 - Distribuição das ações em Medicina Antroposófica por área de atuação. Brasília, 2006.



Fonte: (BRASIL, 2006a)

LINK: Site da Associação Médica Brasileira de Medicina Antroposófica: [www.abmanacional.com.br/](http://www.abmanacional.com.br/)

### 2.3 A Fitoterapia

A fitoterapia é uma terapêutica caracterizada pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas. No entanto, no Brasil, para que um medicamento seja considerado fitoterápico, ele não deve ter, em sua composição, substâncias ativas isoladas ainda que de origem vegetal.

**Definição de Plantas Medicinais e Fitoterapia segundo a PNPIC:** Terapêutica caracterizada pelo “uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal”. A prática da Fitoterapia incentiva o desenvolvimento comunitário, a solidariedade e a participação social. Os serviços podem oferecer os seguintes produtos: planta medicinal “in natura”, planta medicinal seca (droga vegetal), fitoterápico manipulado e/ou fitoterápico industrializado (BRASIL, 2006a).

A utilização das plantas é conhecida como fonte de medicamentos para o tratamento das enfermidades desde a idade antiga. O grau de desenvolvimento da terapêutica moderna não teria sido obtido sem o auxílio dos produtos de origem natural. São vários os exemplos de medicamentos que foram desenvolvidos a partir de fontes vegetais, incluindo, entre outros, a morfina, a pilocarpina, os digitálicos, os curares, a quinina, a artemisinina e a atropina. Recentemente, o alcaloide galantamina, isolado do *Galanthus wronowi* e de várias outras espécies de plantas do gênero *Amaryllidaceae* (*ReminylÒ*), foi aprovado nos Estados Unidos e em vários países europeus para o tratamento do mal de Alzheimer. Estima-se

que aproximadamente 40% dos medicamentos disponíveis hoje em dia foram desenvolvidos direta ou indiretamente a partir de fontes naturais, sendo 25% de plantas (SIANI, 2003).

Entre os elementos favoráveis ao desenvolvimento e utilização de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos de que o Brasil dispõe está a riqueza de sua biodiversidade. O Brasil é um dos países com maiores perspectivas para exploração econômica da biodiversidade do planeta, em função do número expressivo de espécies nativas, das excelentes condições climáticas, edáficas e do grande potencial hídrico (ZUANAZZI, 2010), com um potencial capaz de alavancar o desenvolvimento da indústria farmacêutica nacional, crescimento socioeconômico e oferta de novas possibilidades terapêuticas para o sistema nacional de saúde. De acordo com as estimativas da Convenção da Diversidade Biológica (CDB), o Brasil responde por cerca de 20% do patrimônio genético mundial, sendo considerado o maior em número de plantas endêmicas (LEWINSONHN, 2002; BARREIRO, 2009). São 55 mil espécies vegetais (22% do total registrado no planeta), 524 mamíferos (cerca de 131 endêmicos), 517 anfíbios (294 endêmicos), 1.622 aves (191 endêmicas), 468 répteis (172 endêmicos), 3 mil espécies de peixes de água doce e cerca de 15 milhões de insetos (MMA, 2007).

Outro fator que favorece a fitoterapia no Brasil é o conhecimento etnobotânico e etnofarmacológico da população brasileira. A miscigenação tendo sido um fator primordial para esse conhecimento, cuja difusão facilita a aceitação popular de plantas medicinais, fitoterápicos e aderência terapêutica. Entretanto, é um sério problema a perda corrente do conhecimento etnomédico e do manejo das plantas do ambiente, devido, em grande medida, às migrações internas e ao desaparecimento físico de indígenas. Desse modo, é preciso resgatar essas informações etnofarmacológicas e etnobotânicas, inventariando-as em banco de dados (CALIXTO, 2008).

A simplicidade da tecnologia usada para extração de plantas medicinais constitui uma vantagem adicional para explorar os recursos vegetais. Existem centenas de pequenos fabricantes - a maior parte dos quais sequer é registrada no Ministério da Saúde -, cujos produtos são colocados à venda em praças públicas, feiras e outros pontos. Por outro lado, a fabricação realizada, muitas vezes em condições precárias e à margem da Vigilância Sanitária, pode representar um risco adicional pela falta de controle da qualidade dos produtos distribuídos ou vendidos por essas organizações.

De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de 65 a 80% da população mundial não têm acesso ao atendimento primário de saúde e recorrem à medicina tradicional, especialmente às plantas medicinais, à procura do alívio para muitas doenças. A própria OMS não só reconhece, como também estimula o uso das plantas medicinais, embora recomende cuidados especiais com esta prática por intermédio da distribuição de manuais para orientar estudos científicos, que confirmem a segurança e a eficácia clínica das mesmas (SIMÕES et al 2001).

*As plantas medicinais são utilizadas na medicina popular e na produção de medicamentos sob as seguintes formas: como fornecedora de substâncias ativas isoladas; como extratos purificados ou selecionados, centrados em específicos grupos de substâncias; como extratos totais padronizados em relação a uma substância, um grupo de substâncias ou uma especificação determinada; como droga (OLIVEIRA et al, 1991) íntegra, rasurada ou moída, destinada à preparação extemporânea de infusos ou chás. A primeira refere-se ao desenvolvimento de substâncias ativas de plantas como protótipos de fármacos para a indústria de síntese. Já as outras possibilidades referem-se ao desenvolvimento de medicamentos fitoterápicos (SIMÕES et al., 2001).*



*Segundo RDC 14/ANVISA, Medicamento Fitoterápico é o medicamento* farmacêutico obtido por processos tecnologicamente adequados, empregando-se exclusivamente matérias-primas vegetais com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico. É caracterizado pelo conhecimento da eficácia e dos riscos de seu uso, assim como pela reprodutibilidade e constância de sua qualidade. Não se considera medicamento fitoterápico aquele que, na sua composição, inclua substâncias ativas isoladas, de qualquer origem, nem as associações destas com extratos vegetais (BRASIL, 2010a).

Os últimos dez anos assistiram a um número expressivo de mudanças nas bases políticas e normativas do segmento de plantas medicinais e fitoterápicos. As duas principais políticas introduzidas com impacto direto nesse sistema foram a PNPIC e a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF). A PNPMF tem como eixos prioritários: o acesso a plantas medicinais e fitoterápicos, o uso racional e seguro dos produtos, o desenvolvimento da cadeia produtiva, o fortalecimento da indústria nacional e o reconhecimento do uso tradicional. Representam esses dois instrumentos um avanço e também um desafio para os diversos atores responsáveis pela implementação das ações.

Essas estratégias políticas combinam o desenho e a implementação de uma política nacional que envolve mudanças importantes de paradigmas, seguidas de desdobramentos concretos, como as inovações nos campos institucional, normativo e operacional (GUILHERMINO, 2010).

No que se refere aos fitomedicamentos em particular, a par das mudanças acima, é importante destacar a ampla e profunda revisão promovida recentemente no seu arcabouço regulatório pelo Ministério da Saúde, através da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, que modernizou, de maneira importante, a questão regulatória dos fitoterápicos. As novas

e rigorosas exigências ali explícitas, sobretudo relacionadas aos padrões de qualidade de processos e produtos, têm provocado fortes impactos no mercado como um todo, isto é, ao longo de toda a sua cadeia produtiva (GUILHERMINO, 2010).

**Assistência nos diferentes níveis de complexidade:** planta medicinal, droga vegetal, intermediários (extratos, tinturas), medicamento (magistral ou industrializado).

O interesse popular e institucional vem crescendo no sentido de fortalecer a Fitoterapia no SUS. Atualmente, existem programas estaduais e municipais de Fitoterapia, desde aqueles com memento terapêutico e regulamentação específica para o serviço, implementados há mais de 10 anos, até aqueles com início recente ou com pretensão de implantação. Levantamento realizado pelo Ministério da Saúde no ano de 2004, em todos os municípios brasileiros, verificou que a Fitoterapia está presente em 116 municípios, contemplando 22 unidades federadas. Observa-se que existem muitos programas que realizam assistência fitoterápica, entretanto a maioria deles tem dificuldades para garantir os medicamentos, ou por falta de recursos financeiros, profissionais treinados e capacitados (para prescrição), ou mesmo pelo acesso aos recursos naturais em número e qualidade.



### VAMOS SABER MAIS!

A PNPMF e o programa são os instrumentos que conduzirão os avanços necessários na área de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (BRASIL, 2006b e 2009b).

Decreto nº 5.813 de 22 junho de 2006

Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.

O material encontra-se na biblioteca virtual do curso.

### **Se é natural, não faz mal?**

A crença popular diz que “o que é natural não faz mal”. Isto justificaria o uso de plantas medicinais ou fitoterápicos como medicamentos muito seguros, incapazes de produzir reações adversas. Mas não é bem assim. A maior parte dos fitoterápicos são seguros e eficazes, porém, como todo medicamento, requerem cuidados especiais no uso, **como tempo de administração e dosagem, além interações medicamentosas e contraindicações.**

Os produtos naturais são utilizados para várias finalidades, sob diversas combinações (com medicamentos alopáticos, homeopáticos, entre outros), baseados em evidências históricas ou pessoais, às quais geralmente não se atribui nenhum evento adverso. É importante levar em conta que os fitoterápicos são, em muitos casos, misturas complexas de várias plantas, das quais pouco se conhece a respeito da toxicidade e do perfil de reações adversas, particularmente, além da dificuldade de distinguir reações adversas de eventos relacionados à qualidade do produto fitoterápico, adulteração, contaminação, preparação incorreta ou estocagem inadequada e/ou uso inapropriado, irracional (SILVEIRA, 2008).

Agravando ainda mais a situação, aproximadamente metade dos consumidores que utilizam plantas medicinais não avisam ao seu médico. Esse procedimento faz aumentar os riscos para o paciente, uma vez que o médico pode errar seu diagnóstico em função das muitas interações possíveis entre as plantas e os medicamentos da medicina convencional (EISENBERG, 1998).

De uma forma geral, crianças e mulheres grávidas, ou amamentando devem evitar o uso de plantas medicinais.

#### **Exemplos de plantas medicinais e cuidados:**

**Alcaçuz (*Clycyrrhiza glabra*):** *Age como expectorante e coadjuvante no tratamento de úlceras e gastrites. O uso*

*excessivo e em doses altas pode causar elevação da pressão e retenção de líquidos. Não usar continuamente por mais de uma semana.*

**Arnica** (*Arnica montana*): *Uso externo indicado para hematomas, inchaços e contusões. O uso interno é tóxico.*

**Carqueja** (*Baccharis trimera*): *Indicada para distúrbios digestivos. Evitar o uso concomitante com medicamentos para hipertensão e diabetes.*

**Cáscara Sagrada** (*Rhamnus purshiana*): *Indicada para constipação intestinal ocasional. Não usar continuamente por mais de uma semana.*

**Castanha-da-Índia** (*Aesculus hippocastanum*): *Indicada em casos de insuficiência venosa e fragilidade capilar. Evite o uso se estiver tomando medicamento anticoagulante.*

**Cavalinha** (*Equisetum arvense*): *Indicada como diurético. Não deve ser utilizada por indivíduos portadores de insuficiência renal ou cardíaca.*

**Chapéu-de-couro** (*Echinodorus macrophyllus*): *Indicado como diurético. Não deve ser utilizado por indivíduos portadores de insuficiência renal ou cardíaca.*

**Cimicífuga** (*Cimicifuga racemosa*): *Indicada para os sintomas da menopausa. Evitar o uso concomitante com medicamentos para hipertensão, anticoncepcional e hormônios, como estrógenos conjugados. Não usar se tiver problemas gastrointestinais.*

**Confrei** (*Symphytum officinale*): *Uso externo como cicatrizante. Usado internamente é hepatotóxico e nefrotóxico.*

**Equinácea** (*Echinacea purpúrea*): *Indicada como preventivo e coadjuvante no tratamento de resfriados e infecções, como estimulante para o sistema imunológico. Evite o uso se tiver doenças autoimunes.*

**Gengibre** (*Zingiber officinalis*): *Indicado como digestivo e na profilaxia de náuseas. Evite o uso se estiver tomando medicamentos com atividade antiplaquetária, anticoagulante*

ou hipoglicemiante.

**Ginseng** (*Panax ginseng*): Indicado em casos de fadiga física e mental. Utilizar por no máximo 3 meses. Não usar de forma contínua.

**Ginkgo** (*Ginkgo biloba*): Indicado em casos de vertigem, zumbidos e distúrbios circulatórios periféricos. Evite o uso se estiver tomando anticoagulante, pois potencializa os efeitos adversos do medicamento.

**Hipérico** (*Hypericum perforatum*): Indicado para casos de depressão leve a moderada. Evite-o se estiver usando medicamentos anticoagulantes, anticoncepcionais ou outros, pois pode diminuir a ação do medicamento ou aumentar a toxicidade.

**Kava-kava** (*Piper methysticum*): Indicada em casos de ansiedade, nervosismo e insônia. Pode causar vertigem, dores de cabeça e hepatotoxicidade. Utilizar por no máximo 2 meses. Não faça uso prolongado.

**Maracujá** (*Passiflora incarnata*): Indicado para nervosismo e insônia. Evite se estiver tomando sedativos.

**Sene** (*Cassia augustifolia*): Indicado para constipação intestinal ocasional. Não usar continuamente por mais de uma semana.

**Tanaceto** (*Tanaceto parthenium*): Indicado no tratamento de enxaqueca. Não usar de forma contínua.

**Uva-Ursi** (*Arctostaphylos uva-ursi*): Indicada para infecções no trato urinário. Não usar continuamente.

**Valeriana** (*Valerian officinalis*): Indicada em casos de insônia, histeria e nervosismo. Use por períodos curtos, caso não esteja tomando sedativos. Evite ingerir álcool e dirigir máquinas.

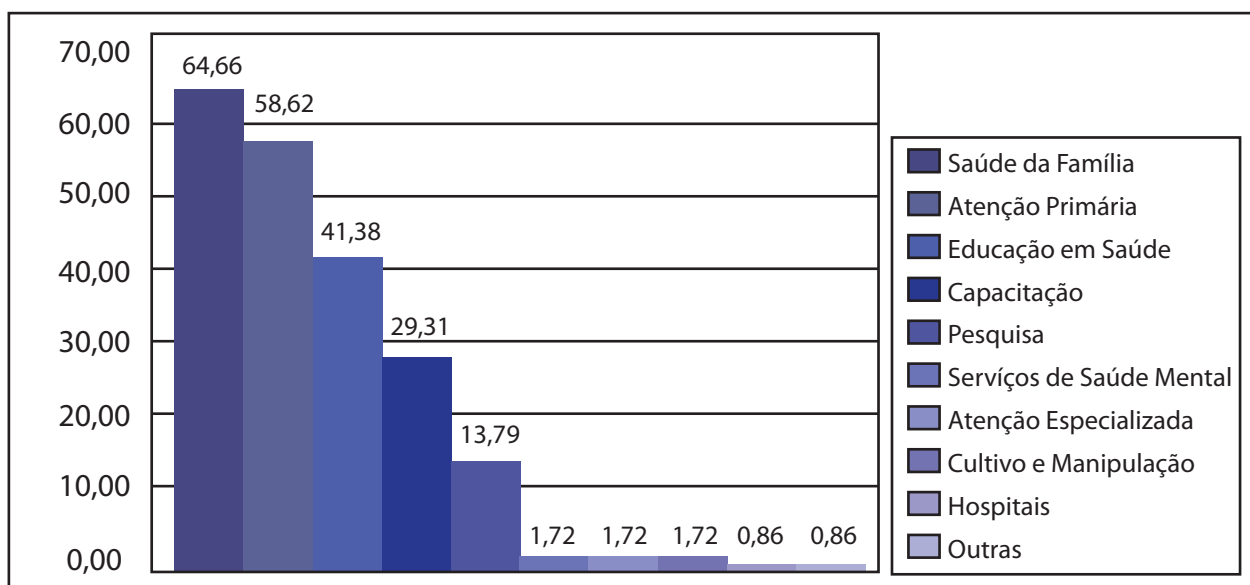
Para saber mais leia o artigo na biblioteca virtual do curso: **Plantas medicinais utilizadas pela população atendida**

no “Programa de Saúde da Família”, Governador Valadares, MG, Brasil.

### Farmacovigilância de Plantas Medicinais e Fitoterápicos

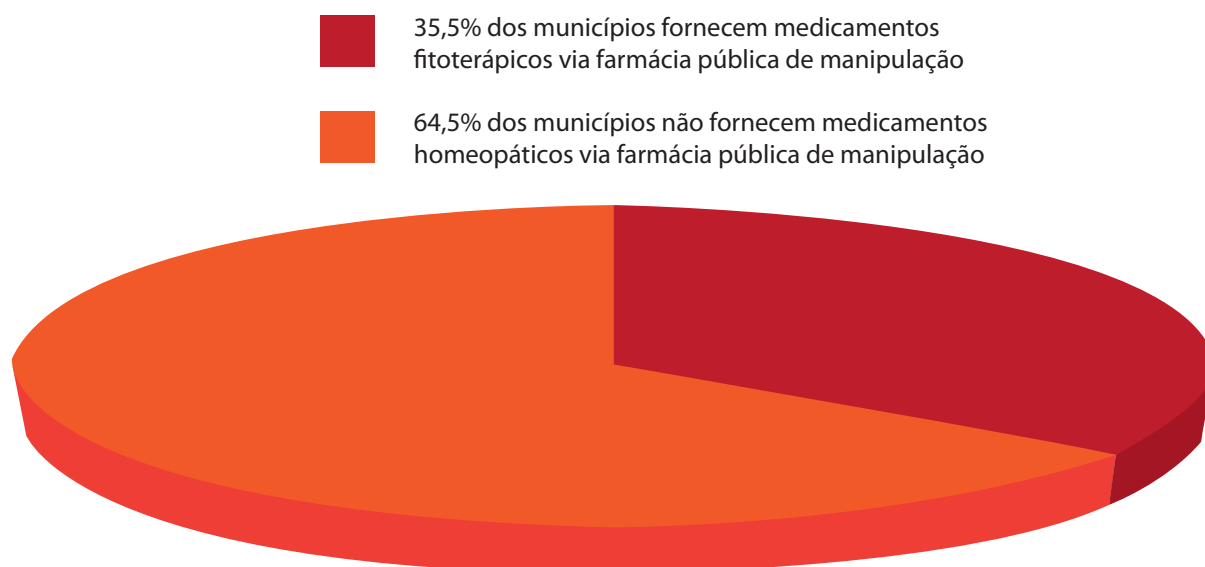
A Organização Mundial de Saúde (OMS), através da publicação do “Guidelines” de Monitorização e Farmacovigilância de Plantas Medicinais em 2003 (WHO, 2003), propõe a inclusão de plantas medicinais, medicina tradicional e complementar, produtos do sangue e biológicos, dispositivos medicinais e vacinas ao Sistema Internacional de Farmacovigilância; define termos, assim como dá maior relevância a fatos como erros de medicação, eficácia, abuso e mistura de medicamentos, interações etc. Além da identificação das plantas medicinais, quantificação de seus riscos e prevenção de eventos adversos a elas, o “Guidelines” objetiva servir como suporte entre os países membros para: fortalecimento na capacitação em farmacovigilância; inclusão das plantas no Sistema Internacional de Farmacovigilância; padronização dos termos; promoção e fortalecimento de trocas de informações, com segurança, e coordenadas internacionalmente entre os centros; proposta de uso de plantas medicinais (SILVEIRA, 2008)

Gráfico 7 - Distribuição das ações em Fitoterapia por área de atuação



Fonte: (BRASIL, 2006a)

Gráfico 8 - Distribuição percentual de fornecimento de fitoterápico via farmácia pública de manipulação



Fonte: (BRASIL, 2006a)

#### 2.4 Medicina Tradicional Chinesa - Acupuntura

A Acupuntura, como medicina complementar e interativa, tem sido adotada em diversos países por se tratar de um método eficaz, de fácil acesso e de baixo custo. É um dos caminhos propostos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para garantir a saúde para todos e o tratamento de inúmeras patologias. O cenário atual evidencia a necessidade de inclusão dessa prática no sistema nacional de saúde, bem como na pauta política e sanitária do Estado, visando ao estabelecimento de ações educacionais, desenvolvimento de pesquisas e aos direitos dos acupunturistas, bem como à segurança e eficiência dessa prática (BRASIL, 2009a).

**Definição da Medicina Tradicional Chinesa segundo a PNPIC:** é um sistema médico integral, originado há milhares de anos na China, que se fundamenta na teoria do Yin-Yang e dos cinco movimentos. Utiliza como elementos a anamnese, palpação do pulso, observação da face e língua, e possui como abordagens terapêuticas a acupuntura, plantas medicinais e fitoterápicos, dietoterapia, práticas corporais e mentais (BRASIL, 2006a).

A acupuntura é um recurso terapêutico da Medicina Tradicional Chinesa (MTC) que pode ser usado de forma isolada ou integrado com outros recursos terapêuticos. Entre as inúmeras indicações, destaca-se seu uso no manejo de doenças osteoarticulares.

A Medicina Tradicional Chinesa ou MTC é um sistema médico desenvolvido e praticado na China há milhares de anos. As referências mais antigas da literatura datam da dinastia *Han*, (206 a.C.-220 d.C.). A teoria da Medicina Chinesa afirma que existem condutos no nosso corpo, chamados meridianos, por onde circulam uma influência sutil denominada Qi. Esta influência Qi, na visão chinesa, é a base das funções fisiológicas e psicológicas do ser humano e, quando a sua circulação normal sofre um bloqueio ou obstrução, ocorrem as desarmonias nos órgãos internos, podendo gerar quadros de excesso ou deficiência desta influência sutil.

A MTC, modernamente, é dividida em 5 especialidades principais, que promovem o equilíbrio do Qi e melhoram a sua circulação nos meridianos:

- Acupuntura: tratamento através das agulhas inseridas nos pontos dos meridianos;
- *Tui Na*: massoterapia chinesa que utiliza técnicas de massagem e manipulação;
- Fitoterapia: tratamento com plantas medicinais;



- *Qj Gong: exercícios terapêuticos chineses;*
- *Dietoterapia: especialidade que trata os desequilíbrios através dos alimentos.*

O objetivo dessas especialidades não é apenas tratar as doenças, mas, principalmente, prevenir e promover a saúde. Como disse o Imperador Amarelo: “esperar ficar doente para procurar o médico é como esperar ter sede para começar a cavar o poço.”

No Brasil, a acupuntura é a especialidade mais difundida e conhecida. Ela é uma prática fundamental da Medicina Tradicional Chinesa (MTC), usada há mais de 4000 anos no Oriente e agora difundida no Ocidente. Os fundamentos da acupuntura têm comprovação científica no Brasil e a prática médica está entre as 50 especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), Associação Médica Brasileira (AMB) e pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

Além dos profissionais médicos, profissionais da saúde não médicos também exercem a acupuntura enquanto especialidade reconhecida pelos diversos Conselhos Profissionais.

No âmbito do SUS, de acordo com a PNPIC, suas diretrizes apresentam a premissa para o desenvolvimento da Medicina Tradicional Chinesa-Acupuntura, **em caráter multiprofissional, para as categorias profissionais presentes no SUS e em consonância com o nível de atenção, e ainda as consideram como categorias profissionais regulamentadas para registro e financiamento dos procedimentos de acupuntura.**

**A saber, algumas categorias regulamentadas pelo seu Conselho Profissional para exercer a acupuntura:**

- Biomédico - CFB: Conselho Federal de Biomedicina - RESOLUÇÃO Número 2, de março de 1995.
- Cirurgião-Dentista - CFO: Conselho Federal de Odontologia - RESOLUÇÃO Número 82, de 25 de

setembro de 2008.

- Enfermeiro - COFEN: Conselho Federal de Enfermagem - RESOLUÇÃO Número 283, de 05 de agosto de 2003.
- Farmacêutico - CFF: Conselho Federal de Farmácia - RESOLUÇÃO Número 353, de 23 de agosto de 2000.
- Fisioterapeuta - COFITTO: Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional - RESOLUÇÃO Número 219, de 14 de dezembro de 2000.
- Médico - CFM: Conselho Federal de Medicina - RESOLUÇÃO Número 1.455, de 11 de agosto de 1995.
- Psicólogo - CFP: Conselho Federal de Psicologia - RESOLUÇÃO Número 005, de 24 de maio de 2002.
- Terapeuta Ocupacional - COFITTO: Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional - RESOLUÇÃO Número 221, de 23 de maio de 2001.
- Educador Físico - CONFEF: Conselho Federal de Educação Física - RESOLUÇÃO Número 069, de 16 de dezembro de 2003.

A técnica se baseia em harmonizar as energias que percorrem os meridianos existentes no corpo. Esses trajetos, meridianos ou canais de energia, passam pelos órgãos e vísceras e se exteriorizam na pele e estruturas próximas, como tecido subcutâneo, músculos, tendões e outros.

Nos trajetos dos meridianos foram mapeados pontos, que podem ser alcançados por agulhas, permitindo que sejam estimulados ou sedados, conforme o caso, para desbloquear a passagem da energia e permitir sua circulação e distribuição pelo organismo. Ficará a critério do acupunturista selecionar e fazer a combinação dos pontos mais adequados para colocação das agulhas no paciente, de acordo com as desarmonias e características de cada indivíduo.

Utiliza-se a inserção de agulhas em pontos vitais, de acordo com o diagnóstico do desequilíbrio do paciente, com o objetivo

de promover o fluxo de Qi (substância vital) e harmonizar as nossas energias yin/yang. Segundo a visão oriental, o Qi é a base das funções fisiológicas e psicológicas do ser humano e, quando o seu fluxo normal é interrompido, surgem os distúrbios físicos, mentais e emocionais geradores de doenças. A ciência ocidental demonstrou que a acupuntura promove a liberação de neuropeptídios, endorfinas e hormônios, como o cortisol, que são os responsáveis pela sua ação analgésica, anti-inflamatória e sedativa.

Está indicada nos desequilíbrios psicoemocionais, como a depressão, ansiedade e insônia, além de possuir uma atuação preventiva e de promoção da saúde física e mental. Por ter uma ampla indicação como terapia, seguem alguns exemplos:

- **Músculo-esqueléticas** - Dores de coluna (dorsalgia, lombalgia) e de joelho, ciática, ombro e cotovelo doloroso, bursite, tendinite, artrite, torcicolo, fibromialgia, dor da articulação temporomandibular (ATM), dor no calcâneo, traumatismos, lesões por esforços repetitivos (LER/DORT).
- **Digestivas** - Gastrite, refluxo gastroesofágico, azia, constipação intestinal, intestino irritável diarreico, enjoos.
- **Respiratórias** - Bronquite, asma, rinite, sinusite.
- **Neurológicas** - Enxaqueca, cefaleias em geral, vertigem e zumbidos, sequelas de acidente vascular cerebral, paralisias faciais, neuralgia do trigêmeo, dores dentárias, neuralgias intercostais, formigamentos.
- **Psíquicas** - Ansiedade, depressão, insônia, síndrome do pânico, estresse.
- **Ginecológicas** - Tensão pré-menstrual (TPM), distúrbios menstruais, corrimentos genitais, sintomas de menopausa.
- **Urológicas** - Sintomas prostáticos e urinários
- **Cardiovasculares** - Hipertensão arterial, palpitações.

- **Endócrinas** - Obesidade.
- **Dermatológicas** - Urticária, eczemas, psoríase.
- **Diversas** - Tabagismo, gripe e resfriado, aumento da resistência imunitária em geral.

Abaixo, a relação de formas complementares para agir sobre a energia dos meridianos. Podem-se usar agulhas em microssistemas, como crânio, orelha, mãos e outras áreas. Instrumentos como a ventosa, moxa, rolete, entre outros, também podem ser utilizados.

- **Craniopuntura** - É a aplicação das agulhas na região do crânio; esta região do corpo apresenta muitos canais de energia que podem ser acessados pelas agulhas, com excelentes resultados para o paciente.
- **Aurículo-Acupuntura** - É a aplicação de agulhas na região das orelhas; são utilizadas agulhas menores devido à maior sensibilidade da região. Excelente acesso para tratamento de dores em diversas localizações do corpo. São utilizadas sementes ou pequenas esferas nos pontos auriculares por alguns dias, com o objetivo de ampliar a duração do efeito da acupuntura.
- **Moxabustão** - Aplicação de calor com a moxa, que consiste em um bastão geralmente feito de algodão e uma planta medicinal prensada e seca, em geral a *Artemisia Vulgaris*, o qual é aceso em uma de suas extremidades e aproximado do ponto que se quer tratar, a uma distância que permita aquecer, sem queimar, a pele. A moxaterapia pode ser feita diariamente em casa, intensificando o efeito das aplicações das agulhas.
- **Eletroacupuntura** - Aplicação de pequena corrente elétrica, geralmente nas agulhas, que reforça o efeito da acupuntura
- **Laserterapia** - Aplicação de radiação luminosa polarizada, que intensifica, ou até substitui a aplicação

de agulhas em certos casos.

- **Ventosas** - Aplicação de campânulas de sucção a vácuo na pele para produzir pressão interna negativa, descongestionando a energia e o sangue.

**Fonte:** Corpo médico da AMBA

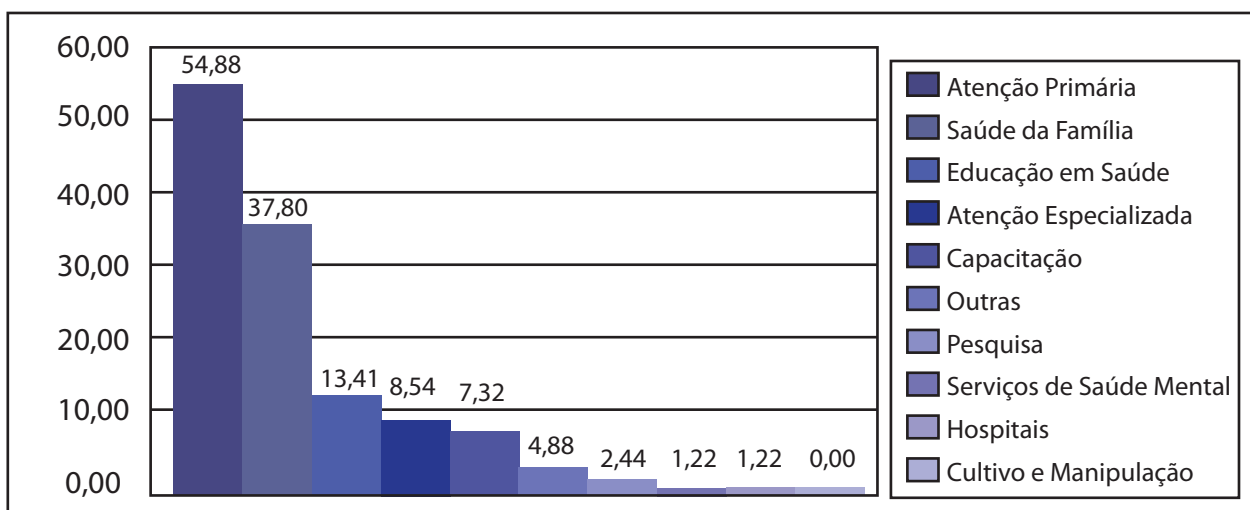
A agulha é um dos instrumentos mais utilizados durante os tratamentos de acupuntura com o objetivo de estimular os pontos contidos nos meridianos e canais de energia. As agulhas podem ser feitas dos mais diversos materiais, sendo o aço inoxidável o mais amplamente utilizado. Existem até hoje discussões a respeito da reutilização das agulhas de acupuntura. Em 1996, a FDA (Administração de Drogas e Alimentos dos EUA) começou a classificar as agulhas de acupuntura como instrumentos médicos e agora solicita que os acupunturistas utilizem apenas agulhas esterilizadas e descartáveis. Na maior parte das instituições de saúde, o que acontece é a esterilização do material após aplicação e descarte posterior em local apropriado para tais resíduos. Tomando-se todos os cuidados que a prática exige com a aplicação, com o paciente e com a manutenção das mesmas, elas podem ser utilizadas sem oferecer riscos (SERAFIN, 2007).



### VAMOS REFLETIR!

Existem contraindicações para a acupuntura? Acupuntura é segura?

Gráfico 9 Distribuição das ações em Acupuntura por área de atuação. Brasília, 2006.



Fonte: (BRASIL, 2006a).

## 2.5 Termalismo Social/Crenoterapia<sup>1</sup>

**Definição de Termalismo Social/Crenoterapia segundo a PNPIC:** Abordagem baseada na indicação e uso de águas minerais de forma complementar aos demais tratamentos de saúde. Essa prática tem como ponto favorável o fato de que o Brasil dispõe de recursos naturais e humanos ideais ao seu desenvolvimento no SUS (BRASIL, 2006a).

O uso das águas minerais para tratamento de saúde é um procedimento dos mais antigos, utilizado desde a época do império grego. Foi descrita por Heródoto (450 a.C.), autor da primeira publicação científica termal.

<sup>1</sup> [http://dab.saude.gov.br/1o\\_seminario\\_internacional\\_pnpic\\_em\\_saude.php#termalismo\\_social\\_crenoterapia](http://dab.saude.gov.br/1o_seminario_internacional_pnpic_em_saude.php#termalismo_social_crenoterapia)

Segundo Quintela (2004), termalismo e crenoterapia, referem-se a um conjunto de atividades terapêuticas que utilizam como agente terapêutico a água termal, com propriedades físico-químicas distintas das águas comuns.

O termalismo compreende as diferentes maneiras de utilização da água mineral e sua aplicação em tratamentos de saúde, e a crenoterapia consiste na indicação e uso de águas minerais com finalidade terapêutica, atuando de maneira complementar aos demais tratamentos de saúde.

No Brasil, a crenoterapia foi introduzida junto com a colonização portuguesa, que trouxe ao país os seus hábitos de usar águas minerais para tratamento de saúde. Durante algumas décadas, foi disciplina conceituada e valorizada, presente em escolas médicas, como a UFMG e a UFRJ. Após o término da segunda guerra mundial, com as mudanças surgidas no campo da medicina e da produção social da saúde como um todo, o campo sofreu considerável redução da produção e divulgação científica (SANTOS, 2008).

A partir da década de 90, a Medicina Termal passou a dedicar-se a abordagens coletivas, tanto de prevenção, quanto de promoção e recuperação da saúde, inserindo neste contexto o conceito de Turismo Saúde e de Termalismo Social, cujo alvo principal é a busca e a manutenção da saúde.

Países europeus como Espanha, França, Itália, Alemanha, Hungria e outros adotam desde o início do século XX o Termalismo Social como maneira de ofertar às pessoas idosas tratamentos em estabelecimentos termais especializados, objetivando proporcionar a esta população o acesso ao uso das águas minerais com propriedades medicinais, seja para recuperar ou tratar sua saúde, seja para preservá-la (QUINTELA, 2004).

A composição das águas termais varia conforme a região e o local de extração, e inclui minerais que formam vários compostos, como: sulfureto ácido de sódio, sulfureto neutro de sódio, hipossulfito de sódio, sulfato de sódio, carbonato ácido

de amônio, carbonato ácido de alumínio, nitrato de potássio, fosfato de ferro, arseniato ácido de potássio, sulfato de cálcio, sulfato de magnésio, ácido silícico, carbonato ácido de cálcio, carbonato ácido de sódio, carbonato ácido de magnésio, cloreto de sódio, fosfato ácido de alumínio, sulfato de potássio, fosfato ácido de potássio, ácido carbônico dissolvido e oxigênio dissolvido (PIRES, 2006).

O mecanismo de ação ainda não está claro, mas considera-se que a melhora do paciente se baseie na vasodilatação periférica pelas imersões em águas termais quentes, no restabelecimento do equilíbrio ácido-básico e mineral, ação sedativa que leva à vasodilatação arterial e à melhora da função cardiovascular, na melhora da secreção gastro-pancreática, do peristaltismo intestinal, da função hepática, com maior secreção de bile, e da função renal, como diurético. Dentro da reumatologia, as águas são usadas para ingestão, hidroterapia, reeducação postural e relaxamento muscular. Compressas com lama sulfurosa são usadas em artrites e osteoartrites (PIRES, 2006).

O termalismo, contemplado nas resoluções CIPLAN de 1988, manteve-se ativo em alguns serviços municipais de saúde de regiões com fontes termais, como é o caso de Poços de Caldas, em Minas Gerais.

A resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 343, de 07 de outubro de 2004, é um instrumento de fortalecimento da definição das ações governamentais que envolvem a revalorização dos mananciais das águas minerais, o seu aspecto terapêutico, a definição de mecanismos de prevenção, fiscalização, controle, além do incentivo à realização de pesquisas na área.



---

### Seção 3 - EXPERIÊNCIAS JÁ DESENVOLVIDAS NA REDE PÚBLICA

---

A preocupação da introdução de Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária da Saúde advém de longa data. As primeiras ações neste sentido são observadas no final da década de 70. Nesse período, a OMS apresenta o Programa de Medicina Tradicional e recomenda aos Estados-Membros o desenvolvimento de políticas que objetivem a integração e introdução da medicina tradicional e complementar/alternativa na Atenção Primária à Saúde, tendo em vista que 80% da população dos países em desenvolvimento utilizam práticas tradicionais em seus cuidados em saúde, sendo que 85% utilizam plantas ou preparações das mesmas. (OMS 1991, OMS 2002).

A OMS reconhece a necessidade da introdução de políticas em saúde, reafirmando esta tendência global na Declaração de Alma-Ata (Conferência Internacional em Atenção Primária em Saúde em Alma-Ata, 1978), em que recomenda aos Estados-Membros proceder à *“formulação de políticas e regulamentações nacionais referentes à utilização de remédios tradicionais de eficácia comprovada e exploração das possibilidades de se incorporar os detentores de conhecimento tradicional às atividades de atenção primária em saúde, fornecendo-lhes treinamento correspondente”* (apud Relatório da 1ª Conferência Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde - PNPIC-Ministério da Saúde, 1987).

Na década de 80, a OMS inicia um trabalho de incentivo à implantação de políticas públicas para uso racional e integrado da medicina tradicional e complementar/alternativa na Atenção Básica à Saúde.

No Brasil, já existia a preocupação da introdução nos serviços públicos de saúde das práticas tradicionais de cura popular. Essa tendência ficou formalizada na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Nessa conferência foi recomendada a introdução das referidas práticas no atendimento primário à saúde (Ministério da Saúde, 1987).

De maneira complementar, em 1985 foi celebrado o primeiro ato de institucionalização da Homeopatia na rede pública de saúde.



### VAMOS SABER MAIS!

A 8ª CNS foi o grande marco nas histórias das conferências de saúde no Brasil. Foi a primeira vez que a população participou das discussões da conferência. Suas propostas foram contempladas tanto no texto da Constituição Federal/1988, como nas leis orgânicas da saúde, nº. 8.080/90 e nº. 8.142/90. Participaram dessa conferência mais de 4.000 delegados, que, impulsionados pelo movimento da Reforma Sanitária, propuseram a criação de uma ação institucional correspondente ao conceito ampliado de saúde, que envolve promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2010a).

Nesta época, no Brasil, foi criado o projeto Farmácias Vivas da Universidade Federal do Ceará, o qual teve como idealizador o professor Matos, sob influência das recomendações da OMS acerca da utilização de plantas medicinais nos programas de atenção primária à saúde (1998).

O projeto Farmácias Vivas é o primeiro programa de assistência social farmacêutica que objetiva a integração do conhecimento e utilização das práticas da medicina tradicional - neste caso, da medicina tradicional nordestina - aos conhecimentos cientificamente comprovados acerca da eficácia e segurança das plantas medicinais, garantindo, assim, o uso seguro pela população. Portanto, tal projeto visa ao estudo e levantamento das plantas da região com funções terapêuticas cientificamente comprovadas. Cultivadas em pequenas hortas medicinais comunitárias, essas plantas, posteriormente, serão manipuladas tecnicamente, transformadas em formas

farmacêuticas, tais como chás e outras formas de preparação fitoterápicas, e distribuídas para a população local.



**Prof. Dr. Francisco José de Abreu Matos, idealizador do Projeto Farmácias Vivas UFC, fundada em 1984.**

A criação e execução deste projeto representam um marco histórico brasileiro nessa política de práticas integrativas e complementares em saúde, já que é um projeto pioneiro em utilizar o conhecimento tradicional e popular aliado ao conhecimento científico e acadêmico. Portanto, trata-se de uma iniciativa que visa incentivar a proximidade da cultura local com a cultura acadêmica, ação de extrema importância, que facilita a aceitação e adesão do paciente ao tratamento. Este passa, então, a figurar como um sujeito que participa, através de sua cultura e conhecimento popular, não mais apenas como paciente, alvo do processo.

Neste sentido, a PNPIC-SUS (2006) objetiva diminuir a resistência e introduzir na saúde brasileira o pluralismo com o fim de defender o princípio de que cidadãos socialmente iguais, em direitos e deveres, podem ser diferentes, em percepções e

necessidades (PNPIC-SUS, Ministério da Saúde, 2006).

Segundo levantamento realizado pelo Ministério da Saúde, 26 estados apresentam alguma prática integrativa e/ou complementar, concentrada em 19 capitais. Os resultados ainda demonstraram que as práticas complementares predominantes compreendem: Fitoterapia, Homeopatia, Acupuntura, Reiki e Lian Gong (Portaria nº. 971, 2006).

Esse modelo de utilização do conhecimento popular em saúde somado ao conhecimento científico tem apresentado bons resultados. Diversas prefeituras e governos estaduais têm implantado programas de práticas alternativas e complementares nos serviços públicos de saúde. Como exemplos dessas iniciativas, que se apresentam solidificadas, podem ser citados os programas de Fitoterapia de Ribeirão Preto/SP, Vitória/ES, Curitiba/PR, Itapioca/CE e Betim/SP. Podem ser citadas ainda outras localidades com experiências em outras práticas também, tais como: Recife/PE, Campinas/SP, Várzea Paulista/SP, Pindamonhangaba/SP, Amapá/RR e Distrito Federal. Nessas localidades, a homeopatia, acupuntura e fitoterapia são as práticas predominantes, além de práticas corporais de diversas modalidades (Sacramento, 2004; Graça, 2004; Pires, Borella, Raya, 2004; Carneiro *et. al.*, 2004; *Série C. Projetos, Programas e Relatórios, Ministério da Saúde, 2009*).

### **3.1 Experiência das PIC's na cidade de Campinas**

A cidade de Campinas/SP é outro exemplo bem sucedido da implementação no SUS das práticas integrativas e complementares. Segundo o documento do relatório da 1ª Conferência Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, “esta experiência possui fundamentação conceitual mais aprofundada, traduzida no conceito de saúde integrativa e definida como a percepção do homem e de suas moléstias enquanto resultado da interação

entre os seres humanos com os elementos da natureza, além da consideração dos estilos de vida, da alimentação, dos exercícios como fatores de saúde, traduzindo-se como uma visão integral do processo saúde-doença, mediante a qual se pode de fato encontrar a cura, como equilíbrio entre a matéria e a energia.” (CAMPINAS, 2009).

Essa fundamentação conceitual aprimorada se relaciona com o forte componente acadêmico regional, representado principalmente pela contribuição de grupos de pesquisas da UNICAMP.

A introdução das práticas integrativas e complementares foi iniciada em 1989 com a implantação do primeiro ambulatório de homeopatia em Campinas. O Programa de Homeopatia, hoje, é constituído por seis médicos homeopatas, os quais atendem apenas à cidade de Campinas, conforme o seguinte protocolo de atendimento: uma hora para casos novos e meia hora para os retornos. Essa prática tem sido reconhecida por seu trabalho no acolhimento, tratamento e seguimento dos pacientes encaminhados por colegas de diferentes especialidades médicas. Os dados estatísticos sinalizam os resultados positivos alcançados por esse programa. Em 2007, foram realizadas 6.762 consultas na Policlínica II e as patologias mais atendidas foram as doenças do aparelho respiratório, transtornos mentais e comportamentais e problemas do sistema osteomuscular.

Com relação ao perfil dos usuários atendidos em 2007, 1.765 tinham de 0 a 14 anos, 2.762, de 15 a 49 anos e 2.235, acima de 50 anos. Quanto ao gênero, predomina o feminino, com registro de atendimento, em 2007, de 4.929 mulheres e 1.833 homens (*apud Relatório da 1ª Conferência Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde - Experiência da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas / SP - Práticas Integrativas e Complementares em Campinas - Lígia Aparecida Neiname de Almeida*).

Em 2001, um diagnóstico inicial identificou a baixa qualidade de prevenção, diagnóstico e tratamento dos transtornos músculo-esqueléticos, o uso inadequado e indevido dos fármacos no tratamento dessas patologias e o envelhecimento da população. Neste mesmo ano, foi criado o Grupo de Estudos e Trabalho em Terapias Integrativas (GETRIS), com a responsabilidade de conduzir e multiplicar práticas integrativas na cidade.

Desde então, várias estratégias foram pensadas no sentido de reduzir tais problemas, sendo que, no ano de 2002, foi implantado o Projeto Paideia, o qual foi fundamental para o estabelecimento e introdução das práticas alternativas na rede de atenção primária à saúde. Posteriormente, no ano de 2004, foi incluída oficialmente a fitoterapia, medicina tradicional chinesa (grupo Corpo em Movimento), assim como a organização de *Yoga (Nagai et. al., 2008)*. *No ano de 2005, foram promovidas ações de qualificação dos instrutores nos diferentes distritos. Rotineiramente, 167 grupos participam da prática de Liang Gong, desenvolvida em parceria com as paróquias (sem conotação religiosa), em praças públicas ou espaços sociais de bairros. Hoje, em 90% do município, realizam-se atividades de práticas corporais. Existe também o programa de Osteopatia, terapia manual pela qual, por manobras e trações, realinham-se as articulações dos pacientes, promovendo alívio das dores relacionadas a fatores emocionais, posturais, de mau funcionamento de órgãos e vísceras, implantado por um grupo de estudantes de pós-graduação em fisioterapia em 2005. Atualmente, a prática é desenvolvida por pós-graduandos em fisioterapia, de maneira ininterrupta, como atividade de estágio de campo, supervisionada por professores do Núcleo de Estudos em Osteopatia e Terapias Manuais, em associação com a Escola de Osteopatia de Madri.*

*Os impactos destas ações manifestam-se pela:*

- redução do consumo de anti-inflamatórios;
- melhora dos indicadores de saúde mental, principalmente relacionados à depressão;
- melhora da autoestima;
- redução dos índices de diabetes e hipertensão arterial.

Além disso, outra ação implementada foi a ginástica harmônica, prática que utiliza a música e a dança como meio para desbloqueio dos centros de energia, contando com 20 instrutores/multiplicadores.

Em 2003 foi estruturado o Programa de Acupuntura em parceria com o Grupo de Estudos e Trabalho em Terapias Integrativas, iniciando suas atividades pela efetivação dos serviços dos já profissionais da rede de saúde que possuíam formação em acupuntura e que passaram a desempenhar atividades relacionadas a essa prática em horários parciais dentro das unidades de atendimento. Outra estratégia interessante realizada no programa foi a parceria entre a Prefeitura Municipal e o Instituto de Pesquisa e Ensino Médico em Acupuntura, com o objetivo de oferecer um maior número de atendimentos em acupuntura. Essa parceria apresentou excelentes resultados, o que culminou com a crescente procura por essa prática no ambulatório do Hospital Mário Gatti.

Atualmente, adotam-se como critérios de encaminhamento para o serviço de acupuntura o diagnóstico segundo a medicina ocidental e os exames feitos (laboratoriais e imagens), sendo a referência e contrarreferência realizadas com o respectivo centro de saúde.

O projeto apresenta tanta relevância no sistema de saúde de Campinas, que foram criados ambulatórios, em 2006, para tratamento de dor e outras patologias, baseado na técnica de Yamamoto. Os resultados demonstram uma redução de 12,5% nos primeiros oito meses, e de 20% após um ano da emissão

de receitas de anti-inflamatórios na cidade de Campinas. A técnica apresenta, ainda, excelentes resultados para sequelas neurológicas de AVC (hemiplegia, paraplegia, paralisia facial e parestesias). O cenário atual é representado por 145 médicos capacitados, e o tratamento é oferecido em 23 centros de saúde, além dos pontos de centralização ambulatorial.

O Programa de Fitoterapia apresenta nos hospitais hortos e a *Botica da Família, responsável pela produção dos medicamentos fitoterápicos. Atualmente, a botica produz treze tipos de medicamentos fitoterápicos, trinta e uma formulações farmacêuticas (em estudo mais uma formulação) e quatro mil fórmulas por mês, além de géis e cremes de arnica, babosa, calêndula, hamamélis, papaína, loção lanete, cápsulas de Ginkgo biloba e Hipericum perforatum, chás de camomila, espinheira santa, malva, maracujá e quebra-pedra, xaropes de guaco e tinturas de arnica e calêndula.*

*O fluxo deste programa inicia-se com a solicitação pelas unidades de atendimento, cabendo à botica analisar os pedidos, produzir e dispensar os medicamentos. Os medicamentos produzidos são entregues aos pacientes nos centros de saúde.*

*A aceitação dos medicamentos fitoterápicos na rede municipal tem-se revelado muito boa. Todos os curativos da rede são feitos com os medicamentos manipulados pela Botica da Família. Além disso, conforme Portaria nº 07, da Prefeitura Municipal de Campinas, o serviço de enfermagem prescreve medicamentos para uso tópico e chás de camomila e malva (Experiência da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas (SP) - Práticas integrativas e complementares em Campinas - Lígia Aparecida Neime de Almeida).*

Segundo Nagai (2008), o sucesso desta experiência se faz devido ao desejo e aceitação da população por este tipo de serviço, apoio de profissionais de saúde não médicos para esses tipos de terapias e ao fato de tais terapias atenderem às propostas do SUS. Porém, Nagai (2008) também ressalta



dois aspectos negativos: o planejamento insuficiente e visão simplista das técnicas alternativas, que as convertem aos mesmos princípios mecanicistas da medicina tradicional.

### 3.2 Experiência das PIC's na cidade de Ribeirão Preto



#### VAMOS SABER MAIS!

Link artigo: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/principal/acervo/pdf/i16drraya-aurea.pdf>  
(RIBEIRÃO PRETO, 2010a)

Na cidade de Ribeirão Preto, o Programa de Fitoterapia e Homeopatia foi implantado na Secretaria Municipal de Saúde em 1992, com apoio comunitário através da Associação Pró-Fitoterapia, objetivando oferecer à população local opção de tratamento alternativo. Segundo Pires (2004), no atendimento ambulatorial eram realizados atendimentos de fitoterapia, homeopatia e acupuntura. Além disso, no Horto Florestal era realizado o cultivo de espécies de plantas medicinais, implantação de “Farmácias Vivas” junto à comunidade, controle de qualidade, manipulação e orientação técnica. As plantas medicinais que são utilizadas na terapêutica possuem comprovação científica e o programa é executado por profissionais especializados (Pires, 2004).

Segundo Pires, a experiência da prática alternativa no SUS em Ribeirão Preto tem mostrado a sua viabilidade, tanto em termos de saúde, uma vez que se observou uma redução da incidência de efeitos colaterais e maior adesão ao tratamento, fatores estes que, associados, culminaram em resultados positivos na terapia, quanto em termos econômicos, tendo em vista a redução dos gastos financeiros em saúde. Outra

contribuição positiva dessa prática, segundo os autores, diz respeito à prioridade dada à conscientização da infância e juventude na preservação das riquezas naturais e à valorização do conhecimento popular em termos das práticas alternativas de saúde, em parceria com a pesquisa científica desenvolvida pelas universidades (Pires, 2004). Atualmente ocorreram mudanças na qualidade do serviço prestado, quando se observou redução nas condições de atendimento, decorrente de redução no número de médicos homeopatas. Além disso, a farmácia não consegue suprir o fornecimento de medicamentos homeopáticos e fitoterápicos. O atendimento de acupuntura também foi restrito aos pacientes com doenças crônicas, também em decorrência de redução no número de profissionais especialistas e de recursos para aquisição de materiais (dados obtidos da palestra de autoria de Andressa Ap. Berrette, RIBEIRÃO PRETO, 2010b).

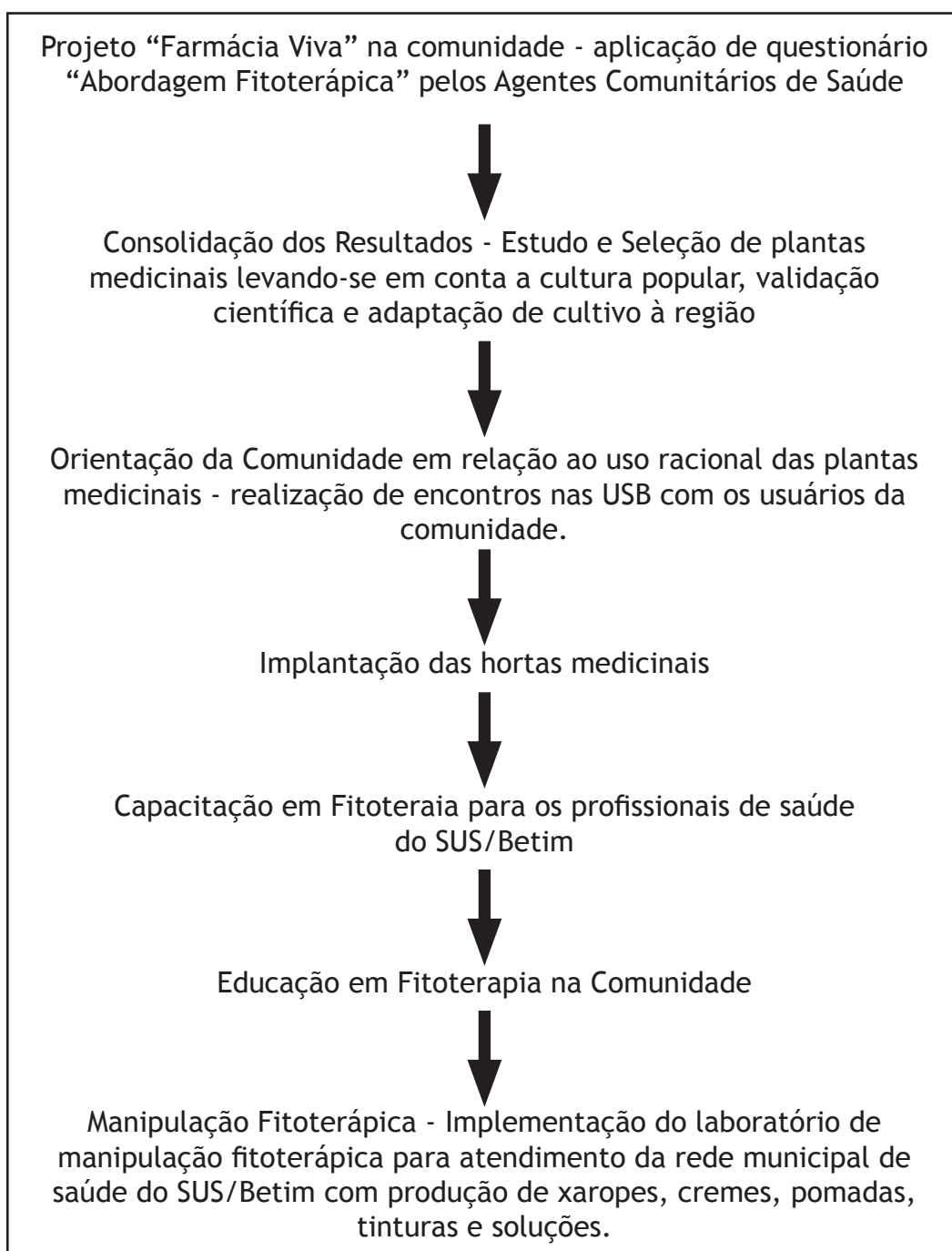
### 3.3. Experiência das PIC's na cidade de Betim



Grupo do programa Estratégia da Saúde da Família do Alvorada, em Betim; programa reconhecido pelo Ministério da Saúde (BETIM, 2010a).

Outra experiência bem sucedida e digna de nota com relação à Fitoterapia é o Programa Fitoterápico Farmácia Viva no SUS-Betim. Esse programa teve início em junho de 2004 e, em junho de 2006, recebeu um prêmio nacional, concedido pelo Ministério da Saúde, pelos projetos inovadores e promissores no sistema público de saúde.

De acordo com Guimarães (2006), o projeto foi dividido em sete etapas de execução, conforme pode ser observado abaixo:



Ainda segundo Guimarães (2006), “a fitoterapia se mostra uma alternativa terapêutica eficiente e viável, pois, ao mesmo tempo, reduz os custos dos medicamentos em cerca de três vezes e restabelece de forma mais suave e duradoura a saúde do paciente.” Esta conclusão de Guimarães é confirmada pelos relatos dos profissionais médicos, enfermeiros e dentistas do SUS-Betim, que prescrevem os medicamentos fitoterápicos desde dez./2005. Segundo estes, os resultados são surpreendentes: baixo custo, redução de efeitos colaterais e maior adesão dos pacientes ao tratamento. Além disso, até maio de 2006, foram prescritas e aviadas 2000 receitas de medicamentos fitoterápicos no SUS-Betim (Guimarães, Medeiros, Vieira, 2008).



### VAMOS SABER MAIS!

Leia o artigo PROGRAMA FITOTERÁPICO FARMÁCIA VIVA NO SUS-BETIM FARMÁCIA VIVA IN SUS/BETIM. Acesse o artigo na biblioteca do módulo.

### 3.4 Experiência das PIC's na cidade de Vitória



Fonte: Romero Mendonça/Secom - O Centro de Referência em Homeopatia da Sesa já atendeu 13.700 pacientes.

Igualmente importante e digna de nota é a experiência da cidade de Vitória. Em 1988, o município implantou as práticas não convencionais no SUS e instituiu as equipes técnicas responsáveis por sua condução, sob a coordenação de médicos com especialização em homeopatia, fitoterapia e acupuntura. Com forte foco na fitoterapia, a experiência de Vitória revelou resultados bastante satisfatórios. A estruturação do programa baseou-se no processo de diagnóstico do uso tradicional de plantas medicinais pela população, associado à criação de jardins terapêuticos no âmbito de unidades de saúde. No diagnóstico realizado acerca do uso tradicional de plantas medicinais, constatou-se que 80% da população faziam uso de plantas medicinais para tratamento de doenças mais simples. Já o diagnóstico com os médicos, objetivando a verificação do grau de interesse em prescrever fitoterápicos, demonstrou que 56% manifestaram interesse em prescrevê-los, apesar de não possuírem conhecimentos para tal. A partir de 1990, foi criada a Horta Medicinal no Horto Florestal, onde passaram a ser produzidas mudas de plantas medicinais para posterior utilização em trabalhos educativos e de campo em todo o município.

Em 1991, a equipe de saúde foi ampliada através da contratação de médicos, fitoterapeutas, homeopatas, acupunturistas, farmacêuticos e agrônomos.

Em 1996, o Programa de Fitoterapia foi implantado no município por projeto de lei, aprovado pela Câmara de Vereadores - Lei 4.352. Já em 1997, implantou-se a farmácia de manipulação de fitoterápicos. Em seguida, ocorreu o processo de padronização dos fitoterápicos na primeira Relação Municipal de Medicamentos (REMUME). De 1997 a 2005, o município contou com uma farmácia de manipulação, que produzia 12 itens, com média de 20.000 receitas atendidas/ano.

Nesse período, com o desenvolvimento do programa, o número de prescritores cresceu de 24 para 110, principalmente após a implantação da Estratégia Saúde da Família. A farmácia foi encerrada em 2005, por iniciativa do programa.

Como resultados da Revisão REMUME 2007, houve a formação da Comissão de Padronização dos Medicamentos Homeopáticos e Fitoterápicos, bem como a revisão e definição dos fitoterápicos de acordo com critérios de estudos científicos e RDC/Anvisa. Atualmente, o município conta com apenas quatro medicamentos fitoterápicos em sua relação municipal, visto que, para tal, eles devem ser registrados na Anvisa (Ginkgo biloba, Hypericum perforatum, Aesculus hippocastanum e espinheira santa). Em março de 2008, ocorreu o início da dispensação. Com relação à homeopatia e à acupuntura, inicialmente inseridas na atenção especializada em unidades básicas e nos centros de especialidade, estipulou-se a criação de um centro de especialidade em práticas integrativas que as contemple. Portanto, o Programa de Fitoterapia foi desenvolvido, tendo inicialmente como estratégia o fortalecimento da atenção primária.

Outra estratégia utilizada foi a promoção da saúde e da cidadania mediante o estímulo à comunidade para utilização das plantas medicinais e inserção de jardins terapêuticos nos ambientes de trabalho.

Segundo o relatório da 1ª Conferência Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (2006), resultados concretos podem ser observados com a estruturação do programa, tais como: a satisfação da comunidade, manifestada pela participação ativa nas oficinas de chás e xaropes juntamente com as equipes da Estratégia de Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (ESF/PACS); a implantação de hortas medicinais em 4 Unidades de Saúde da Família (USF) e de jardins terapêuticos também em USF, envolvendo a participação ampla da comunidade no cultivo das plantas, no lidar com a terra, no conversar sobre a atividade; a realização de oficinas de integração no jardim terapêutico, bem como de seminários e *workshops* para capacitação das equipes locais, profissionais de saúde e comunidade. Além

desses, destacam-se ainda: a forte articulação com o ESF; a criação de uma farmácia de manipulação, com produção de 12 itens, com média de 20.000 receitas/ano, bem como a de uma comissão municipal de padronização dos medicamentos homeopáticos e fitoterápicos.

Todas essas estratégias e articulações foram fundamentais para o sucesso do Programa de Fitoterapia no SUS em Vitória. Os objetivos dos projetos locais de fitoterapia fundamentam-se principalmente em: fazer levantamentos das plantas utilizadas nas práticas caseiras da medicina tradicional; apoiar e incentivar o uso de práticas caseiras úteis e seguras para a população; suprimir o uso das práticas consideradas inúteis ou prejudiciais; selecionar as plantas medicinais já estudadas cientificamente; incentivar o uso correto e o cultivo das plantas medicinais selecionadas nas regiões de saúde; garantir medicamentos fitoterápicos padronizados mediante receita do prescritor; discutir com a população as questões de saúde, inserindo as PICs para melhoria da qualidade de vida; realizar fóruns locais para divulgação das práticas integrativas.

Segundo os membros das equipes, muitos são os desafios que se impõem ao trabalho, como: a ampliação da equipe de profissionais; a realização de atividades de educação continuada e permanente; o estabelecimento de protocolos de acompanhamento e avaliação; a elaboração de um manual com orientações à população para implantação de projetos locais de fitoterapia (cartilha); o estímulo ao intercâmbio com universidades para estruturação de projetos de pesquisa e extensão; a revisão da Política Municipal de Fitoterapia; a criação de grupos de trabalho em PICs.

Em se tratando de um programa cujo processo de implantação demanda tempo e vontade de se adequar às mudanças, constituem-se, igualmente, em desafios: integrar as políticas e práticas numa visão holística do ser humano; fortalecer e somar as ações; inserir a população em todo o processo de

construção das propostas; promover a mudança de paradigma a partir do diálogo, da articulação dos atores - profissionais, usuários e gestores. Contudo, como podemos observar segundo os apontamentos do 1º relatório da Conferência Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, os resultados são muito satisfatórios e promissores. Abaixo, seguem dados sobre o número de fitoterápicos dispensados no período entre 2000 e 2003 no programa de fitoterapia da cidade de Vitória.

Tabela 1 - Fitoterápicos Padronizados e Dispensados nas Unidades de Saúde de 2000 a 2003

Número de Frascos dispensados nas Unidades de Saúde

TINTURAS	2000	2001	2002	2003
Achillea millefolium	612	1010	1041	1196
Ageratum conyzoides	351	350	45	16
Baccharis trimera	547	627	703	795
Calendula officinalis	777	690	767	1095
Cecropia peltata	415	392	391	143
Cordia verbenacea	1021	1347	1345	1082
Erythrina mulungu	1691	3210	2379	4170
Matricaria chamomilla	943	782	843	688
Melissa officinalis	2047	2484	1211	4017
Mentha crispa	368	146	27	0
Mikania glomerata	4535	4074	3355	5642
Passiflora edulis	2475	3593	2201	3401
Phyllanthus niruri	304	241	153	387
Plantago major	1283	1748	1844	2032
TOTAL (Frascos)	17177	20694	16305	19959

Fonte: Dados obtidos da palestra apresentada pela Dra Henriqueta Tereza do Sacramento, Médica, Coordenadora e Idealizadora do Programa Municipal de Fitoterapia de Vitória-ES



Outras terapias alternativas e complementares também estão incluídas no atendimento do SUS em Vitória. Dentre estas, podem ser citados os serviços de orientação ao exercício físico presentes em diversos locais da cidade de Vitória, incluindo hidroginástica, ioga, alongamentos, além de acompanhamento e orientação para caminhadas. Dentro de tal âmbito, ocorreu a implementação de *Academias Populares para prática de atividades físicas ao ar livre, localizadas nas praias e parques, sob orientação e acompanhamento de educadores físicos.*

### 3.5 Experiência das PIC's no Distrito Federal



Fotos: Gerson Lucas - SES/DF - Dia de prática integrativa de saúde é comemorado. (DF, 2010a).

No Distrito Federal, desde 1987 já havia iniciativas visando à implementação das práticas integrativas. Neste sentido, em 1989, a Secretaria de Saúde do Distrito Federal criou o Programa de Desenvolvimento de Terapias Não Convencionais. De maneira complementar, em 2000 foi criado o Núcleo de Medicina Natural e Terapias Integrativas, conhecido por NUMENATI, o qual foi responsável pela criação e execução da política de PIC's no Distrito Federal. Segundo o relatório da 1ª Conferência Internacional, “os princípios norteadores do NUMENATI são caracterizados pela integralidade, enfocando o sujeito, a sua subjetividade e

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

O Programa da Fitoterapia atualmente está centrado na produção de nove medicamentos à base de ervas medicinais cuja eficácia é cientificamente comprovada, como gel de babosa, pomada de confrei e de mentrasto, tinturas de alecrim, boldo, camomila, guaco e espinheira santa. Esses medicamentos fitoterápicos são distribuídos aos usuários em 25 centros de saúde e 2 hospitais.

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

Em 1986, teve seu início o Programa de Homeopatia, executado por 23 médicos em 17 unidades de atendimento, apresentando uma média de 21.000 atendimentos/ano. Um grupo de trabalho planeja a implantação do pronto-atendimento em homeopatia no Hospital Regional da Asa Norte e, em curto prazo, de uma farmácia pública de manipulação de medicamentos homeopáticos. A aprovação do Plano de Desenvolvimento da Homeopatia pelo Conselho de Saúde do Distrito Federal representa um avanço importante. Acrescente-se também que estão sendo conduzidos importantes estudos técnicos, dentre os quais se destaca a pesquisa com pacientes portadores de HIV.

Em 2007, as terapias antroposóficas passaram a integrar o NUMENATI. Dentre as práticas corporais oferecidas à comunidade regularmente, a automassagem é a mais antiga. Atualmente, é praticada em 53 centros de saúde, por 90 facilitadores da Secretaria de Saúde, compostos por profissionais de nível médio ou superior, capacitados em automassagem, com média de 1.200 grupos atendidos/ano.

Outra técnica introduzida no NUMENATI, em 1998, refere-se ao lian gong, a qual é oferecida em 12 unidades de atendimento e possui 11 facilitadores, com uma média de 2.100 grupos atendidos/ano.

A shantala, que teve início em 2000, é oferecida em 17 unidades de atendimento e conta com 22 facilitadores, com uma média de 312 grupos atendidos/ano. É uma prática que apresenta resultados muito positivos no fortalecimento do vínculo entre o bebê e os seus cuidadores.

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

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

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

De acordo com dados do relatório da 1ª Conferência Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, os resultados são muito positivos porém, “apesar dos avanços obtidos com a implementação das diferentes práticas integrativas, muitos desafios ainda permanecem, dentre os

quais podem ser destacados: a falta de reconhecimento por parte dos gestores da SES/DF; a falta de espaço físico adequado para a realização das práticas; empecilhos quanto à liberação dos facilitadores das suas atividades para condução das práticas integrativas; dificuldade de inserção no Sistema Nacional de Procedimentos; falta de financiamento para ensino e pesquisa, material didático e divulgação”.

### **3.6. Experiência das PIC's na cidade de Pindamonhangaba**

Em Pindamonhangaba, município paulista, foi criado, através de portaria municipal, o Centro de Práticas Integrativas e Complementares (CPIC), o qual é responsável pela formulação e execução da política municipal das PIC's. Em 2006, foi estruturado o Centro de Práticas Integrativas e Complementares, permitindo a centralização das ações existentes no município, dentre as quais podem ser citadas as atividades de homeopatia, arteterapia, medicina tradicional chinesa, fitoterapia e segurança alimentar, ações inicialmente projetadas como piloto, para posterior implantação na rede de atenção primária.

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

Como estratégia inicial para implantação dessas ações, realizou-se a visita a todas as unidades de Saúde da Família para sensibilizar as equipes de trabalho com relação ao projeto. O passo seguinte foi a capacitação dos profissionais de saúde. Atualmente, existe uma ação permanente de capacitação, com

a participação da comunidade. Além disso, existem estratégias para divulgação e informação de profissionais, gestores e usuários, através de atividades de mobilização em bairros e praças, onde é realizado o repasse de informações de promoção em saúde à comunidade pelos agentes comunitários.

Também existem ações intersetoriais/parcerias, contempladas pelo Projeto Políticas Públicas em Plantas Medicinais e Fitoterapia na Rede Municipal de Saúde de Pindamonhangaba/ Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) e pela criação do Grupo de Estudo e Trabalho Interinstitucional, constituído por participantes de diversas instituições governamentais.

Foi realizado em 2001 um levantamento sobre a utilização de plantas medicinais pela população. Com esta pesquisa, realizada por meio de 1.287 entrevistas, diagnosticou-se a necessidade de ampliar a relação de plantas medicinais e fitoterápicos fornecidos à comunidade, pois, nesse diagnóstico de uso popular, as plantas mais citadas foram: capim- limão, hortelã e boldo. Constatou-se que a população tem acesso a medicamentos homeopáticos e fitoterápicos e esse acesso se dá mediante parcerias com farmácias da comunidade e convênio firmado com o município de Cruzeiro, que fornece alguns medicamentos fitoterápicos, tais como: xarope de guaco, creme de calêndula e de babosa para toda a rede de atenção primária.

No entanto, tal projeto ainda enfrenta desafios, dentre estes, podem ser citados: a implantação da farmácia municipal de manipulação; a instituição do programa de formação e educação permanente de profissionais; a publicação de materiais de divulgação direcionados aos trabalhadores, gestores, conselheiros de saúde e comunidade em geral; a realização da segunda etapa do Projeto de Políticas Públicas em Plantas Medicinais e Fitoterapia/ FAPESP; a implementação do horto oficial do polo regional do Vale do Paraíba; a ampliação de hortos didáticos nas unidades de Saúde da Família; a construção

de espaço adequado, conforme planta física; a ampliação da equipe de profissionais; a implantação de novas terapias complementares e implantação de pronto-atendimento e da retaguarda hospitalar.

### 3.7 Experiência das PIC's no Amapá



Fonte: 1º Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde - Palestra do Dr. Elziwaldo Lobo Monteiro. Ilustrações da esquerda para direita: sede, palestras à comunidade e sessões de massoterapia (AMAPÁ, 2010).

A experiência da introdução das práticas Integrativas e Complementares em Saúde no Amapá possui alto grau de institucionalização, em comparação com as demais, com uma lei estadual específica e a criação de um Centro de Referências em Terapias Naturais, de abrangência estadual. A experiência

está fundamentada na diversidade cultural, inclusive indígena, do estado do Amapá e também na biodiversidade da Floresta Amazônica.

Além disso, é a experiência que apresenta maior diversidade de PICs incorporadas, incluindo, além da tríade clássica de homeopatia, acupuntura e fitoterapia, práticas tão diversas como: auriculoterapia/reflexologia auricular; geoterapia (argila); hipnoterapia; massoterapias diversas (tui-ná, shiatsu, drenagem linfática manual, sueca tradicional, reflexologia facial, palmar e podal, quick massage, seitaí e shantala); pilates; quiropraxia/reiki, RPG, bioginástica, ioga e outras.

A interculturalidade é um aspecto importante por envolver o desenvolvimento de trabalhos com parteiras, população ribeirinha e indígena, e a realização de atendimentos móveis a populações remotas e dispersas no ambiente amazônico representa um fator diferencial da experiência do Amapá.

O protocolo adotado preconiza que todos devem assistir a uma palestra sobre o atendimento, na qual se busca fomentar a mudança cultural e promover uma conscientização de que o Centro de Referência em Terapias Naturais não é somente local para buscar o medicamento, é o local destinado a atenção ao paciente e, após ser feito um histórico de suas doenças, é encaminhado à clínica médica. Consolidado o diagnóstico, realiza-se a escolha da prática à qual será encaminhado, iniciando-se o tratamento. A inclusão nas terapias integrativas e complementares é feita pelos assistentes sociais (1º Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde - Palestra do Dr. Elziwaldo Lobo Monteiro).

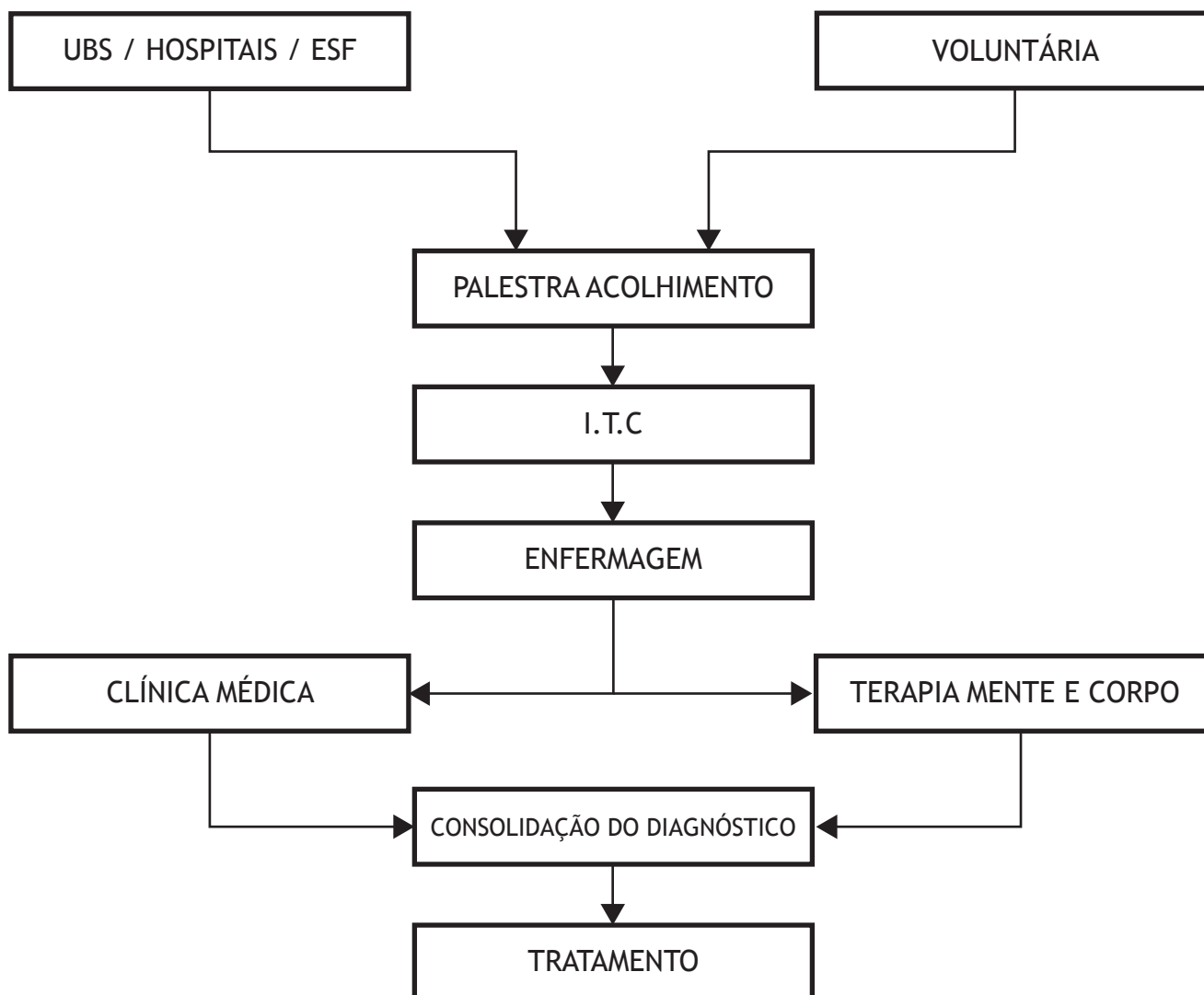
Ao final, após os atendimentos, o paciente será avaliado e se decidirá pela continuação ou alteração do protocolo ou, ainda, pela alta do tratamento. São oferecidos tratamentos no CRTN para inúmeras patologias:

- Doenças tropicais

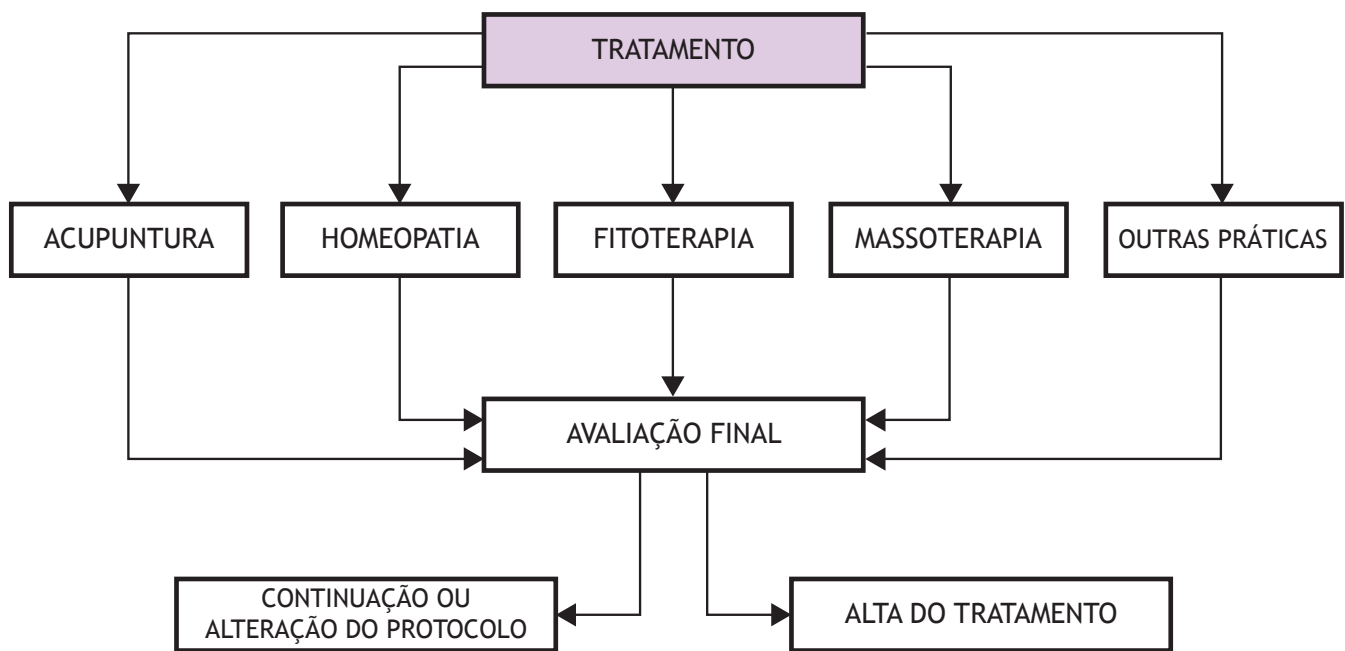
- Doenças cardiovasculares e cardiorrespiratórias
- Doenças endócrinas e metabólicas
- Doenças renais
- Doenças neurológicas
- Doenças ortopédicas e traumatológicas
- Doenças reumatológicas
- Doenças psiquiátricas
- Doenças Odontológicas

A seguir segue o fluxograma do atendimento

Figura 1 - Fluxograma do Atendimento







Fonte: 1º Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde - Palestra do Dr. Elziwaldo Lobo Monteiro (AMAPÁ, 2010).

A homeopatia tem apresentado bons resultados, principalmente nos pacientes obesos ou com problemas alérgicos; do mesmo modo, existem relatos de resultados satisfatórios alcançados com massoterapia (com a congregação das oito técnicas), geoterapia (uso de cataplasma, resultados satisfatórios em processos dolorosos), hipnoterapia (excelentes resultados em pacientes com problemas neurológicos e psiquiátricos), quiropraxia (resultados satisfatórios em problemas de coluna).

Também são oferecidos atendimentos em clínica médica (realizados pelos médicos homeopatas), nutrição (trofoterapia e dietoterapia), psicologia, serviço social e terapia ocupacional. Além disso, a fonoaudiologia, aliada a outras terapias, principalmente aquelas que visam à diminuição do estresse e

da ansiedade, apresenta resultados muito satisfatórios.

O CRTN também oferece terapias para o corpo e a mente, como:

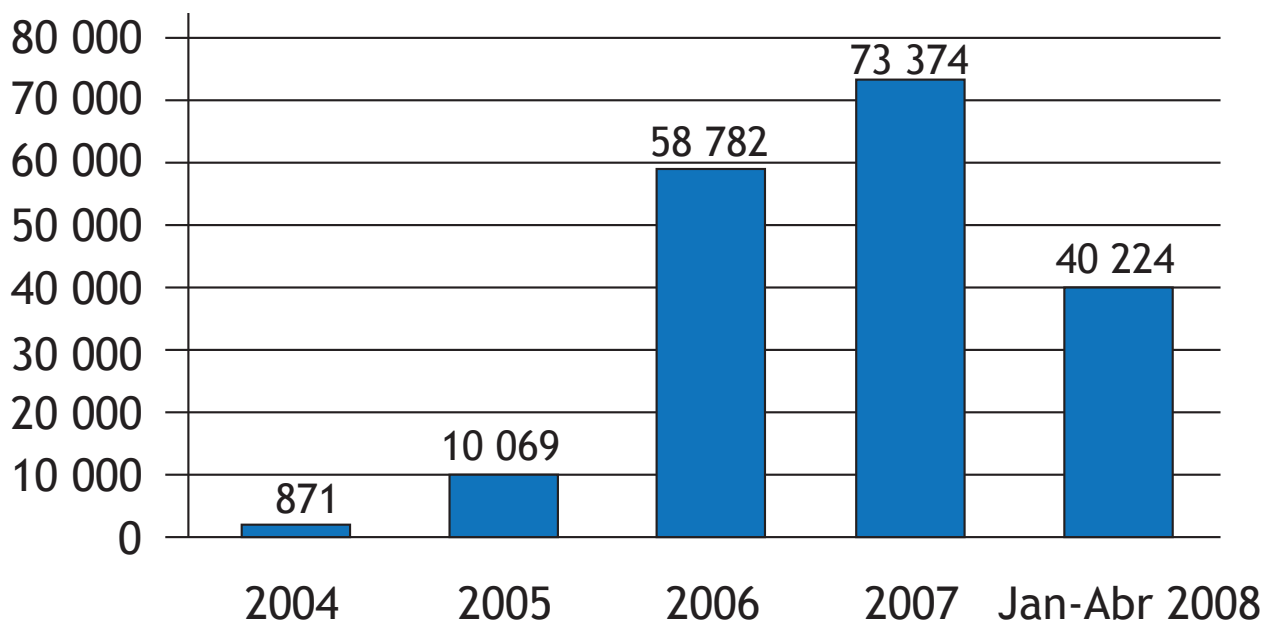
- Bioginástica
- Terapia holística
- Educação alimentar
- Atividades de desenvolvimento da autoestima
- Tratamento da depressão
- Tratamento da dor
- Atividades de estímulo da memória
- Programas de atendimentos a gestantes, idosos, hipertensos e diabéticos
- Terapia do amor
- Programas específicos ao servidor e parteiras
- Programas de educação continuada

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

No CRTN também se oferecem serviços assistenciais, como: assistência farmacêutica, auriculoterapia, reflexologia auricular,

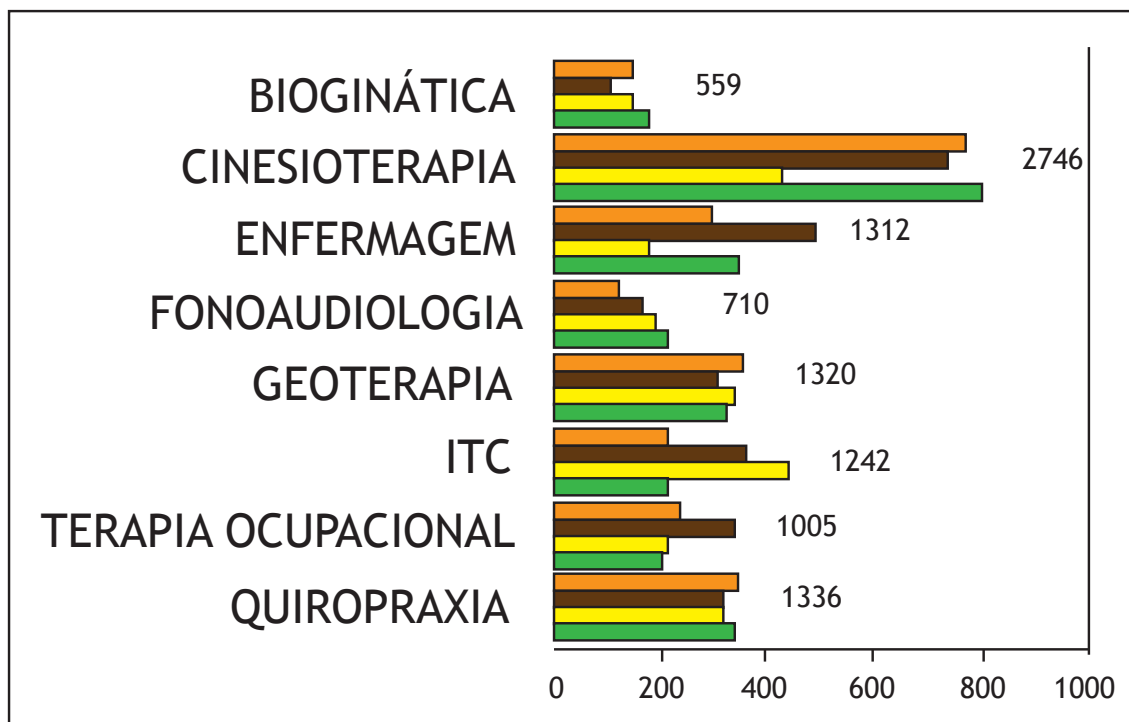
enfermagem, exames laboratoriais (marcados pelo próprio Centro), fisioterapia, cinesioterapia respiratória, fitoterapia e ervas medicinais (celeiro amazônico) e fonoaudiologia. (Dados obtidos da palestra ministrada pelo Dr. Elziwaldo Lobo Monteiro, apresentados no 1º Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde sobre Experiência da Secretaria Estadual de Saúde do Amapá/ AP). Abaixo seguem dados demonstrando os resultados das atividades desenvolvidas pelo CRTN.

Gráfico 10 - Atividades desenvolvidas pelo CRTN



Fonte: (AMAPÁ, 2010)

Gráfico 11 - Atividades desenvolvidas pelo CRTN (2)



Fonte: (AMAPÁ, 2010)

É importante salientar que a meta para 2008 foi de 100 mil procedimentos, no entanto essa meta foi ultrapassada, totalizando 178.831 mil procedimentos, o que significa um percentual de 79% a mais do esperado; em 2009, o CRTN ofertou à população mais de 202 mil procedimentos (AMAPÁ, 2010). Ainda, segundo os dados obtidos da palestra ministrada pelo Dr. Elziwaldo Lobo Monteiro, apresentados no 1º Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde sobre Experiência da Secretaria Estadual de Saúde do Amapá (AP), são desenvolvidos também programas sociais, visando à inclusão social, bem como ao resgate da sabedoria popular das parteiras tradicionais do Amapá, raizeiras, benzedeadas e indígenas, além de programas como o CRTN na Escola e o CRTN Itinerante, que vão a todos os lugares,

oferecendo orientação à comunidade no preparo da alimentação natural, com vistas à diminuição da desnutrição e à promoção da saúde do idoso.

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

Constituem-se também em avanços importantes:

- capacitação dos profissionais do CRTN no âmbito das práticas integrativas;
- integralização do estado do Amapá com a Região Amazônica nas práticas integrativas;
- inclusão de acadêmicos dos cursos de Psicologia, Assistência Social e Enfermagem na pesquisa de casos clínicos.
- As atividades desenvolvidas no CRTN proporcionam à população amapaense saúde e qualidade de vida, sem onerar o capital público, pois se trata de investimento de baixo custo.

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

### 3.8 Experiência das PIC's na cidade de Recife



Fonte: Luciano Ferreira - Oficina de Danças Circulares, terapia complementar oferecida pela Prefeitura do Recife, através do SUS, na Unidade de Cuidados Integrals à Saúde (UCIS) Professor Guilherme Abath, no bairro da Encruzilhada. (RECIFE, 2010).

A política de PICs em Recife constitui um dos exemplos de inserção em políticas sociais mais amplas, porque envolve atenção primária, participação social, democratização da gestão e reorganização dos sistemas assistenciais e gerenciais, remontando ao início da década. Em 2002, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do Recife começou a construir um projeto de saúde pautado pela preocupação com as mudanças sociais e demográficas, o aumento das doenças crônicas degenerativas e a necessidade de se adotar outra forma de atendimento terapêutico, visando melhorar a qualidade de vida e acolher os “novos” pacientes que necessitavam de remédios em grande quantidade e, muitas vezes, onerosos. No programa da SMS da cidade do Recife estão incluídas - além da tríade homeopatia, acupuntura, fitoterapia - bioenergética, tantra ioga, nutrição saudável, Lian ong, Tai Chi Chuan, dança e percussão, automassagem, além de práticas educativas diversas.

É forte a preocupação com a capacitação não apenas de profissionais da rede de serviços, como também de cuidadores e da população em geral sobre a necessidade de incorporação das práticas de cuidados integrais no enfrentamento das doenças comuns. Neste sentido, existem programas de parcerias institucionais, como por exemplo, com a Universidade Federal de Pernambuco, Universidade de Pernambuco e Universidade Católica (PE).

Quanto ao fluxo de atendimento, os usuários são encaminhados pela rede de saúde do município - ESF, PACS, CAPS, policlínicas e unidades convencionais. O paciente chega com sua queixa principal e, após o encaminhamento, passa por uma triagem, sendo criado um projeto terapêutico provisório. O próximo procedimento é encaminhá-lo para o Grupo de Acolhimento, o que constitui uma etapa muito importante, na qual os profissionais responsáveis pelas atividades o informam sobre as práticas disponíveis na unidade e sobre aquela para a qual foi encaminhado. Nesse acolhimento, decidir-se-á qual é realmente a melhor prática terapêutica para o paciente.

Posteriormente, houve a necessidade de se estabelecer o período de permanência nos grupos, considerando que se trata de uma unidade de saúde e que, muitas vezes, o paciente não quer receber alta. Decidiu-se estabelecer um período de quatro meses de permanência. (Palestra ministrada por Odimariles Dantas, apresentada no 1º Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde sobre Experiência da Secretaria Municipal de Saúde de Recife /PE)

Nos primeiros meses, foi preciso “criar a demanda”, tarefa concretizada mediante realização de reunião com as equipes do ESF para explicar sobre as práticas oferecidas. Essa demanda, em 2005, quanto à produção geral, já atingiu 6.510 atendimentos individuais e 5.628 em grupos, totalizando 12.138 atendimentos realizados pelos profissionais de homeopatia, acupuntura, nutrição, farmácia, auxiliar de enfermagem e triagens. Em

2006, foram 25.011 atendimentos (10.787 individuais e 14.224 em grupos) e, em 2007, 28.380 (16.921 individuais e 11.459 em grupos). Quanto aos egressos, em 2006, foram 126 atendimentos e, em 2007, 385. A frequência às práticas corporais no período de 2005 a 2007 revela um processo de crescente aumento.

Quanto ao perfil, o público usuário do Centro é predominantemente feminino em todos os períodos de atendimento, já que, tradicionalmente, a mulher cuida mais de sua saúde. Em relação à faixa etária, a maioria dos atendimentos se volta para pessoas entre 40-59 anos, porém é preciso ressaltar o grande número de atendimentos realizados em pacientes acima de 60 anos. As queixas principais apresentadas na triagem revelam grande incidência de problemas emocionais, algias, obesidade/metabolismo e problemas cardiológicos, entre outros. É preciso chamar a atenção para a adesão dos idosos às atividades desenvolvidas pela UCIS e registrar que demonstram uma gratidão imensa por encontrarem um espaço onde se sentem bem atendidos e acolhidos, participando ativamente e beneficiando-se muito das práticas desenvolvidas. (Palestra ministrada por Odimariles Dantas, apresentada no 1º Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde sobre Experiência da Secretaria Municipal de Saúde de Recife/ PE)

### **3.9 Cenário Atual das Práticas Alternativas e Complementares do SUS - Estatística Nacional**

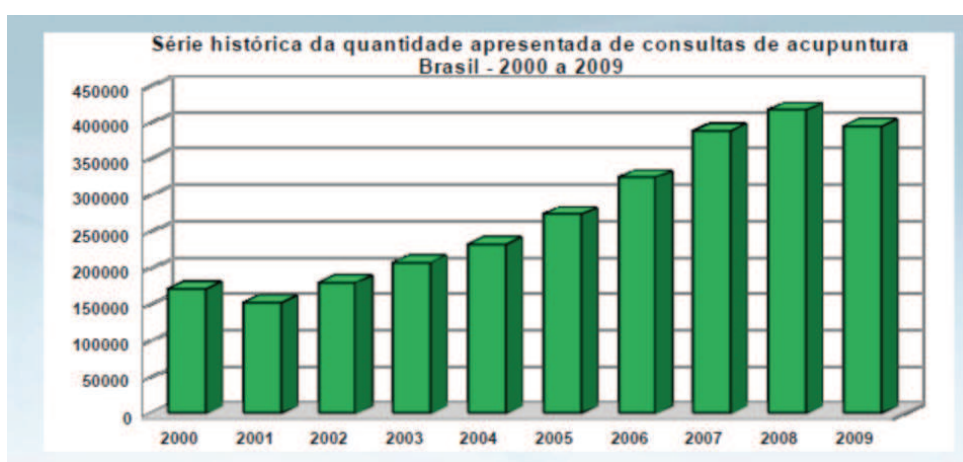
Segundo dados obtidos do PNPIC-Conams, Seminário de Práticas Integrativas e Complementares do SUS - Avanços e Desafios (2010), o desafio macro será a “definição de recursos específicos para as PIC’s, com ênfase na estruturação de serviços, divulgação, ensino e pesquisa. Além desse, outros desafios se impõem, como: reconhecer e acolher a diversidade, ter competência cultural, articular saberes e práticas, legitimar



ações complementares e qualificar profissionais (dados extraídos da palestra ministrada por Carmem di Simoni - Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC-Conams, Seminário de Práticas Integrativas e Complementares do SUS - Avanços e Desafios (2010) acessado em / (PNPIC\_CONASEMS, 2010 ).

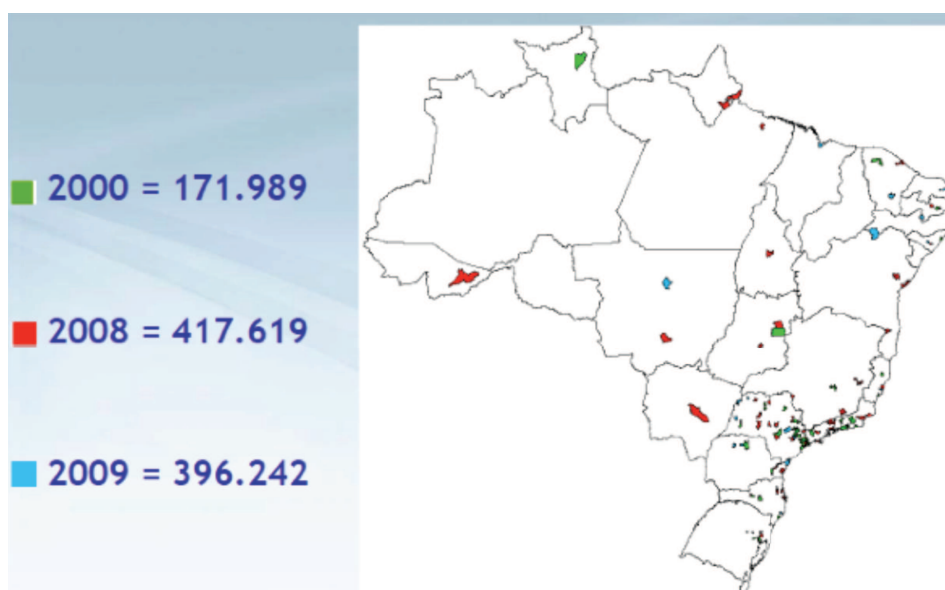
### 3.9.1 PNPIC SUS MTC/Acupuntura Consulta Médica

Gráfico 13 - PNPIC SUS - MCT/Acupuntura



Fonte: PNPIC-Conams- Avanços e Desafios 2010

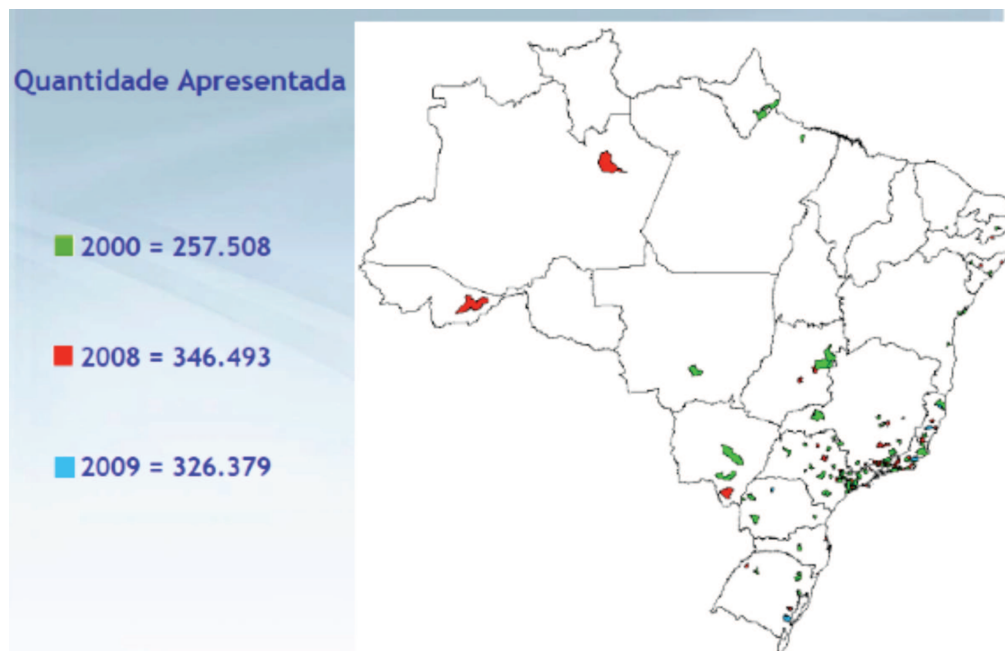
Figura 02 - Consulta Médica em ACP 2000/2008/2009



Fonte: PNPIC-Conams- Avanços e Desafios 2010

### 3.9.2 PNPIC SUS MTC/Homeopatia Consulta Médica

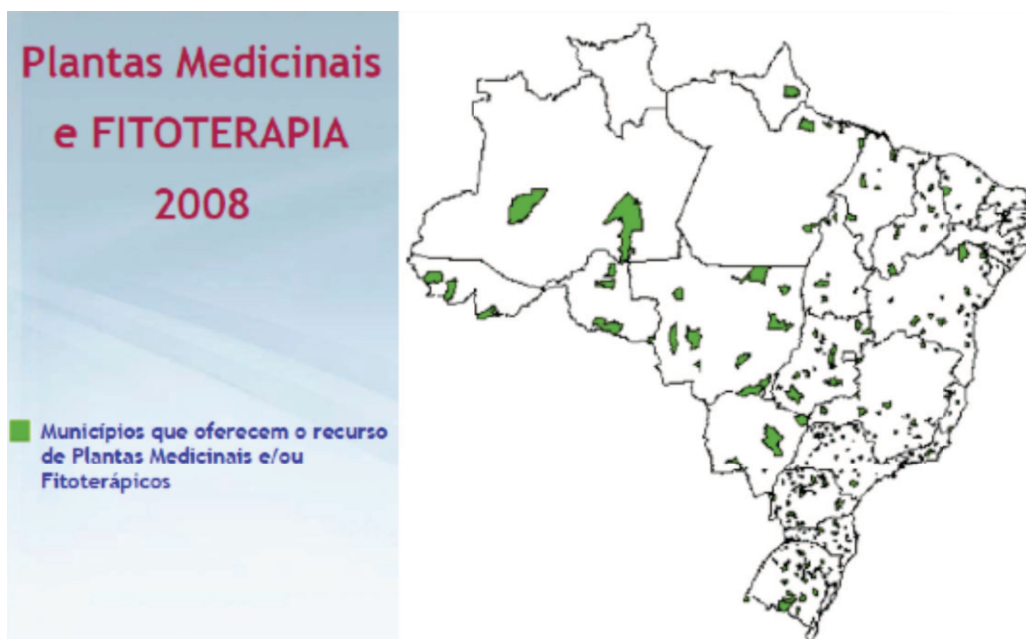
Figura 03 - Consulta Médica Homeopatia 2000/2008/2009



Fonte: PNPIC-Conams- Avanços e Desafios 2010

### 3.9.3 PNPIC SUS Plantas Medicinais E Fitoterapia

Figura 04 - Plantas Medicinais e Fitoterapia 2008



Fonte: PNPIC-Conams- Avanços e Desafios 2010

### 3.9.4 PNPIC SUS Medicina Antroposófica e Termalismo Crenoterapia

Figura 05 - Medicina Antroposófica 2008



Fonte: PNPIC-Conams- Avanços e Desafios 2010

Figura 06 - Termalismo e Crenoterapia 2008



Fonte: PNPIC-Conams- Avanços e Desafios 2010d

---

## Seção 4 - ORIENTAÇÕES PARA IMPLANTAÇÃO DE AÇÕES E/OU SERVIÇOS DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SUS - PNPIC

---

A responsabilidade institucional para a implantação e implementação dessas ações e/ou serviços cabe aos gestores (com compromissos nas três esferas de governo - federal, estadual e municipal), no entanto é importante ressaltar que profissionais e usuários também têm responsabilidades nesse processo (como, por exemplo, nas diretrizes MTCA3, H6, H7, PMF5), sendo, pois, corresponsáveis junto à gestão.

### **O Processo de Implantação e Financiamento/Premissas**

O financiamento da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares está inserido na Média e Alta Complexidade (MAC). Assim, pelas regras atuais, os municípios que não estavam habilitados na gestão plena do Sistema (NOB ou NOAS), que ainda não fizeram o pacto de gestão, ou que na pactuação não tenham incluído serviços de média complexidade não poderão cadastrar/informar os serviços de média e alta complexidade. Nesse caso, a responsabilidade continua sendo do estado, inclusive a de informar a produção e também de proceder aos repasses.

Se o serviço estiver numa unidade básica, ela deverá ser considerada como estabelecimento de dupla gestão, e os dados de produção deverão ser informados e encaminhados pelo município ao estado, que processa toda a parte da média e alta complexidade e encaminha para a base de dados nacional.

### **Do processo de implantação**

O gestor municipal/estadual interessado em implantar o serviço de Práticas Integrativas e Complementares ou alguma das práticas deverá, observadas as premissas, identificar na

rede profissionais especializados nas áreas e os serviços em que estão inseridos, além de elaborar plano de implantação. Posteriormente, ajustar as informações no Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES, para que o financiamento das ações seja autorizado/liberado pela esfera federal.

### **Como cadastrar os serviços e os profissionais de Práticas Integrativas e Complementares:**

1. Se o serviço for implantado numa Unidade ainda não cadastrada no SCNES:

No caso de novos estabelecimentos, o primeiro passo é o cadastro no Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES, cujos passos são de conhecimento da equipe responsável pelo CNES nos municípios/estados.

2. Se o serviço for implantado numa Unidade já cadastrada no SCNES:

Se o estabelecimento já estiver cadastrado no SCNES, o gestor deverá:

- a) Acessar o estabelecimento na base local do CNES, no módulo conjunto, na aba “Serviços Especializados” incluir o serviço 134 - Práticas Integrativas e Complementares e selecionar uma ou mais da(s) classificação(ões) existente(s): (1) Acupuntura, (2) Fitoterapia, (3) Homeopatia, (4) Medicina antroposófica, (5) outras técnicas em Medicina Tradicional Chinesa, (6) Práticas corporais/atividade física e (7) Termalismo/ Crenoterapia.
- b) Cadastrar os profissionais que realizarão o serviço, descritos nas Portarias MS/SAS n° 154, de 18 de março

de 2009 e nº 84, de 25 de março de 2009, as quais estabeleceram um conjunto de profissionais para cada Serviço/Classificação, para o qual, sem o cumprimento desse requisito, não é possível exportar dados do estabelecimento para a Base Nacional do CNES e posteriormente validar e enviar para os Sistemas de Informações Ambulatoriais e Hospitalares. Para realizar o cadastro, é necessário acessar o sistema local do CNES e clicar na opção Cadastro - Profissionais. Nesse cadastro existe a opção de cadastramento de profissionais SUS e não SUS e, no caso em questão, eles deverão ser cadastrados como profissionais SUS.

Observação: Ressalta-se que todos esses dados, tanto do estabelecimento, quanto dos profissionais, devem ser preenchidos inicialmente na ficha de cadastro disponível no site do CNES para, posteriormente, ser transferida para o sistema local do CNES.

#### **Dos incentivos financeiros**

Observar a Tabela Unificada e as portarias de financiamento da Atenção Primária.

- Portaria SAS/MS Nº 154, de 18 de março de 2008, que instituiu o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, o manual e o Sistema SCNES
- Portaria GM Nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 04 de março de 2008. Cria os núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF.
- Portaria SAS Nº 84, de 25 de março 2009. Adequar o serviço especializado 134 - Serviço de Práticas Integrativas e sua classificação 001 - Acupuntura.
- Portaria GM 3237, de 24 de dezembro de 2007, que aprova as normas de execução e de financiamento da assistência farmacêutica na atenção primária em

saúde e define o elenco de referência de medicamentos e insumos complementares para a Assistência Farmacêutica na Atenção Primária.

- Portaria Nº 2982, de 26 de novembro de 2009, Aprova as Normas de Execução e de Financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária.

**Observação 1:** nesta portaria foram inseridos fitoterápicos e medicamentos homeopáticos no elenco de medicamentos que necessitam ser pactuados nas Comissões Intergestores Bipartites para serem oferecidos nos serviços.

**Observação 2:** Verificar a existência no estado e/ou município de legislação e/ou políticas referentes às Práticas Integrativas e Complementares no SUS.

**Contatos:**

Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares/DAB/SAS/MS

Correio eletrônico: [pics@saude.gov.br](mailto:pics@saude.gov.br)

[www.saude.gov.br/dab praticas integrativas e complementares](http://www.saude.gov.br/dab_praticas_integrativas_e_complementares)

Telefone: (61) 3306-8030



**VAMOS SABER MAIS!**

MARCO REGULATÓRIO das Práticas Integrativas e Complementares.

Resolução - RDC Nº 17, de 16 de abril de 2010 - Dispõe sobre as Boas Práticas de Fabricação de Medicamentos.

Instrução Normativa Nº 05, de 31 de março de 2010 - Instrução Normativa, nos termos adiante trazidos.

Resolução - RDC Nº 14, de 31 de março de 2010- Dispõe sobre o registro de medicamentos fitoterápicos.

Portaria - Nº 86 de 20 de março de 2010 - Institui, no âmbito do SUS, sob gestão estadual, municipal ou do Distrito Federal, a Farmácia Viva. A Farmácia viva, no contexto da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, deverá realizar todas as etapas, desde o cultivo, a coleta, o processamento, o armazenamento de plantas medicinais, a manipulação e a dispensação de preparações magistrais e oficinais de plantas medicinais e fitoterápicos.

Resolução - RDC Nº 10, de 09 de março de 2010 - Dispõe sobre a notificação de drogas vegetais junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e dá outras providências.

Portaria - SAS Nº 84, de 25 de março de 2009 - Adequa o serviço especializado 134 - SERVIÇO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS e sua classificação 001 - ACUPUNTURA

Portaria Nº 2982, de 26 de novembro de 2009 - Aprova as Normas de Execução e de Financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica

Portaria Nº 07, de 27 de janeiro de 2009 - Aprova as Normas Reguladoras do Exercício da Acupuntura no Âmbito do Serviço de Saúde do Exército

Portaria Nº 2.960, de 09 de dezembro de 2008 - Aprova o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e cria o Comitê Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos



Portaria Nº 154, de 24 de janeiro de 2008 - Cria os Núcleos de apoio ao Saúde da Família - NASF

Portaria Nº 398, de 11 de Julho de 2007 - Altera a redação do art. 6º da Portaria SAS/MS nº 853, de 30 de novembro de 2006 (Revogada)

Portaria Nº 853, de 11 de novembro de 2006 - Incluir na Tabela de Serviços/classificações do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES de Informações do SUS, o serviço de código 068 - Práticas Integrativas e Complementares  
Portaria Nº 1.600, de 17 de julho de 2006 - Aprova a constituição do Observatório das Experiências de Medicina Antroposófica no Sistema Único de Saúde (SUS)

Portaria Nº 971, de 03 de maio de 2006 - Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde

Portaria Nº 687, de 30 de março de 2006 - Aprova a Política de Promoção da Saúde

Decreto nº 5.813, de 22 de junho de 2006 - Aprova a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e dá outras providências.

## REFERÊNCIAS

**ABMA, 2010.** Associação Brasileira de Medicina Antroposófica: [www.abmanacional.com.br](http://www.abmanacional.com.br)

AMHB, 2010. Associação Médica Brasileira de Homeopatia: [www.amhb.org.br](http://www.amhb.org.br)

BARREIRO, E.J.; BOLZANI, V. S. “Biodiversidade: fonte potencial para a descoberta de fármacos”, *Quim. Nova*, v.32, n.3, 2009, p.679-688.

BARROS, N.F.; SIEGEL, P.; SIMONI, C. “Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: passos para o pluralismo na saúde”, *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.23, n.12, Dec.2007.

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

Brasil 2006b. Presidência da República. Decreto no. 5813, de 22 de junho de 2006. *Aprova a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e dá outras providências*. DOU. Poder Executivo, Brasília, DF, 23 jun. 2006.

BRASIL, 2009a. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Relatório do 1º Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde - PNPIC*, Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 196 p. - (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

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

BRASIL 2010a. Resolução RDC 14 de 31/03/2010, da ANVISA, que regulamenta o registro de medicamentos fitoterápicos.

CARNEIRO, S.M.C.; PONTES, L.M..L.; GOMES FILHO, V.A.F.; GUIMARÃES, M.A. “Da planta ao medicamento: experiência da utilização da fitoterapia na atenção primária à saúde no município de Itapioca-CE”, *Divulgação em Saúde para Debate*; v.30, 2004, p. 50-65.

EISENBERG, D.M.; DAVIS, R.B.; ETTNER, S.L.; Appel, S.; Wilkey, S.; Van Rompay, M.; Kessler, R.C. “ Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997: results of a follow-up national survey”, *J. Am. Med. Assoc.*, v. 280, 1998, p.1569-1575.

GRAÇA, C. “Treze anos de fitoterapia em Curitiba”, *Divulgação em Saúde para Debate*, v. 30, 2004, p. 36-41.

GUILHERMINO, J.F.; ROSSI, S.J.; VILLAS BOAS, G.K.; QUENTAL, C.M. “Caracterização e Institucionalização do Sistema Nacional das Redesfito: elementos que contribuirão para a elaboração de um termo de referência”, *Revista Fitos*, v. 5, n. 01, 2010, p.4-21.

GUIMARÃES, J.; MEDEIROS, J.C.; VIEIRA, L.A. “Programa Fitoterápico Farmácia Viva no SUS-Betim”, 2006. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Jaqueline%20Guimaraes%20ok.pdf>. Acessado em 25/05/2010

LEWINSONHN, T. M.; PRADO, P. I. *Biodiversidade Brasileira - Síntese do Estado Atual do Conhecimento*. São Paulo: Ed. Pinsky, 1ª. ed. , 2002, cap. 1, p. 17-25.

MATOS, F.J.A. “*Farmácias vivas: sistema de utilização de plantas medicinais projetado para pequenas comunidades*”. Fortaleza: EUFC; 1998

*Ministério da Saúde. Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1987*

MINISTÉRIO DO MEIO AMBIENTE. Unidades de Conservação: patrimônio para o povo brasileiro, esperança de futuro para a humanidade. Brasília: MMA, 2007.

NAGAI, S. C. “Medicina complementar e alternativa na rede básica de serviços de saúde: uma aproximação qualitativa”, *Ciências e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <[http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo\\_int.php?id\\_artigo=2925](http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=2925)> Acesso em: 20 mar. 2010, ISSN1413-8123*

OLIVEIRA, F.; AKISUE, G.; AKISUE, M.K. *Farmacognosia*. São Paulo: Atheneu, 1991.

OMS, Organización Mundial de la Salud. Consejo Ejecutivo. Medicina tradicional y asistencia sanitaria moderna. Foro mundial de la salud: Revista Internacional de Desarrollo Sanitario 1991; v. 12, n.1, p. 120.

OMS, Organización Mundial de la Salud. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005. Geneva: Organización Mundial de la Salud; 2002.

PIRES, A.M.; BORELLA, J.C.; RAYA, L.C. “Prática alternativa de saúde na atenção básica da rede SUS de Ribeirão Preto-SP”, *Divulgação em Saúde para Debate*, v. 30, 2004, p. 56-58.

PIRES, R. M. E. “O Termalismo Tem Lugar na Reumatologia nos Dias Atuais?”, *Rev. Bras. Reumatol.*, v. 46, n. 2, p. 161-162, mar/abr, 2006.

QUINTELA, M. “Saberes e práticas termais: uma perspectiva comparada em Portugal e no Brasil. Histórias”, *Ciências, Saúde - Manguinhos*, v. 11, s. 1, 2004, p.239-60.

RODRIGUES, A. G.; PEREIRA, A. M. ; DE SIMONI, C.; TRAJANO, M. A.; SANTOS, M. G.; MORAIS, P.; CAMPOS, T. P. “RELATÓRIO DE GESTÃO 2006/2010 Práticas Integrativas e Complementares no SUS”, MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, Brasília, DF, 2011, 43 p.

SACRAMENTO, H.T. “O programa de fitoterapia do município de Vitória-ES”, *Divulgação em Saúde para Debate*, v. 30, 2004, p. 59-65.

SANTOS, M. A. “Histórias e “causos” do Barreiro e Termas do Araxá - MG: fantasmas, medo e relações de poder”, *Mnemosine*, v.4, nº1, 2008, p. 88-111. Disponível em: [www.cliopsyche.cjb.net/mnemo/index.php/mnemo/article/view/304/501](http://www.cliopsyche.cjb.net/mnemo/index.php/mnemo/article/view/304/501). Acessado em 03/05/2010

SERAFIM, J.M.V. “Aglhas que Curam: Revisão Bibliográfica”, Trabalho de Conclusão de Curso, Coordenação de Pós-Graduação em Acupuntura *latu sensu* do Centro Integrado de Terapias Energéticas, João Pessoa, PB, 2007, 25 p.

SIANI, A. C., et.al., *Desenvolvimento Tecnológico de Fitoterápicos: Plataforma Metodológica*. Rio de Janeiro: Ed. Scriptorio, 2003, 99 p.

SILVEIRA P. F.; BANDEIRA, M. A. M.; ARRAIS, P.S.D. "Farmacovigilância e reações adversas às plantas medicinais e fitoterápicos: uma realidade", *Revista Brasileira de Farmacognosia, Brazilian Journal of Pharmacognosy*, v.18, n. 4, Out./Dez. 2008, p. 618-626.

SIMÕES, C. M. O.; SCHENKEL, E. P.; GOSMANN, G.; MELLO, J. C. P.; MENTZ, L. A.; PETROVICK, P.R. (org.) *Farmacognosia: da planta ao medicamento*. 3.ed. Porto Alegre/Florianópolis: Editora da Universidade UFRGS / Editora da UFSC, 2001, 833 p.

STRINGUETO, K. "O que gera a saúde?", *Revista Bons Fluidos*, jul, 2007. Disponível em:[http://planetasustentavel.abril.com.br/noticia/saude/conteudo\\_241141.shtml](http://planetasustentavel.abril.com.br/noticia/saude/conteudo_241141.shtml). Acessado em 10/09/2010

WHO 2003. *Guidelines on safety monitoring and pharmacovigilance of herbal medicines*. Geneva.

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

#### **SITES ACESSADOS:**

<http://www.scielo.br/pdf/rbcf/v44n4/v44n4a20.pdf> (ARTIGO)

<http://www.portalthumaniza.org.br>

PNPIC-Conams- Avanços e Desafios 2010: [http://www.conasems.org.br/files/PNPIC\\_CONASEMS\\_Gramado\\_2010.pdf](http://www.conasems.org.br/files/PNPIC_CONASEMS_Gramado_2010.pdf)

RECIFE, 2010 [www.recife.pe.gov.br/noticias/imagens/22700.jpg](http://www.recife.pe.gov.br/noticias/imagens/22700.jpg)

(<http://www4.ap.gov.br/jsp/noticias/news.jsp?ref=7106&dtDay=2009-02-16>)

AMAPÁ, 2010 [http://dab.saude.gov.br/docs/eventos/seminario\\_pnpic/dia15\\_05/dr\\_elziwaldo\\_lobo\\_monteiro\\_brasil.pdf](http://dab.saude.gov.br/docs/eventos/seminario_pnpic/dia15_05/dr_elziwaldo_lobo_monteiro_brasil.pdf)

CAMPINAS, 2009 [http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/eventos/semana\\_fit.jpg](http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/eventos/semana_fit.jpg). (Acessado em 14/07/2010 )

BRASIL, 2010a [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id\\_area=1124](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1124). (Acessado em 14/07/2010 )

RIBEIRÃO PRETO, 2010b <http://www.hcrp.fmrp.usp.br/gxfiles/arqs/pdf/fitoterapia.pdf>

Andressa Ap. Berrette apresentada na II Semana Farmacêutica do Hospital das Clínicas -FMRP - USP 18/01/2007 Acessado em 14/07/2010

[www.otempo.com.br/.../noticias/?IdNoticia=604](http://www.otempo.com.br/.../noticias/?IdNoticia=604). (Acessado em 13/07/2010)

[www.saude.df.gov.br/003/00301015.asp?ttCD\\_CHA....](http://www.saude.df.gov.br/003/00301015.asp?ttCD_CHA....)  
(Acessado em 13/07/2010)

(<http://www4.ap.gov.br/jsp/noticias/news.jsp?ref=7106&dtDay=2009-02-16>. (Acessado em )13/07/2010  
[www.recife.pe.gov.br/2008/10/17/guilherme\\_aba....](http://www.recife.pe.gov.br/2008/10/17/guilherme_aba....)  
(Acessado em 13/07/2010)

RIBEIRÃO PRETO, 2010a <http://www.usp.br/siicusp/Resumos/16Siicusp/1018.pdf>.

BETIM, 2010a [www.otempo.com.br/foto\\_30112007114150.jpg](http://www.otempo.com.br/foto_30112007114150.jpg)  
DF, 2010a [www.saude.df.gov.br/sites/100/163/00005736.jpg](http://www.saude.df.gov.br/sites/100/163/00005736.jpg)

EAD - UFMS

REVISÃO:

Prof. Dr. Ricardo Magalhães Bulhões

EDITORAÇÃO ELETRÔNICA E PROJETO GRÁFICO:

Marcos Paulo dos Santos de Souza

DESIGNER:

Alana Montagna

DESIGN INSTRUCIONAL:

Carla Calarge

FOTO DA CAPA:

Roberto Higa







Foto: Roberto Higa

**SES**  
Secretaria de Estado de Saúde

Ministério da Educação  
Ministério da Saúde

Secretaria de  
Gestão do Trabalho e da  
Educação na Saúde

GOVERNO FEDERAL  
**BRASIL**  
PAÍS RICO E PAÍS SEM POBREZA



**SESAU**  
Secretaria Municipal  
de Saúde Pública

