

“A implementação da fitoterapia no SUS de João Pessoa-PB”

por

Climério Avelino de Figueredo

Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutor em Ciências na área de Saúde Pública.

*Orientadora principal: Prof.^a Dr.^a Idê Gomes Dantas Gurgel
Segundo orientador: Prof. Dr. Garibaldi Dantas Gurgel Junior*

João Pessoa, setembro de 2013.

Esta tese, intitulada

“A implementação da fitoterapia no SUS de João Pessoa-PB”

apresentada por

Climério Avelino de Figueredo

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Berta Lúcia Pinheiro Klüppel

Prof. Dr. Carlos Augusto de Freitas Peregrino

Prof. Dr. Geovani Gurgel Aciole da Silva

Prof.^a Dr.^a Jória Viana Guerreiro

Prof.^a Dr.^a Idê Gomes Dantas Gurgel – Orientadora principal

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

F475 Figueredo, Climério Avelino de
Análise da Política de Fitoterapia no SUS de João
Pessoa – PB. / Climério Avelino de Figueredo. -- 2013.
206 f.

Orientador: Gurgel, Idê Gomes Dantas
Gurgel Júnior, Garibaldi Dantas
Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde
Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

1. Políticas Públicas. 2. Sistema Único de Saúde.
3. Fitoterapia. 4. Plantas Medicinais. 5. Práticas
Integrativas e Complementares. I. Título.

CDD – 22.ed. –

581.634098133

A U T O R I Z A Ç Ã O

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, por processos fotocopiadores.

João Pessoa, 27 de setembro de 2013.

Climério Avelino de Figueredo

Dedico esta tese aos meus pais,
Basílio e Secundina, que tiveram
a sabedoria de enxergar nos
estudos a maior riqueza que os pais
podem deixar para os filhos e a
Leônia por estar sempre presente,
ao meu lado.

AGRADECIMENTOS

A todos aqueles que, ao longo da história, construíram a ciência, principal e mais eficiente meio para se encontrar o conhecimento, livrando a humanidade das explicações místicas e religiosas, fontes de atraso e de intolerância;

Aos meus orientadores, Idê e Garibaldi pela presteza e pela paciência no trabalho de orientação;

Aos professores da ENSP e da UFPB que viabilizaram o DINTER na Paraíba especialmente à professora Vera Amaral que já não se encontra entre nós;

Aos colegas do DINTER que sempre foram solidários comigo, me ajudando nas minhas necessidades e compreendendo o meu comportamento arredo;

RESUMO

Nos últimos anos, vem crescendo o uso da Fitoterapia no Brasil e no mundo. Com a criação do SUS, atores diversos em diferentes espaços e ocasiões expressaram a demanda para a sua introdução nos serviços de saúde. Do ponto de vista formal e legal, isto ocorreu no ano de 2006, com a publicação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS e da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Este trabalho tem como objetivo analisar a formulação e a implementação da política da Fitoterapia no SUS de João Pessoa – PB, à luz do que estabelecem as políticas de âmbito nacional, no período compreendido entre os anos de 2005 e 2012. Trata-se de um estudo de caso, focado na abordagem qualitativa. A coleta de dados ocorreu em documentos relacionados à política da esfera nacional e municipal e em entrevistas realizadas com gestores, profissionais de saúde, usuários e professores/pesquisadores universitários. A análise da política foi feita com base no modelo de Walt e Gilson, modificado por Araújo que trabalha com quatro categorias: contexto, processo, conteúdo e atores, sendo que o contexto está desdobrado em macro e micro contexto, cada um deste com três subcategorias. As entrevistas foram analisadas utilizando-se o método de kvale. A análise dos dados mostrou que a formulação e a implementação da política de Fitoterapia no SUS de João Pessoa vêm ocorrendo de forma irregular, sem a participação efetiva de todos os atores interessados e em conjunto com outras práticas integrativas, o que impede que a ela seja dada a atenção devida. No entanto, os atores envolvidos consideram que esta política reforça o SUS e lhe dá mais resolubilidade, mas que há diversos obstáculos para a sua efetiva implementação.

Palavras-chave: Políticas Públicas, Sistema Único de Saúde, Práticas Integrativas e Complementares, Fitoterapia, Plantas Medicinais.

ABSTRACT

In recent years, has been growing the use of herbal medicine in Brazil and in the world. With the creation of the SUS, several actors in different spaces and times expressed demand for its introduction in health services. The formal and legal point of view, this occurred in the year 2006, with the publication of the National Policy of Integrative and Complementary Practices in SUS and National Policy of Medicinal Plants and Herbal Medicine. This study aims to analyze the design and implementation of the policy of Phytotherapy in the SUS of João Pessoa – PB, birth of establishing nationwide policies, in the period between 2005 and 2012. This is a case study, focused on qualitative approach. Data collection occurred in documents related to the politics of national and municipal sphere and in interviews with managers, health professionals, users and teachers/researchers academics. Policy analysis was done based on the model of Walt and Gilson, modified by Aguilar who works with four categories: context, process, content and actors, the context is unfolded in macro and micro context, each with three subcategories. The interviews were analyzed using the method of Kvale. The analysis of the data showed that the formulation and implementation of the policy of Phytotherapy in SUS Joao Pessoa comes irregularly occurring, without the effective participation of all actors concerned and in conjunction with other integrative practices, which prevents her from being given due attention. However, the actors involved consider that this policy reinforces the SUS and gives more resolution, but that there are several obstacles to its effective implementation.

Keywords: Public Policy, Health Unique System, Integrative and complementary Practices, Phytotherapy, Medicinal Plants.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACF - Advocacy Coalition Framework

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

ASSOCIOFITO - Associação Nacional de Fitoterapia em Serviços Públicos

ATER - Assistência Técnica e Extensão Rural

CAES - Centro de Atenção Especializada em Saúde

CAPS - Centro de Atendimento Psicossocial

CCS - Centro de Ciências da Saúde

CEO - Centros de Especialidades Odontológicas

CFM – Conselho Federal de Medicina

CMS - Conselho Municipal de Saúde

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CPIC - Centros de Práticas Integrativas e Complementares

CUT - Central Única dos Trabalhadores

E1 a E20 – Entrevistados do número 1 ao número 20

Empreender-JP - Programa Municipal de Apoio aos Pequenos Negócios de João Pessoa

ESF - Estratégia Saúde da Família

FHC - Fernando Henrique Cardoso

FENTAS - Fórum Nacional de Trabalhadores da Área da Saúde

FUNDEB - Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação

FMI - Fundo Monetário Internacional

IBPM - Instituto Brasileiro de Plantas Medicinais

IPMF - Imposto Provisório sobre a Movimentação Financeiro

IBPM - Instituto Brasileiro de Plantas Medicinais

MERCOSUL - Mercado Comum do Cone Sul

MS - Ministério da Saúde

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NOB - Norma Operacional Básica

NEPHF - Núcleo de Estudos e Pesquisas Homeopáticas e Fitoterápicas

PAB - Piso de Atenção Básica

PAC - Programa de Aceleração do Crescimento

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PIB - Produto Interno Bruto

PIC - Práticas Integrativas e Complementares

RELIPLAN Rede Latino-Americana Interdisciplinar de Plantas Medicinais

PNPIC - Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS

PNPMF - Política Nacional de Plantas Medicinais e de Fitoterápicos

PROUNI - Programa Universidade para Todos

PS - Partido Socialista Brasileiro

PSD - Partido Social Democrático

PT - Partido dos Trabalhadores

PSF - Programa Saúde da Família

RDC - Resolução de Diretoria Colegiada

RENAFITO - Relação Nacional de Medicamentos Fitoterápicos

RENISUS - Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse do SUS

RENAPLAN - Relação Nacional de Plantas Medicinais

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SIA/SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais

SEBRAE - Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas

SIND-Saúde - Sindicato dos Profissionais de Saúde do Estado da Paraíba

SMSJP - Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa

SCNES - Sistema Nacional de Estabelecimentos de Saúde

SOBRAFITO - Associação Brasileira de Fitomedicina

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFPB - Universidade Federal da Paraíba

USF - Unidade de Saúde da Família

UPA - Unidades de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Apresentação do problema	12
1.2 Justificativa	14
1.3 Pergunta norteadora	16
1.4 Hipótese	16
2 OBJETIVOS	17
2.1 Objetivo geral	17
2.2 Objetivos específicos	17
3 MARCO TEÓRICO CONCEITUAL	18
3.1 Fitoterapia, práticas integrativas e integralidade	18
3.2 Políticas públicas	26
3.3 Análise de políticas públicas	30
3.4 O modelo de análise de políticas públicas de saúde de Walt e Gilson	33
3.5 Implementação de políticas públicas	37
3.6 A Teoria de Interesses Estruturais de Alford	41
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	45
4.1 Desenho do estudo	45
4.2 Área e sujeitos do estudo	45
4.3 Período de estudo	46
4.4 Universo e amostra	46
4.5 Fontes e instrumentos de coleta de dados	47
4.6 Categorias de Análises	49
4.7 Processamento e Análise dos Dados	50
4.8 Limitações do método	51
5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	52
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	53
6.1 O macro contexto	53
6.1.1 A esfera política	53
6.1.2 A esfera econômica	60
6.1.3 A esfera social.....	65
6.2 O micro contexto	68

6.2.1 Política Setorial	68
6.2.2 Finanças do Setor.....	72
6.2.3 Problemas de saúde e organização dos serviços	78
6.3 O conteúdo da política em âmbito nacional	82
6.3.1 A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares	82
6.3.2 A Política Nacional de Plantas Medicinas e Fitoterápicos	86
6.3.3 Implementação da PNPIC e da PNPMF	105
6.4 O conteúdo da política em João Pessoa	117
6.5 O processo da política em âmbito nacional	132
6.6 O processo da política em João Pessoa	146
6.7 Os atores da política no âmbito nacional	157
6.8 Os atores da política em João Pessoa.....	168
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	182
REFERÊNCIAS	185
APÊNDICE A.....	196
APÊNDICE B.....	199
ANEXO.....	201

1 INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação do problema

O Brasil, apesar do razoável nível de desenvolvimento científico, tecnológico e econômico que alcançou nos últimos anos, ainda não conseguiu proporcionar melhorias significativas e homogêneas nas condições de vida de sua população, notadamente no setor saúde, por ser um país com muitas desigualdades entre as regiões e por termos grande desigualdade na distribuição da renda. Esta situação tem implicação nas condições de saúde da população.

Em decorrência disto, temos dois perfis epidemiológicos distintos. Um deles, comum aos países desenvolvidos, tem a predominância das doenças crônico-degenerativas como as doenças do aparelho cardiovascular e os diversos tipos de câncer. O outro perfil epidemiológico, típico de países pobres, caracteriza-se por doenças relacionadas à falta de serviços básicos e de assistência à saúde, como as doenças infecciosas, parasitárias, gastroenterites entre outras. A isto, soma-se o grande número de mortes por causas externas, com destaque para aquelas decorrentes da violência.

As despesas públicas com a saúde têm aumentado constantemente acarretando uma expansão da assistência básica e dos serviços de saúde (OLIVEIRA, 2013). Porém, a melhoria nos índices de saúde ainda é insuficiente para alterar radicalmente a realidade de saúde da população brasileira.

Com a Constituição Federal, promulgada em 1988, e com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, através da Lei 8080, o direito à saúde, em termos teóricos, ficou consagrado de forma plena. Princípios e diretrizes do SUS, como a universalidade, a integralidade, a participação popular, a descentralização, abriram espaços para o cidadão reivindicar o direito ao cuidado à saúde de forma ampla e respeitando as suas escolhas (BRASIL, 1990).

O uso de plantas medicinais e de medicamentos fitoterápicos, prática de cura milenar, que estava em processo de crescimento desde os anos sessenta do século passado, após ter sofrido um grande revés com a disseminação do uso do medicamento sintético, passou a ser algo considerado como uma terapêutica pertinente a ser implementada nos serviços de saúde do SUS.

Profissionais de saúde, gestores, usuários e professores/pesquisadores, em diversos momentos e eventos, colocaram a demanda por uma política pública para esta terapêutica, de forma isolada ou em conjunto com outras práticas integrativas (BRASIL, 2006b).

Diversas experiências exitosas de implementação da Fitoterapia em estados e municípios brasileiros davam suporte prático a esta reivindicação (BRASIL, 2006b). Da mesma forma, estudos científicos comprovando a eficácia e a segurança do uso de plantas medicinais e de medicamentos fitoterápicos foram importantes para que a Fitoterapia passasse a ser encarada com uma terapêutica que poderia ser inserida no rol das terapêuticas da Biomedicina.

A implementação da Fitoterapia além de possibilitar mais uma forma de tratar as doenças, facilita o acesso ao tratamento, em termos econômicos e de praticidade e reforça o exercício da cidadania por possibilitar aos usuários o uso de uma terapêutica que consideram mais adequada e mais saudável. Por este entendimento, ela reforça o SUS como um sistema capaz de atender às demandas da população.

Apesar da resistência de alguns atores da área da saúde, em 2006, foram criadas a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC) envolvendo a Fitoterapia, a Homeopatia, a Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura e o Termalismo/Crenoterapia, e a Política Nacional de Plantas Medicinais e de Fitoterápicos (PNPMF).

A criação de uma política de âmbito nacional para a Fitoterapia colocou para os estados e para os municípios brasileiros a oportunidade e a obrigação legal de fazer sua implementação, no âmbito local. João Pessoa é um dos municípios onde esta política está sendo implementação.

A partir da publicação da PNPIC e da PNPMF, diversos movimentos nesta direção foram realizados no município de João Pessoa e, atualmente, já existem serviços que atendem à população com a Fitoterapia e com outras práticas integrativas, embora de forma incipiente. Todavia, nas últimas programações anuais de saúde foram incluídos objetivos, ações, atividades e metas que vêm reforçar a intenção política de fazer a implementação e neste processo, diversos atores têm atuado com interesses e percepções diferenciadas, o que o faz algo de natureza complexa.

A forma como esta política foi formulada e está sendo implementada, a percepção que gestores, profissionais, usuários, professores/pesquisadores da academia

têm ao seu respeito, como eles têm se posicionado, as dificuldades encontradas e como isto poderá fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS) são questões que merecem ser analisadas em relação a esta política.

1.2 Justificativa

No Brasil, até pouco tempo, o número de profissionais de saúde, principalmente o médico, era muito pequeno em relação à demanda da população. Por isto, na maioria das cidades de pequeno porte não havia nenhum profissional para cuidar da saúde da população. Nas médias e grandes cidades, as áreas mais carentes também não dispunham de serviços de saúde. Este vácuo, parcialmente, era preenchido por pessoas com conhecimentos elementares sobre a saúde e as doenças, com razoável conhecimento sobre as plantas medicinais e com larga ascendência sobre a população, devido à forma humanizada e prestativa com que dispensavam os seus cuidados. Os curandeiros, os raizeiros e as parteiras são exemplos deste tipo de pessoas (FIGUEREDO, 2010).

Com a expansão do ensino na área da saúde e o aumento de profissionais habilitados em profissões desta área, começou a haver a saturação dos grandes e médios centros urbanos para estes profissionais. Então, eles tiveram que buscar outros mercados. Estes, muitas vezes, estavam ocupados por pessoas leigas, daí advindo a necessidade de deslocá-los de seu papel de curadores. Por isto, a desqualificação de seu saber passou a ser uma necessidade imperiosa para haver esta substituição

Como a Fitoterapia era a principal forma de tratamento utilizada, necessitava-se, pois, que houvesse a sua desqualificação, reforçada pelo fato dos profissionais saídos da academia nada, ou pouco, saberem a respeito desta terapêutica.

Durante toda a segunda metade do século XX, o ensino baseado no modelo flexneriano, centrado nas especialidades médicas e tendo como locais privilegiados de transmissão, o hospital e o laboratório, com a hipervalorização de procedimentos e tratamentos tecnologicamente sofisticados, teve uma dominância avassaladora (MATTOS, 2006).

Dentro deste contexto, nada mais inadequado do que o ensino da Fitoterapia. Esta terapêutica, além de ser mais simples e mais barata, exceto quando da utilização de medicamentos fitoterápicos produzidos em larga escala pela indústria farmacêutica,

pode ser usada pelos próprios usuários através de preparações caseiras, como chás e lambedores. E também através de medicamentos fitoterápicos manipulados em oficinas de manipulação/Farmácias Vivas, criadas pelos municípios.

Nos últimos anos, as plantas medicinais tem sido objeto de muitas pesquisas que comprovam sua eficácia e sua segurança. Entre a população, é nítido o crescimento do uso das plantas medicinais e dos fitoterápicos. O mesmo ocorre entre os profissionais de saúde. A cada dia aumenta o número daqueles que prescrevem esta forma de tratamento. Isto tem levado ao incremento do número de medicamentos fitoterápicos registrados e comercializados no Brasil e no mundo (CARVALHO et al., 2008). Como consequência deste novo contexto, a universidade tem inserido a Fitoterapia no ensino, na pesquisa e na extensão.

A Fitoterapia é uma terapêutica cujo conjunto de conhecimento tem uma grande contribuição do saber popular. Valorizar esta prática implica o reconhecimento de um saber que não é oriundo da academia e aceitar o compartilhamento de um papel social muito valorizado que é aquele advindo da capacidade de curar as pessoas.

A retomada do uso da Fitoterapia e a formulação e a implementação de uma política, em âmbito nacional, tem levado a academia a se debruçar sobre esta questão. Mas ainda é muito incipiente esta produção acadêmica, devido ao pouco tempo em que este fenômeno ocorre e por ser a Fitoterapia uma terapêutica de uso minoritário em comparação com o uso do medicamento sintético.

No caso de João Pessoa, não foram encontrados estudos neste sentido. Daí porque, estudar a implementação da Fitoterapia no SUS, em João Pessoa, é algo relevante e inédito, vindo a preencher esta lacuna.

Pelo fato de a Fitoterapia poder ser usada sob a forma de medicamentos industrializados e manipulados (BRASIL, 2010a) ou sob a forma de preparações caseiras, ela pode se constituir em importante forma de tratamento da população de João Pessoa. Além disto, o município poderá manipular fitoterápicos em oficinas de manipulação/Farmácias Vivas, que são espaços de produção de fitoterápicos segundo normas farmacêuticas, porém sem ter que se submeter aos rigores da legislação que disciplina a produção de fitoterápicos em estabelecimentos industriais. Portanto, do ponto de vista institucional, debruçar-se sobre a política de Fitoterapia pode contribuir para o entendimento desta questão e oferecer subsídios para o êxito desta política.

1.3 Pergunta norteadora

Como ocorreu a formulação e como está ocorrendo a implementação da política de Fitoterapia no SUS de João Pessoa e como os diversos atores envolvidos neste processo têm atuado, tendo como parâmetro a política, no âmbito nacional?

1.4 Hipóteses

1- No âmbito nacional, há um aparato normativo que dá suporte à implementação de uma política para as plantas medicinais e os fitoterápicos no SUS;

2- No âmbito municipal, a formulação da política da Fitoterapia no SUS e a sua implementação não ocorreram de forma consistente, havendo apenas um conjunto de iniciativas isoladas;

3- A implementação da Fitoterapia no município de João Pessoa vem ocorrendo de forma assistemática e não envolve todos os atores que têm interesse nesta implementação;

4- Gestores, profissionais de saúde e suas entidades representativas, usuários e professores/pesquisadores, como atores importantes neste processo, nele atuaram de forma diferenciada e de acordo com seus interesses, valores e crenças;

5- Os principais atores veem como positiva a implementação da Fitoterapia no SUS embora ressaltem dificuldades para que isto ocorra.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar a formulação e a implementação da política de Fitoterapia no SUS de João Pessoa, no período de 2005 a 2012.

2.2 Objetivos específicos

- 1) Descrever e analisar o aparato normativo nacional e local que dá suporte à implementação da Fitoterapia no Sistema Único de Saúde;
- 2) Caracterizar o contexto e o processo da formulação e da implementação da política de Fitoterapia no SUS;
- 3) Analisar a atuação dos diferentes atores na formulação e na implementação dessa política;
- 4) Conhecer a percepção dos atores locais sobre a formulação e a implementação da política de Fitoterapia no SUS de João Pessoa.

3 MARCO TEÓRICO CONCEITUAL

3.1 Fitoterapia, práticas integrativas e integralidade

Desde tempos remotos, o homem faz uso de plantas com finalidade medicinal e alimentícia e com base em acertos e erros construiu um extenso conhecimento sobre seu uso medicinal (ALONSO, 2004). O uso de plantas medicinais também está relacionado a práticas mágicas, místicas e ritualísticas, pois, por muito tempo, estas práticas foram usadas para a cura das doenças. Este uso foi marcante em todas as civilizações e o conhecimento sobre elas foi transmitido, oralmente, de geração a geração. Ainda hoje, menos do que antes, elas são largamente usadas no tratamento das enfermidades humanas (CHEVALIER, 1996).

Civilizações antigas sistematizaram o uso de plantas medicinais. Os egípcios, os assírios e os hebreus cultivavam várias plantas para a preparação de tinturas, unguentos, águas aromáticas e para a realização de cerimônias e oferendas, a exemplo da mirra. Na China, existem relatos de cura com plantas, desde 3.000 a. C. A Índia é outro país com tradição no uso das plantas medicinais, que constituem a base da terapêutica da Medicina Ayurvédica (CHEVALIER, 1996).

Na Grécia antiga, Hipócrates, o pai da medicina ocidental, se ocupou deste uso. Sua obra, *Corpus Hipocraticum*, tem muitas informações acerca do tratamento das enfermidades com remédios à base de plantas. Ele foi seguido por muitos outros, como Teofrasto, Plínio, Asclepiades, Pelacius e Dioscórides, que escreveu o livro *Matéria Médica*, onde catalogou o uso de cerca de 600 plantas (LIPP, 2002) e que, por muitos séculos, serviu de base para o uso das plantas medicinais.

No Brasil, os primeiros registros sobre o uso de plantas datam do século XVI, com os relatos e os comentários feitos por Gabriel Soares de Sousa e pelo Padre Anchieta. Os jesuítas difundiram os conhecimentos dos indígenas sobre as plantas medicinais para a população (LORENSI; MATOS, 2002) e muitas destas plantas foram levadas para o continente europeu. Ao longo do período colonial, se consolidou o uso de plantas medicinais nativas com aquelas trazidas pelos portugueses e pelos africanos. A movimentação de pessoas que faziam o desbravamento do interior do país foi fundamental neste processo.

Também cabe destaque a alguns estudiosos que fizeram a compilação das plantas usadas pelas diversas comunidades, em publicações muito importantes, como fontes históricas e científicas. Como exemplo, podemos citar: Flora Fluminensis, de Frei José M. da Conceição Veloso (1742-1811), *Systema Materiae Medicae Vegetabilis Brasiliensis*, publicado em 1843, de Karl Friedrich Phillip Von Martius, *Matéria Médica Brasileira*, publicada entre 1862 e 1864, de Manuel Freire Alemão Cysneros e o *Dicionário das Plantas Úteis do Brasil e das Exóticas Cultivadas*, de Pio Correia (LORENZI; MATOS, 2002).

Entre 1803 e 1808, pela primeira vez, métodos químicos e analíticos foram usados para extrair um princípio ativo de planta, no caso a morfina. Com isto, foi possível o estudo deste princípio ativo em laboratório. A partir daí, outros princípios ativos foram isolados e estudados. Posteriormente, passou-se a se fazer modificações na substância natural resultando em medicamentos com mais eficácia e mais segurança. Este foi o caso do desenvolvimento do ácido acetilsalicílico, a partir da salicina das cascas do salgueiro (YUNES; CECHINEL FILHO, 2001; SCHULZ et al, 2002).

Desde então, houve um crescente desenvolvimento da química e novas substâncias foram isoladas, em laboratório, e delas novos produtos de síntese surgiram, levando à paulatina substituição das plantas pelos medicamentos sintetizados em laboratório, o que ocorreu de forma majoritária na segunda metade do século XX (YUNES; CECHINEL FILHO, 2001).

No Brasil, este declínio se acentuou a partir dos anos 40, quando começou a se consolidar um modelo assistencial que teve como marca a rápida incorporação dos produtos do desenvolvimento tecnológico, como os medicamentos sintéticos, os equipamentos para exames e diagnósticos levando à expansão do setor privado, financiado por recursos públicos.

No século XX, houve, em diversos países, um intenso trabalho de desqualificação do saber popular sobre as plantas medicinais como a proibição do seu uso por pessoas leigas e até mesmo por médicos, que ocorreu em diversos países. Exemplo disto foi a proibição, pela Inglaterra, do uso de plantas medicinais na Índia, quando este país era sua colônia, algo injustificável visto que este país tem o uso de plantas medicinais fortemente arraigado nos seus sistemas de cura. Nos Estados Unidos, em 1907, o governo deixou de dar subsídios às escolas médicas que trabalhassem com plantas medicinais (CHEVALIER, 1996).

A imprecisão, a subjetividade e a objetividade limitada do saber popular em comparação com o saber científico (LAKATOS; MARCONI, 2003), obviamente, não foram os únicos motivos da ofensiva contra a Fitoterapia sob a alegação de uma suposta inferioridade da eficácia e da segurança da planta medicinal em comparação com o medicamento sintético.

Diversos motivos levaram à diminuição do uso das plantas medicinais, ao longo do século XX, tais como: desenvolvimento científico e tecnológico na área da saúde, consolidando a hegemonia do modelo biomédico; consolidação e expansão das profissões da área da saúde, fazendo com que aumentasse significativamente o número de pessoas com acesso a esses profissionais, que não usavam a Fitoterapia; combate à prática de cura por pessoas leigas, que normalmente usavam as plantas medicinais, por parte dos profissionais de saúde e suas entidades (FIGUEREDO, 2010).

Merece destaque, também, a desqualificação sistemática dos saberes populares, a exaltação do conhecimento científico como o único conhecimento correto e confiável, o desenvolvimento da indústria farmacêutica e a descoberta de novos fármacos, além da praticidade do uso do medicamento sintético. Ressalte-se, ainda, a falta ou a insuficiência de estudos comprobatórios da eficácia e da segurança dos fitoterápicos e o pouco contato da população urbana com as plantas medicinais (FIGUEREDO, 2010).

Como se pode observar, ao mesmo tempo em que decaía o uso da Fitoterapia consolidava-se o uso do medicamento sintético, na ótica da Biomedicina, valorizando a intensa medicalização das doenças e dos sintomas, descontextualizando a doença do indivíduo na sua totalidade e este do meio social em que se insere.

A partir da década de 1960, importantes atores sociais começaram a questionar a eficácia e a eficiência do uso intensivo de medicamentos. A medicalização da sociedade não surtiu os efeitos esperados e provocou danos à saúde devido à iatrogenia (ILLICH, 1975). Sua eficácia não foi suficiente para vencer as doenças já que estas são o resultado de múltiplos fatores. Além disto, o medicamento sintético tem custos elevados, tornando-o inacessível para uma grande parcela da população.

A frustração da expectativa de que a tecnologia traria facilidades e abundância para todos levou à busca por uma vida natural, levando ao ressurgimento e ao fortalecimento do uso das plantas medicinais devido à sua vantagem preventiva, terapêutica e de efeitos colaterais sobre os medicamentos sintéticos (MICHILIS, 2004).

A retomada da Fitoterapia nos últimos tempos ocorreu devido a uma série de fatores, como: os estudos científicos que comprovam a sua eficácia, segurança e efetividade, incorporando esta prática de cura eminentemente popular ao modelo biomédico; a credibilidade da população nesta terapêutica; a tradição cultural do uso de plantas medicinais; a facilidade de preparação dos remédios à base de plantas e o fato delas poderem ser cultivadas em locais próximos às residências, facilitando o acesso a elas.

A Fitoterapia não é uma especialidade médica e sim uma forma de tratamento (FEDERAÇÃO NACIONAL DE FARMACÊUTICOS, 2013). Como tal, ela está inserida em diversas racionalidades médicas. Segundo Luz (1996) racionalidades médicas são sistemas médicos complexos em que estão presentes cinco dimensões fundamentais: morfologia, dinâmica vital, doutrina médica, sistema de diagnose e sistema de intervenção.

As racionalidades médicas estão estruturadas de forma lógica e empírica e são capazes de nortear eficazmente a compreensão e a intervenção sobre a saúde e o adoecimento humano. Assim sendo, a Homeopatia, a Biomedicina, a Medicina Ayurvédica e a Medicina Tradicional Chinesa (MTC), constituem racionalidades médicas. Práticas de curas que não preenchem estes requisitos não constituem racionalidades médicas (LUZ, 1996).

Uma racionalidade médica pode utilizar diversas terapêuticas ou tratamentos. Por exemplo, A MTC utiliza a Acupuntura, a Massoterapia, a Fitoterapia, a Dietoterapia, a Moxabustão, os exercícios corporais. A Biomedicina utiliza diversas terapêuticas como a Alopatria (medicamento sintético), a Cirurgia, a Dietoterapia, a Massoterapia, a Terapia de Reposição, a Cinesioterapia, a Radioterapia, a Fitoterapia. No entanto, o tratamento predominante é a Alopatria que utiliza medicamentos sintéticos produzidos pela indústria farmacêutica, que atuam quimicamente. Todas as terapêuticas da Biomedicina têm como alvo os sintomas e as doenças, tratando o indivíduo de forma fragmentada.

Algumas destas terapêuticas, como a Fitoterapia, também são utilizadas por outras racionalidades como a Medicina Tradicional Chinesa e a Medicina Ayurvédica, porém isto é feito segundo entendimento diferenciado, em função das diferentes proposições relacionadas aos diversos aspectos destas racionalidades médicas.

A Biomedicina é uma racionalidade voltada para o combate à doença e para a eliminação dos sintomas e se apoia em metodologias de pesquisas focadas nos agentes etiológicos e nos transtornos em si. Privilegia a dualidade entre mente e corpo (KLUPPEL et al, 2007). No campo da Biomedicina, a Fitoterapia é um tipo de tratamento em que se usa a planta medicinal *in natura* ou processada (droga vegetal) em preparações caseiras e o medicamento fitoterápico. Por sua vez, o medicamento fitoterápico pode ser industrializado ou manipulado (BRASIL, 2010a). A manipulação pode ser feita em farmácias de manipulação ou nas oficinas de manipulação/Farmácias Vivas.

Medicamento fitoterápico é o medicamento obtido empregando-se exclusivamente matérias-primas ativas vegetais. É caracterizado pelo conhecimento da eficácia e dos riscos de seu uso, assim como pela reprodutibilidade e constância de sua qualidade. Sua eficácia e segurança são validadas através de levantamentos etnofarmacológicos de utilização, documentações tecnocientíficas em publicações ou ensaios clínicos fase 3 (BRASIL, 2010a).

Não se considera medicamento fitoterápico aquele que, na sua composição, inclua substâncias ativas isoladas, de qualquer origem, nem as associações destas com extratos vegetais. Todo medicamento fitoterápico, para ser comercializado, precisa ser registrado na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), de acordo com o que estabelece a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) 14/2010 da ANVISA (BRASIL, 2010a).

O uso da Fitoterapia no campo da Biomedicina baseia-se no entendimento de que plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos possuem princípios ativos que têm ação no organismo humano. Quando é benéfica, esta ação é considerada ação terapêutica. O uso da Fitoterapia, nesta racionalidade médica, está voltado para a cura de doenças e sintomas, da mesma forma como se usa o medicamento sintético.

Diferentemente, ocorre em outras racionalidades médicas, como a MTC e a Medicina Ayurvédica. Nestas, as plantas medicinais têm outras propriedades que não as propriedades químicas de seus princípios ativos e elas são usadas com o objetivo de equilibrar o indivíduo na sua totalidade e não apenas para curar doenças e sintomas.

O termo práticas integrativas e complementares não tem um sentido preciso. A Organização Mundial de Saúde as denomina medicina tradicional e complementar/alternativa (WHO, 2002) e contempla sistemas médicos complexos e

recursos terapêuticos (formas de tratamento, terapêuticas). Outrora, eram chamadas de medicinas alternativas.

Para Luz (2003) sistemas médicos complexos são as abordagens que possuem teorias próprias sobre o processo saúde/doença e sobre o diagnóstico e a terapêutica e ela os denomina racionalidades médicas. Os recursos terapêuticos são as diversas formas de tratamento.

As racionalidades médicas e os tratamentos tidos como integrativos envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais, físicos e psíquicos, no intuito de prevenir e curar o adoecimento por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, na criação de uma forte interação entre o profissional de saúde e o doente, considerando o indivíduo no seu todo e em interação com o meio em que se insere (BRASIL, 2006b).

Neste entendimento, a prática da Fitoterapia, no campo da Biomedicina, não pode ser considerada uma prática integrativa, pois o uso da planta medicinal ou do medicamento fitoterápico não visa a estimular os mecanismos naturais de defesa nem trata o indivíduo na sua totalidade. No entanto, a caráter integrativo da Fitoterapia pode estar vinculado à questão da integralidade, que é um dos princípios do SUS.

O SUS tem sua concepção sustentada em princípios doutrinários, como a universalidade, a integralidade e controle social/participação popular (BRASIL, 1990; CARVALHO; SANTOS, 2002). Pelo princípio da integralidade, o SUS garante ao indivíduo os cuidados necessários nos aspectos preventivos e curativos e, respeitando sua autonomia, reconhece o direito dele optar por formas diferentes de tratamento e busca este objetivo incentivando o trabalho em equipe e o adequado fluxo do usuário no sistema de saúde.

O princípio da integralidade está claramente colocado nas normas legais que criaram e regulamentaram o SUS, mas uma questão é pertinente quando se discute integralidade que é a explicitação de que integralidade se está falando, tendo em vista os diversos sentidos de integralidade.

Para Pinheiro (2006) o termo integralidade, no âmbito da saúde, pode ser entendido como uma ação social, onde diferentes atores interagem e que se materializa no plano individual e no plano sistêmico, mas que tem múltiplas dimensões e sentidos.

A saúde tem múltiplos determinantes que, de forma integrada, interagem com o indivíduo. E estes determinantes, de forma circular, podem estar mais próximos ou mais

distantes dele e ser de mais fácil ou mais difícil manuseio e domínio (BUSS; PELEGRINI FILHO, 2007).

Segundo Buss e Pelegrino Filho (2007), há determinantes que estão mais relacionados ao indivíduo, como os biológicos (idade, sexo), os hereditários, o estilo de vida e outros que se encontram no meio em que vivem as pessoas. Sobre alguns determinantes os indivíduos têm mais controle. Sobre outros, menos.

Esta compreensão de saúde e doença como um processo que depende de múltiplos determinantes sobre os quais os indivíduos têm diferente poder de atuação, implica que a abordagem do indivíduo na saúde e na doença não pode ser feita de forma fragmentada e sim de forma integrada.

A integralidade também pode ser entendida como uma forma de organização das ações e serviços de saúde com a finalidade de dar conta da promoção da saúde, da prevenção da doença, da cura e da reabilitação (MATTOS, 2006), de forma que os indivíduos e as coletividades sejam alvos das ações de saúde dentro de um fluxo contínuo, sem interrupções e pontos de estrangulamentos.

Na concepção de integralidade que norteia a organização dos serviços no SUS, a atenção básica deve estar acessível a todos os indivíduos, servindo como porta de entrada no sistema e organizador da demanda dos serviços de nível secundário e terciário. Portanto, do ponto de vista de sua concepção teórica, a organização das ações e serviços de saúde do SUS é feita tendo como norte a integralidade da assistência aos indivíduos para que tenham garantidas todas as demandas, desde as mais simples, como uma orientação no âmbito da educação em saúde, até as necessidades mais complexas, como um transplante de órgãos.

Além de um norteador da organização dos serviços, integralidade é também o agir de forma conjunta e inter-relacionada por parte dos diversos profissionais de saúde, formando equipes que atuem em uma dinâmica de cooperação, com troca de conhecimentos e saberes, com a finalidade de atender o paciente de forma abrangente e holística.

A integralidade na relação do profissional de saúde com o usuário implica colocar este no papel de sujeito, valorizando o seu discurso, postura que os médicos da Biomedicina normalmente não têm, pois isto requer tempo, algo de que eles não dispõem. (LISBOA, 2009). Para que este discurso seja mais consistente é necessário que o usuário tenha conhecimentos básicos do funcionamento do corpo e da mente, na

saúde e na doença, que entenda minimamente como os diversos fatores interagem na produção destes dois fenômenos, que compõem um mesmo processo, e como ele pode manejar as medidas propostas em direção a este objetivo.

É preciso, também, que o usuário do sistema reconheça-se como sujeito de direito, condição inerente a seu status de cidadão, independente de sua condição socioeconômica e cultural.

A integralidade do atendimento pressupõe que o profissional de saúde que o faz deve estabelecer com o usuário uma relação de diálogo e de cooperação. Que o profissional de saúde seja capaz de compreender o sofrimento do outro e como este sofrimento se insere em sua vida e como as ações e as palavras do profissional de saúde se inserem em um plano de cuidado (MATTOS, 2009).

Não basta que as ações de saúde e os serviços estejam organizados de forma a possibilitar a integralidade. É necessário que os profissionais de saúde tenham a intenção, o desejo e a compreensão de como isto deve ser feito. E, muito mais do que isto, é importante que seja reconhecido o direito do usuário a esta integralidade.

Para Tesse (2008) o princípio da integralidade no SUS cobra uma atuação conjunta dos profissionais de saúde, mas a forma como os saberes da Biomedicina são articulados não ajuda a construir esta integralidade, já que a soma dos tratamentos parciais e especializados não resultam em um tratamento integral.

Diferentemente, a integralidade da assistência implica a discussão conjunta dos problemas de saúde individuais e coletivos, com cada profissional dando a opinião com os conhecimentos que são próprios de sua área, de forma a agregar informações e conhecimento a todos, para que haja acúmulo de conhecimento e de experiência que resultem em aprimoramento de cada um deles no sentido de dar mais resolubilidade ao sistema.

No entendimento que norteia as práticas integrativas, a integralidade implica o reconhecimento de que o indivíduo não reage de forma parcial, nem adocece de forma segmentada. A doença e os sintomas, nada mais são do que a representação do adoecimento do todo. Reconhecer esta premissa implica uma radical modificação no olhar sobre os processos que ocorrem no organismo, na saúde e na doença, com a valorização dos processos naturais que o organismo constrói com a intenção de manter ou recuperar a saúde.

Pelo exposto, pode-se afirmar que a Fitoterapia, usada na ótica da Biomedicina, não é uma prática integrativa, mas pode contribuir para o fortalecimento da integralidade no SUS por possibilitar a troca de conhecimento entre os saberes científico e popular e resgatar o conhecimento e a tradição populares do uso das plantas medicinais, criando condições para que os usuários atuem como sujeitos na escolha e na condução deste tratamento para o seu adoecimento. Também reforça a participação popular, por trazer o usuário para as atividades relacionadas a esta prática de cura.

Mesmo com estas ressalvas, para a discussão da política, no âmbito nacional e municipal, consideraremos a Fitoterapia uma prática integrativa, por assim estar colocada na PNPIC, tendo como consequência disto o fato de as atividades, ações, programas a ela relacionados estarem vinculados às demais práticas integrativas.

3.2 Políticas públicas

Políticas Públicas têm diferentes conceitos, uns mais simples outros mais complexos. Entre eles o de Willians Jenkins que as considera como um conjunto de decisões tomadas por atores políticos ou grupo de atores em relação a metas e recursos para atingir uma determinada situação (VIANA; BAPTISTA, 2008). Ou o conceito de Mead que as entende como um campo dentro do estudo da política que analisa o governo à luz de grandes questões públicas. Lyn a compreende como um conjunto de ações do governo que irão produzir efeitos específicos (SOUZA, 2007).

Quatro autores são considerados fundamentais no nascimento e na consolidação desta área de conhecimento: H. Laswell, H. Simon, C. Lindblom e D. Easton (SOUZA, 2007).

H. Laswell introduziu a expressão *policy analyses*. Simon introduziu o conceito de racionalidade limitada dos decisores públicos, em função de constrangimentos, como falha no conhecimento do problema, interesses conflitantes dos agentes públicos que formulam as políticas públicas, entre outros. Para ele, esta racionalidade limitada pode ser equacionada desde que haja regras claras e estáveis que balizem a ação dos formuladores de políticas fazendo com que estas sejam conformadas de acordo com as necessidades que levam a sua formulação e não de acordo com os interesses particulares dos formuladores. Easton conceituou política pública como um sistema resultado da interação entre o ambiente, a formulação e o resultado (SOUZA, 2007).

Lindblom trouxe à discussão o entendimento de que a formulação e a análise de políticas públicas estão permeadas por fatores como a interação entre diferentes atores, como os partidos políticos, as burocracias e os grupos que têm interesse na questão objeto da política pública (LINDBLOM, 1959).

Políticas públicas, como disciplina acadêmica, nasceu nos Estados Unidos e de uma forma diferente do que ocorreu na Europa. Nos países europeus, esta área de conhecimento primeiro se debruçou sobre o Estado e suas instituições, explicando as funções do Estado e as ações do governo. Nos Estados Unidos, ela surgiu com o foco no estudo da produção do governo, isto é, as políticas públicas (FREY, 2000).

Por necessitar de conhecimentos de diversas áreas, como o Direito, a Economia, a Administração, a Política, a Sociologia, entre outras, as Políticas Públicas são uma área multidisciplinar e nela atuam e interagem estudiosos destas diversas áreas de conhecimento (VIANA; BAPTISTA, 2008; GURGEL, 2007).

Tradicionalmente, a literatura sobre políticas públicas, ressalta a tipologia desenvolvida por Theodor Lowi que refere que as políticas públicas podem assumir quatro formatos: as políticas distributivas, as políticas regulatórias, as políticas redistributivas e as políticas constitutivas (FREY, 2000).

As políticas distributivas são aquelas em que as ações governamentais são direcionadas para grupos ou regiões específicos. Seus resultados se expressam mais no campo individual. A sua execução não leva em consideração os recursos limitados e por distribuir benefícios não geram muitos conflitos entre os diversos atores e grupos sociais.

As políticas regulatórias estabelecem regras que incidirão sobre todos os indivíduos ou grande parte deles, daí porque elas são mais intensamente percebidas. Seus custos e benefícios não são definidos *a priori*, dependendo de como as políticas são configuradas a partir desta regulação.

As políticas redistributivas são mais abrangentes e buscam reparar desigualdades entre grupos populacionais. Elas impõem perdas para determinados grupos e ganhos para outros. Por conta disto, têm elevado potencial de conflitos.

As políticas constitutivas estabelecem regras e procedimentos que orientam e enquadram o processo político e como é negociada a construção das políticas públicas.

Tendo como base este formato, uma indagação pertinente é sobre o porquê de os governos fazerem, ou não, ações que terão repercussão na vida dos cidadãos. De forma

mais ampla, a indagação é sobre a constituição e a execução das políticas públicas, isto é, como se dá o seu ciclo.

Para dar conta desta tarefa há diferentes abordagens e modelos teóricos que almejam explicar as relações entre os diversos aspectos de cada política pública, bem como a relação entre as diversas políticas (FARIA, 2003).

Dependendo do referencial teórico, a ênfase pode ser dada a aspectos diferentes da política. Em linhas gerais, os diferentes modelos ou abordagens podem ser agrupados em dois grandes eixos de análise: o que centra o foco no processo decisório na sociedade (*society-centred*) e o que centra o foco na ação do Estado (*state-centred*) (VIANA; BAPTISTA, 2008).

No primeiro caso, a alegação primordial é que o Estado é o espaço onde os diferentes grupos interagem e se associam, inclusive com a burocracia estatal, e as políticas públicas são a resultante deste embate. No segundo, dá-se mais importância ao Estado como entidade consolidada que, através de mecanismos diversos, exerce o controle sobre os diversos grupos de interesse, mediando e enquadrando os conflitos, desta forma, delimitando a forma como os grupos sociais atuam (VIANA; BAPTISTA, 2008).

Toda política pública é composta de fases que, no seu conjunto, constituem o ciclo da política. Diversos autores propuseram divisões para este ciclo. Segundo Viana e Baptista (2008) ele é composto por cinco fases: reconhecimento e entrada do problema na agenda política, formulação da política, a tomada de decisão que é a escolha de uma solução, a implementação e a avaliação. Este modelo corresponde a um avanço em relação aos modelos tradicionais que trabalhavam com três etapas: a formulação, a implementação e o controle (GELINSKI; SEIBEL, 2008).

Embora recente, a área de estudo das políticas públicas vem crescendo nos últimos anos em função de diversos fatores, como o surgimento de novas concepções a respeito do papel do Estado, a implementação de políticas restritivas de gastos e de políticas focalizadas e a ascensão, no cenário internacional, de países em desenvolvimento, com regimes democráticos em maturação e, portanto, sem coalizões políticas estáveis capazes de dar sustentação às políticas governamentais (GELINSKI; SEIBEL, 2008).

As concepções a respeito do papel do Estado, voltado mais para políticas focalizadas, em oposição às políticas universalistas, reforçou o campo de estudos das

políticas públicas devido à preocupação com os impactos destas políticas como forma de fortalecê-las para o enfrentamento das concepções do papel do Estado que embasavam o Estado de Bem Estar Social.

Da segunda guerra mundial até os anos 1980, o Estado de Bem-Estar Social, notadamente nos países europeus, oferecia aos seus cidadãos um conjunto de políticas sociais, políticas de saúde e políticas econômicas que lhes garantia uma série de benefícios, fazendo com que eles tivessem uma significativa proteção social (FLEURY; OUVÉNEY, 2008).

No entanto, recentemente, a volta do predomínio da ideologia neoliberal trouxe à tona a crítica ao Estado de Bem Estar Social devido à dificuldade de financiá-lo, em decorrência do envelhecimento da população (FLEURY; OUVÉNEY, 2008), ao aumento do desemprego e à perda de competitividade para países em ascensão, cuja produção tem custos menores. Tudo isto levou ao questionamento destas políticas já que elas, embora garantam estabilidade e segurança aos cidadãos bem como um conjunto de serviços para satisfazer as suas necessidades, também demandam alto dispêndio de recursos, levando estes países ao desequilíbrio fiscal.

Nos países em desenvolvimento, como os da América Latina e os asiáticos, a crise da dívida externa e o descontrole da inflação levaram estes países, por recomendação ou imposição dos organismos internacionais, como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Mundial (FMI), a adotar medidas de restrição de gastos, adotando orçamentos equilibrados, parte dele sendo utilizada para o pagamento de dívidas que comprometiam a execução de políticas públicas já existentes e a implementação de novas políticas.

Neste contexto floresceu a visão política denominada de Neoliberalismo que defende o enxugamento do Estado, com sua retirada de áreas estratégicas, como a área de infraestrutura e de produção de bens de importância capital para o desenvolvimento e a segurança dos países, através da privatização de empresas estatais. Exemplos desta visão do papel do Estado foram os governos de Margareth Thatcher, no Reino Unido, e Ronald Reagan, nos Estados Unidos, governos estes que, além de privatizarem, reorientaram a função do Estado defendendo, ao extremo, a substituição do controle estatal pelo controle da lei do mercado (LEME, 2010).

Para os que defendem a visão de Estado mínimo, as políticas públicas têm que ser focalizadas, tendo como clientela apenas grupos populacionais com necessidades

urgentes e que não podem prover os meios para atender as próprias demandas. Ou, então, voltadas para problemas específicos, cujo enfrentamento resulte em alto impacto. Além disto, dentro da política de corte de gastos, passou-se a valorizar as boas práticas de administração pública (GELINSK; SEIBEL, 2008).

No Brasil, com a consolidação da democracia e com a entrada em vigor da Constituição Federal de 1988, o Estado brasileiro e seus entes federados tiveram suas atribuições melhor detalhadas e a eles foram atribuídos mais obrigações e aos cidadãos foram concedidos mais direitos (BRASIL, 1988). Para satisfazer às demandas decorrentes destes direitos, diversas políticas públicas têm sido formuladas e implementadas.

A saúde é um exemplo de área em que os ditames constitucionais criaram a necessidade de formulação, implementação e avaliação de políticas públicas, desde as políticas de âmbito mais amplo até as políticas de âmbito mais restrito. Neste tipo, podemos citar a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) e a Política Nacional de Plantas Medicinais e de Fitoterápicos (PNPMF).

Disto decorre a necessidade e a oportunidade de estas políticas serem analisadas, o que levou ao fortalecimento deste campo de estudo em nosso país. Nos últimos anos, tem havido um incremento das avaliações das políticas por diversas razões, como a escassez de recursos, a necessidade de se obter eficiência e dar retorno aos formuladores e implementadores de políticas, além do maior interesse dos diversos atores sociais no funcionamento das políticas públicas (GELINSK; SEIBEL, 2008).

3.3 Análise de políticas públicas

No contexto de crescimento do campo de análises de políticas públicas, as políticas de saúde também passaram a ser mais bem estudadas. No Brasil, isto foi favorecido também pelo crescimento na formulação deste tipo de política em função da criação e implementação do SUS, podendo-se considerar que este é um campo consolidado no Brasil (PAIM; TEIXEIRA, 2006).

Em função das diversas concepções sobre as políticas públicas, há diversos modelos de análise de políticas. Os mais citados na literatura são: Escolha Institucional Racional, Incrementalismo, Garbage Can, Equilíbrio Interrompido, Comunidades Epistêmicas, Múltiplos Fluxos, Gerencialismo Público, Arenas Sociais e Estrutura de

Coalizão de Defesa (GURGEL, 2007; VIANA; BAPTISTA, 2008; GELINSK; SEIBEL, 2008).

O modelo da Escolha Institucional Racional comporta um conjunto de abordagens que têm em comum a ideia de que a maneira como os indivíduos se comportam é resultado de seus interesses materiais, mas que este comportamento pode ser alterado pelas regras institucionais (SABATIER; JENKINS-SMITH, 1999).

Os modelos incrementalistas defendem que o processo político é algo complexo e não ocorre de forma abrupta, mas passo a passo, de maneira incremental, isto é, as ações governamentais anteriores servem de base para as mais recentes. E isto ocorre em um contexto que contém vários fatores, além do conhecimento científico, como os valores sociais, culturais etc. (LINDBLOM, 1979).

O modelo conhecido como *Garbage Can* desenvolvido por Cohen, March e Olsen considera que existem vários problemas e poucas soluções e as soluções procuram por problemas, através de tentativas e erros. Por a compreensão do problema e das soluções ser limitada, as organizações agem de forma anárquica, sem muita consistência em suas ações (SOUZA, 2006).

Para o modelo de Equilíbrio Interrompido (*Punctuated Equilibrium Model*) o processo político caracteriza-se por longos períodos de estabilidade entremeados por curtos períodos de crises. No período de estabilidade, as mudanças ocorrem de forma lenta, incremental e linear. Nos períodos de crises, as mudanças são rápidas (SOUZA, 2006). Este modelo se aplica bem às agendas que mudam de forma rápida devido ao que os autores chamam de *feedback* positivo: algumas questões se tornam importantes, atraindo outras que se difundem como um efeito cascata (*bandwagon*) (BAUMGARTNER; JONES 1993).

De acordo com o modelo das Comunidades Epistêmicas, no ciclo da política, papel importante é desempenhado pelo conjunto de profissionais, pesquisadores e especialistas que detém o conhecimento e a experiência reconhecida em áreas específicas do conhecimento. Devido a isto, a comunidade epistêmica pode contribuir com o seu conhecimento para a formulação e o aprimoramento de determinada política pública. As ideias nela geradas são disseminadas entre atores influentes e podem entrar na agenda política (CAPELA, 2006).

O modelo dos Múltiplos Fluxos de Kingdon preconiza que a construção de uma nova política, como resultado de mudanças políticas, ocorre quando há a junção de três

fluxos independentes, quais sejam: o fluxo político, o fluxo dos problemas e o fluxo das soluções. Em havendo a junção destes três fluxos, abre-se uma janela de oportunidades que pode ser aproveitada pelos diferentes tipos de atores que defendem a nova política (KINGDON, 1995).

Nos últimos anos, devido à propagação das políticas fiscais, os países mais desenvolvidos passaram a adotar o gerencialismo público com a finalidade de buscar a eficiência nos gastos. Este passou a ser o principal fator a ser considerado nas políticas públicas daí advindo a tendência de delegar a instituições com independência política e credibilidade a gestão das políticas públicas. Neste contexto, foram incorporados modelos de análise influenciados pelo gerencialismo público. No entanto, estes modelos ainda não foram significativamente estudados nas pesquisas empíricas (SOUZA, 2007).

O modelo das Arenas Sociais entende que as políticas públicas são construídas pela ação dos empreendedores de políticas que em determinado momento se convencem da necessidade de buscar soluções para determinado problema e para isto eles constituem as comunidades de especialistas que investem recursos variados para a construção das políticas para obter ganhos posteriores. Para obter o intento, as comunidades de especialistas constroem redes sociais nas quais os agentes se ligam através de contatos, vínculos e conexões (SOUZA, 2007).

No modelo Estrutura de Coalizões de Defesa (*Advocacy Coalition Framework*), entende-se que o campo das políticas públicas é composto por um conjunto de subsistemas relativamente estáveis que se formam e se articulam com base em crenças, valores e ideias. Cada subsistema é formado por várias coalizões de defesa. Estes subsistemas se articulam com os acontecimentos externos e sobre eles exercem sua influência (SABATIER, 1999; SOUZA, 2007). As Coalizões de Defesa:

Referem-se ao conjunto de atores oriundos de instituições públicas ou privadas e de todos os níveis de governo, que compartilham um conjunto básico de ideias (um sistema de ideias constituído pelos valores básicos, pressupostos causais, percepções sobre o problema), que procuram manipular as regras, o orçamento e as instituições governamentais com a finalidade de fazer implementar os seus objetivos e apresentam certo grau de atividade coordenada ao longo do tempo (GURGEL, 2007. pág.52).

Há outros modelos de análise de políticas públicas, além dos acima expostos, o que demonstra a riqueza de visões que se debruçam sobre as políticas públicas, apesar de este não ser um campo de estudo antigo.

3.4 O modelo de análise de políticas públicas de saúde de Walt e Gilson

Walt e Gilson (1994) afirmam que a necessidade de estudos sobre análise de políticas públicas é crescentemente apontada na literatura sobre este tema. Em linhas gerais, há dois tipos de análises de política: a análise parcial, que foca em um estágio do ciclo da política ou sobre determinado problema, e a análise compreensiva que abrange a política de forma geral.

O modelo proposto por estas autoras vai além da análise parcial porque valoriza o processo de decisão política e também se preocupa em analisar como os atores se comportam na formulação e na implementação da política, bem como busca analisar o contexto em que as políticas são formuladas e implementadas. Desta forma, tem-se uma visão mais ampliada. Este modelo não vê a política como algo deslocado das complexas interações sociais, políticas e econômicas. Por isto, ele incorpora conceitos de outras disciplinas e áreas do conhecimento (WALT e GILSON, 1994).

Neste enfoque, Walt e Gilson (1994), partindo do pressuposto de que o ciclo da política pública está inserido num complexo sistema de inter-relacionamento, permeado por conflitos, propuseram um modelo de análise que trabalha quatro categorias: contexto, conteúdo, processo e atores. Três delas, contexto, processo e conteúdo, formando os vértices de um triângulo e no seu centro, os atores.

Araújo Jr.(2000), entendendo que as quatro grandes categorias do modelo de Walt e Gilson têm um caráter genérico, o que dificulta a sua operacionalização, propôs o detalhamento destas categorias. Com relação ao contexto, há que se considerar o macro contexto e o micro contexto. No macro contexto, ele propôs três esferas: a política, a econômica e a social. No micro contexto se analisa as políticas setoriais, a estrutura de financiamento e os problemas de saúde no contexto do quadro sanitário e a organização dos serviços de saúde.

Na esfera política da sociedade fatores como mudanças políticas, regime político, ideologia, políticas públicas, influência internacional devem ser considerados para se entender a sua relação com o processo de formulação da política. Da mesma

forma, fatores de ordem econômica e social são enfocados quando da análise do macro contexto (ARAÚJO Jr.; MACIEL FILHO, 2001).

Segundo Araújo Jr. e Maciel Filho (2001) o contexto é uma variável muito importante, principalmente nas fases de formulação e de implementação, já que no contexto (macro e micro) existem muitos fatores, de diferentes naturezas, que delimitam o conteúdo da política, a forma com ela é formulada e implementada e limitam a atuação dos atores. Disto advém a importância de se estudar o contexto de forma aprofundada. Esta compreensão tem sido assumida pelos estudiosos das políticas públicas, no campo da saúde.

Na análise da categoria contexto, uma discussão importante é sobre a questão de como os diferentes grupos de interesse exercem o seu poder no intuito de impor seus interesses, crenças e concepções nas diversas etapas do ciclo da política. O poder é algo que se estabelece notadamente na esfera política do contexto, daí a importância de sua análise para o entendimento das fases do ciclo das políticas públicas.

O conteúdo da política se expressa pelas suas propostas que podem ser detalhadas em programas, projetos, ações e atividades, todos eles com objetivos e metas. Pode estar em uma única formulação ou em um conjunto delas. O conteúdo da política, partindo de problemas identificados, aponta para a resolução total ou parcial dos problemas.

O conteúdo da política deve apontar recursos, técnicas, equipamentos, estruturas organizacionais e profissionais qualificados para a sua implementação. Ele pode ser visto como um conjunto de medidas combinadas, em uma particular sequência com o intuito de transformar uma situação real. Para Walt e Gilson (1994) a política envolve a decisão de atuar em um problema ou grupos de problemas e as subsequentes decisões relacionadas à sua implementação.

O conteúdo da política aponta para perspectivas assumidas por ocasião de sua formulação. Em relação às perspectivas, Araújo Jr. e Maciel Filho (2001) apresentam cinco tipos principais: a neoliberal, a conservadora, a social democrata, a socialista e a feminista e apontam a importância de considerá-las na comparação e classificação dos distintos casos de políticas públicas.

Walt e Gilson (1994) afirmam que a análise do conteúdo é importante para a compreensão da política na sua totalidade, mas, segundo elas, diferentemente do que

ocorre com contexto, processo e atores, em relação ao conteúdo, não há muitos modelos de análise.

Os atores são todos aqueles que interagem no ciclo da política. No processo, eles conformam arranjos que podem ser pontuais ou permanentes, bem como entre eles pode haver diferentes graus de concordância e discordância. Norteiam estes arranjos diferentes concepções ideológicas ou interesses mais concretos. Os arranjos podem ser explícitos ou não, formais ou informais (THOMAS; GILSON, 2004).

Segundo Walt (1994), atores de uma política são aqueles que, de alguma forma, participam do processo do ciclo da política, desde a entrada do problema na agenda, até a avaliação da implementação da política.

Segundo Araújo Jr. e Maciel Filho (2001) e Sabatier, (1990) atores são agentes (pessoas, organizações ou instituições) que atuam em um processo com base em seus valores, crenças e interesses. Eles podem atuar em uma só fase ou em mais de uma, ou mesmo em todas as fases. No processo, podem exercer papéis diferentes, tais como: formuladores da política, implementadores, aliados ou opositores da política, em graus diferenciados. Eles são fundamentais para a construção do conteúdo da política.

O desenho estratégico das políticas, segundo Silva e Melo (2000) deve identificar os atores que dão sustentação à política e os mecanismos que estes atores acertam para a negociação para que as políticas tenham legitimidade e não se sustentem apenas na adesão da burocracia.

Na formulação de uma política, os atores se associam formal ou informalmente, de maneira visível ou invisível. Eles podem ser ligados ao governo ou não. Ao longo do processo, seu posicionamento pode sofrer mudanças (THOMAS; GILSON, 2004). Ao estabelecerem associações, os agrupamentos de atores podem ser mais ou menos estruturados, permanentes ou transitórios, tendo em vista que não há identidade perfeita entre os atores que fazem parte de um grupo, em todos os momentos de um processo.

Em função disto, os atores estabelecem arranjos transitórios, quando se trata de temas específicos sobre os quais há concordância, e arranjos mais permanentes, quando há maior identidade ou quando a concordância é sobre um aspecto crucial da questão em disputa. E esta pode ser mais ou menos acirrada, dependendo da dimensão dos interesses que estão em jogo, pois, conforme Matus (1996) em um processo de formulação e implementação de uma política, os atores podem estar fortemente

mobilizados, parcialmente mobilizados e não mobilizados. Isto de forma favorável ou contrária.

Em função da diversidade de atores, de concepções e de interesses, o conteúdo da política, bem com a forma como ela é implementada não expressam o desejo de um só agrupamento, principalmente em sociedades democráticas, onde os grupos de interesses estão bem solidificados.

Segundo Walt e Gilson (1994), condição essencial para ser considerado ator é possuir poder político. O modelo de análise por elas apresentado permite identificar o máximo de atores, seus posicionamentos em relação à política, a forma de mobilização, a correlação de forças entre eles.

O processo político é um conjunto de interações dos diversos atores que têm interesse nas políticas e que, no decorrer do processo, estão em contínuo movimento e em formação de arranjos que permitem um maior poder de decisão. Os espaços políticos onde ocorre a luta política podem ser espaços explícitos ou implícitos. Da mesma forma, os interesses em jogo podem ser verbalizados claramente, ou não, e, muitas vezes, eles são encobertos por discursos que são mais aceitáveis para os demais atores envolvidos no processo.

O processo político ocorre em etapas distintas, nem sempre bem delineadas, que vão desde o momento que o problema entra na agenda política, passa pela formulação da política, a tomada de decisão, sua implementação, sua avaliação e as correções que são feitas para sanar problemas detectados.

O processo tem a ver com a maneira como a política foi formulada e a forma de sua implementação. Se isto é feito dentro de uma visão elitista ou pluralista. Segundo Araújo Jr. e Maciel Filho (2001) a visão pluralista ou democrática ocorre quando o conhecimento sobre a política e o poder para defini-la são compartilhados entre os diversos atores envolvidos com a política, como grupos de interesse, instituições e indivíduos, mesmo se considerando a ressalva de que em nenhum processo este compartilhamento ocorre de forma equitativa. Todavia, não há a concentração em um grupo restrito.

De forma oposta, na visão elitista, um grupo dominante ou uma classe dominante toma todas as decisões pertinentes à política. Os que defendem a visão elitista acham que ela é mais apropriada para formular e implementar políticas em

países onde há poucos grupos organizados e não há tradição de participação na formulação das políticas (VIANA,2006).

Os que defendem a visão pluralista acreditam que se há uma maior participação dos atores, maior é a possibilidade de a política ser focada nos interesses coletivos. Neste modelo, necessariamente, o governo deve ser aberto à negociação, mesmo que ele não se comporte de maneira imparcial, pois, para Walt (1994), o governo sempre possui fortes ligações com grupos de interesses e estas ligações influenciam a tomada de decisão.

3.5 Implementação de políticas públicas

De acordo com a visão tradicional sobre a ação governamental, a implementação constitui uma das etapas do ciclo da política, subsequente à formulação e corresponde à execução de atividades que possibilitem a viabilização de ações que levem ao cumprimento das metas estabelecidas quando da formulação da política (SILVA; MELO, 2000) ou, ainda, a fase onde se realizam as encomendas de ações que foram definidas nas fases que a precederam e onde se produzem resultados e impactos (FREY, 2000).

Nesta concepção, as diversas fases do ciclo da política são bem definidas e subsequentes, sendo que a formulação é considerada como a fase mais importante. No entanto, esta concepção tradicional não dá conta do entendimento da implementação como um processo dinâmico, no qual diversos atores, com interesses diferenciados e muitas vezes conflitantes, estabelecem inter-relações duradouras ou transitórias e cujo embate se dá em contextos que podem ser favoráveis ou não à implementação das políticas (SILVA; MELO, 2000).

Para Gurgel (2007) como a formulação de uma política pública é uma atividade política onde os diferentes atores, em todos os momentos do processo, têm percepções e interesses individuais, a sua implementação torna-se uma atividade problemática e não algo previamente determinado. Além disto, nem sempre a implementação ocorre após a formulação detalhada da política. Muitas vezes ela se inicia sem que a formulação esteja razoavelmente estruturada. Neste caso, as vicissitudes que ocorrem neste período muito contribuem para o processo de formulação, em um movimento de retroalimentação. Assim sendo, a implementação não é vista como uma fase e sim como um processo.

Segundo Martins (2010), a implementação da política pode ser feita pelo próprio poder executivo, arcando com todos os gastos de sua execução e com a operacionalização de todas as suas etapas, ou pode ser feita através de agências, ficando com o poder público a incumbência de assumir, ou não, os custos da implementação e traçar o marco regulatório que norteará a atuação dos entes responsáveis pela implementação.

Na forma de implementação através de agências, o poder público tem a vantagem de possibilitar a implementação de políticas de amplo alcance social com baixos custos. O Estado poderá patrocinar total ou parcialmente tais custos, por meio de incentivos fiscais, financiamentos, subsídios ou outras formas de participação financeira. Neste modelo, os custos serão diluídos, em graus diferenciados, com a sociedade e com os indivíduos (MARTINS, 2010).

A implementação de políticas é uma ação governamental e tem por objeto atingir um grupo de cidadãos ou a população como um todo e, por finalidade, causar algum tipo de impacto em curto, médio ou longo prazo (VIANA, 2006).

Como etapa do *policy-making*, refere-se à efetivação de uma política amparada por uma legislação de caráter geral e regulamentada por normas específicas. É um momento de intensa negociação visando à sustentação dos pactos estabelecidos durante a formulação. É nesta fase que se vê a real potencialidade de uma política. Neste momento, os diversos atores envolvidos defendem os seus interesses e estabelecem disputas (VIANA; BAPTISTA, 2008).

Há quem ache que a implementação se constitui em processo fundamentalmente administrativo, um problema da burocracia. E esta tende a ser participante ativa e interessada no resultado da política. Como os executores de políticas muitas vezes recebem instruções conflitantes de mais de uma fonte e nem sempre têm recursos condizentes com as necessidades de determinado projeto, isto leva os administradores a priorizar alguns projetos em detrimento de outros.

Para Viana e Baptista (2008) nem todas as decisões relevantes sobre uma política pública são tomadas nas etapas de formulação e de tomada de decisão, tendo em vista que em relação a ela há muitos conflitos não negociados e interesses antagônicos envolvidos. Além disto os fatos são conhecidos pelos formuladores e muitas informações só são colhidas durante a fase de implementação.

Devido a isto, para as autoras, a implementação não pode ser considerada uma fase administrativa e burocrática da política. Ela é um momento crucial que envolve questões estratégicas. Muitas vezes, nesta fase, há novos embates entre os diversos atores envolvidos no sentido de viabilizar ou não as propostas contidas na política.

A forma de implementação tem muito a ver com a maneira como a política é formulada. Muitas vezes se constroem pactos genéricos sem uma especificação da política a ser implementada ou das condições prévias que a sustentará. Um diagnóstico impreciso e um desenho inadequado dificultarão a implementação da política, bem como a falta de capacidade técnica de quem a implementará e a escassez de recursos financeiros para o seu custeio (VIANA; BAPTISTA, 2008).

O amadurecimento do campo de análise de políticas públicas se reflete na análise da implementação. Inicialmente, esta era analisada como um processo mais racional do que político e enfocava mais o fracasso, por influência da perspectiva gerencialista, que era estimulada por organismos multilaterais, tipo FMI. Estes estudos fazem parte da primeira geração de análise de políticas públicas e continham um viés *top-down*, valorizando mais os formuladores das políticas (SEIBEL, GELINSK, 2007).

Nesta visão, a efetiva implementação necessita de uma cadeia de comando com autoridade e capacidade de coordenação e controle, dentro de um sistema racional, com normas e objetivos bem definidos. Os implementadores são pessoas que fazem o que lhes pedem e lhes ordenam, sem pressão de tempo ou de outros fatores e com uma perfeita comunicação e entendimento entre as pessoas e as diversas unidades envolvidas neste processo (PARSONS, 1997).

Estando presentes estas condições, a implementação não pode fracassar. Se isto ocorrer, tal fato se deve a objetivos mal definidos, a estratégias erradas adotadas ou a programação mal executada pela burocracia responsável pela implementação. Esta visão foi muito criticada por não considerar o papel de outros atores e níveis no processo de implementação.

Posteriormente, a implementação passou a ser vista como um processo no qual interagem diversos atores. E estes podem ser pessoas, instituições públicas e organizações da sociedade civil. Com a pretensão de influenciar no processo de implementação, no sentido de defender seus interesses ou sua visão de mundo, estes atores se movimentam no espaço político onde se desenvolve a política, tentando

manter os ganhos conseguidos nas fases anteriores do ciclo ou minorar as perdas sofridas (PARSONS, 1997).

Diversos modelos de análises trabalham com a concepção de implementação que valoriza a ação dos implementadores e as condições políticas do contexto em que se insere a implementação, os interesses e as visões em jogo, isto é, em um viés *bottom-up*. Entre estes modelos, destaca-se a Advocacy Coalition Framework (ACF), criado por Sabatier e Jenkins-Smith.

Segundo a ACF a formulação e a implementação de políticas públicas nas sociedades modernas é algo muito complexo, o que necessita uma grande especialização de seus formuladores e implementadores. Um conjunto de atores, agências governamentais e organizações da sociedade civil com conhecimento especializado em determinada área constituem subsistemas (SABATIER; JENKINS-SMITH, 1999).

Para a ACF, subsistema é uma categoria importante que compreende dimensões funcionais, substantivas, territoriais. São exemplos de subsistemas um grupo de participantes que compartilham experiência em um campo de conhecimento e que formam comunidades semiautônomas, agências governamentais, grupos de interesses, instituições de pesquisas. Identificar os objetivos dos subsistemas é um importante aspecto buscado pela ACF, pois a implementação de políticas, bem como a sua anterior formulação, envolve os subsistemas e neles há negociações e barganhas.

Os atores que participam do ciclo da política e que compartilham interesses e, principalmente, crenças se estruturam em redes e através delas tentam impor suas concepções antes que outros grupos o façam e para que obtenham sucesso, estabelecem alianças e compartilham estratégias. Se estes atores e redes estabelecem entre si certo grau de coordenação para atingir objetivos comuns, constitui-se uma coalizão de defesa (SABATIER; JENKINS-SMITH, 1999).

Outro modelo de análise de política que valoriza o processo de implementação como importante etapa do ciclo da política e que influencia a própria formulação é o modelo dos jogos, proposto por Bardach, em 1977. Neste modelo, a implementação é vista como um jogo de barganha, persuasão e manobras, em condições indefinidas. Os implementadores são jogadores que buscam ganhos, o máximo possível, e tentam utilizar o sistema para conseguir seus objetivos. Diferentemente do que o modelo racional de implementação defende, os interesses dos diferentes atores não podem ser unificados em objetivos comuns, daí o surgimento de conflitos que ocorrem em várias

arenas. Para Bardach a formulação e a implementação de políticas ultrapassam os limites das instituições políticas (PARSONS, 1997).

Nos modelos *bottom-up*, a implementação não é uma etapa bem delimitada, nem sempre totalmente conseqüente à fase de formulação e para esta fornece subsídios, em um processo de retroalimentação.

No caso da política relacionada à Fitoterapia e às práticas integrativas, no âmbito nacional, que tem na PNPIC e na PNPMF a sua consubstanciação, a formulação, de forma sistemática, ocorreu entre 2003 e 2006.

No entanto, desde a criação do SUS, diversos fóruns de saúde pública aprovaram recomendação no sentido de construir esta política. Além disto, diversos estados e municípios vivenciaram experiências de implementação da Fitoterapia nos serviços de saúde (BRASIL, 2006b; RODRIGUES; SANTOS; AMARAL, 2006).

Com a formulação da política, estas experiências se intensificaram e os problemas vivenciados neste processo, bem como os êxitos, têm fornecido subsídios para o aprimoramento da política através da viabilização das estratégias nelas estabelecidas, mitigando, um pouco o seu caráter *top down* da formulação e da implementação.

3.6 A Teoria de Interesses Estruturais de Alford

A teoria de interesses estruturais em saúde foi formulada na década de 1970, por Robert R. Alford quando analisava como médicos, gestores e a comunidade interagiam no sistema de saúde de Nova Iorque.

Naquela época, no que dizia respeito à saúde, Nova Iorque tinha como características marcantes o aumento dos custos dos serviços de saúde, limitado acesso a estes serviços, baixa expectativa de vida, altas taxas de mortalidade infantil, o que gerava contínuo sentimento de descontentamento. Para analisar estes problemas e propor soluções, diversas comissões investigativas foram criadas, mas as soluções não eram implementadas a contento (ALFORD, 1975).

Alford se debruçou nos relatórios dessas comissões e com base na sua análise concluiu que as medidas propostas pelas comissões não eram implementadas porque havia interesses fortemente e estrategicamente estruturados que impediam as mudanças, pois estas eram contrárias aos interesses dominantes.

Segundo Alford (1975), os interesses estruturais são de três tipos: dominantes, desafiadores e reprimidos. Eles são assim estruturados em função de como são ou não servidos pela forma como as instituições constituídas operam.

Interesses dominantes são aqueles que usufruem os benefícios proporcionados pela forma como as estruturas econômicas, sociais e políticas desempenham suas funções. Assim sendo, os interesses dominantes são garantidos sem haver a necessidade de organizações para fazer esta defesa. Os interesses correlatos ao desejo de mudanças são denominados interesses desafiadores (ALFORD, 1975).

Na situação específica do funcionamento dos serviços de saúde de Nova Iorque, objeto da análise de Alford, os interesses dominantes estavam ligados ao monopólio profissional exercido pelos profissionais de medicina, pelas escolas médicas e pelas agências de saúde pública, que tinham interesse em manter o controle da oferta do trabalho médico, o seu custo, a sua distribuição, bem como as normas que disciplinavam esta oferta. Para que estes interesses não fossem prejudicados, a categoria médica se opunha à expansão da oferta que não fosse feita segundo este modelo (FARIAS, 2009).

Diante de proposição de mudanças nas estruturas que asseguravam o exercício dos interesses dominantes, estes reagiam a sua implementação ou aceitavam que fosse feito de forma tão superficial que impediam que houvesse modificações substanciais, mas, meramente, uma acomodação. Em Nova Iorque, naquela época, a crescente especialização dos médicos, a mobilidade social, o aumento na complexidade dos cuidados médicos, o desenvolvimento tecnológico, os crescentes custos e o surgimento de novas demandas geravam pressões que agiam dentro e fora das estruturas estabelecidas, criando a necessidade de mudanças (FARIAS, 2009).

Para Alford (1975), naquele momento e lugar, os interesses desafiadores agrupavam-se numa "racionalidade corporativa" exemplificada por funcionários dos departamentos de saúde do governo, gestores dos serviços de saúde, médicos da saúde pública, decanos das escolas médicas, pesquisadores e analistas dos serviços de saúde.

Todos eles compartilhavam valores fundamentais, como a eficiência no uso dos recursos econômicos, a normalização, a previsibilidade, a regulação, a auditoria e o controle, como forma de garantir o uso racional de recursos para populações definidas. Estes interesses buscavam se estabelecer como a nova legitimidade e quebrar o

monopólio profissional dos médicos durante a produção e distribuição de cuidados de saúde (WILLIAMSON, 2008).

O terceiro tipo de interesse são os interesses reprimidos. Da maneira como as estruturas sociais, econômicas, políticas e de saúde estavam estabelecidas elas excluíaam estes interesses do seu foco de atendimento. Em Nova Iorque, eles eram os pobres, os pretos, os que não eram segurados e aqueles cujas rendas estavam só um pouco acima do limiar de renda que os incluiria no programa estatal dos EUA para as pessoas muito pobres (ALFORD, 1975). As demandas dos interesses reprimidos só são consideradas se houver uma grande e extraordinária mobilização política.

Pelo domínio que os interesses dominantes têm no funcionamento das estruturas institucionais, eles são tidos como legítimos e consensuais, parecendo que a forma de funcionamento presente é a única possível. Em suma, a dominação cria o consenso e não o inverso. Por serem poderosos, eles se beneficiam da forma como o sistema de saúde está estruturado, quando prevalece uma forma de planejamento e de administração ineficaz e os componentes organizacionais e os profissionais atuam de forma desordenada. Devido a isto, não atendem adequadamente à demanda (WILLIAMSON, 2008).

Para Alford (1995), a aceitação de modificações marginais cria a possibilidade de estabelecimento de um compromisso dos interesses dominantes com os interesses desafiadores que tem suas demandas parcialmente atendidas e isto tem como consequência a durabilidade do *status quo*.

Embora Alford (1995), na sua teoria, utilize a categoria “interesses”, ele não o define. Apenas ressalta que esta categoria não tem o mesmo significado que grupos de pressão ou grupos de interesses.

Cada um destes interesses estruturais possuem aspectos comuns que são fundamentais para lhes dar coesão, mas que podem ter aspectos divergentes, dando-lhes diferenciação interna, que podem gerar conflitos, mas que estes são secundários (FARIAS, 2009).

A teoria de Alford é fundamental para a análise da resistência à mudança. No caso específico de seu estudo, focado na cidade de Nova Iorque, a resistência era à modificação do domínio do setor privado e da classe médica.

Outros analistas a utilizaram como um parâmetro para explorar a natureza dos sistemas de saúde, em outras épocas e em outros lugares, como Ham, em 2004, no Reino Unido e Lewis e Considine, na Austrália, em 1999 (FARIAS, 2009).

Para Williamson (2008), hoje, as questões da saúde e os serviços de saúde se tornaram mais complexos em comparação com o que se tinha na época de Alford. Novos atores como a indústria farmacêutica, os prestadores privados dos serviços de saúde e as seguradoras tornaram-se mais proeminentes. Como decorrência disto, os interesses dominantes estão agora sujeitos a fortes, e às vezes bem sucedidos, desafios da racionalidade corporativa e até mesmo dos interesses reprimidos, embora isto ocorra com menos força e frequência. Por isto eles são forçados a aceitar propostas políticas dos outros grupos. No entanto, quando isto ocorre, os interesses dominantes muitas vezes modificam ou subvertem estas propostas para seus próprios fins. Daí porque a dinâmica básica de conflitos e convergências de interesses não mudou, o que torna a teoria de Alford relevante, ainda hoje.

Os interesses estruturais observados em Nova Iorque não podem ser transpostos para outros países e outras situações. Desta forma, a sua utilização pressupõe que o analista busque identificar no contexto de seu estudo quais são estes três tipos de interesses, ou seja, quem domina, quem desafia e quem é reprimido, como isto é feito e quais são as estruturas sociais, econômicas e políticas que garantem o *status quo* (FARIAS, 2009).

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 Desenho do estudo

Essa pesquisa constitui um estudo de caso que, segundo Yin (2010), é uma investigação empírica apropriada para entender os fenômenos sociais complexos, pois permite aos investigadores a apreensão das características holísticas e significativas dos eventos da vida real, como os ciclos individuais da vida, o comportamento dos pequenos grupos, os processos organizacionais, administrativos e individuais, além dos processos políticos a eles relacionados.

O estudo de caso permite um maior aprofundamento da questão, visto que trabalha com uma menor quantidade de unidades de análise, com uma amostra reduzida, permitindo uma melhor compreensão do contexto no qual o caso se insere (SILVA; NAVARRETE, 2009).

Trata-se de uma pesquisa pautada majoritariamente na abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa é apropriada para descrever e analisar, de forma mais complexa e aprofundada, problemas aos quais estão relacionadas diversas variáveis, bem como para compreender processos dinâmicos a eles relacionados. Peculiaridades atinentes aos atores envolvidos no processo são possíveis de serem verificadas neste tipo de pesquisas (RICHARDSON, 1989).

A pesquisa analisa a formulação e a implementação da Fitoterapia no SUS de João Pessoa, ressaltando o contexto, o conteúdo, o processo e os atores a ela relacionados, mostrando a importância, as dificuldades, as facilidades existentes neste processo e a percepção dos diversos atores sociais diretamente envolvidos.

Como a formulação e a implementação da política no âmbito municipal tem ocorrido de acordo com os parâmetros estabelecidos pela política no âmbito nacional, também analisaremos estas categorias no processo de formulação e implementação da PNPIC, da PNPMF e demais normas da esfera federal, atinentes à questão.

4.2 Área e sujeitos do estudo

O estudo foi desenvolvido no município de João Pessoa-PB. Em relação aos atores envolvidos com a formulação e implementação da Fitoterapia, foram

entrevistados gestores, profissionais de saúde, professores/pesquisadores e usuários do SUS. Quando foi feita a análise dos atores nacionais, suas opiniões foram buscadas principalmente nas atas das reuniões do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que foi o espaço privilegiado do embate a respeito da política.

Os profissionais de saúde e os usuários entrevistados foram aqueles vinculados à Estratégia Saúde da Família (ESF), já que tradicionalmente as plantas medicinais são usadas no tratamento das situações de adoecimento que são corriqueiras na atenção básica.

A PNPIC, em suas diretrizes, preconiza que a implantação da Fitoterapia no SUS seja feita em todos os níveis de complexidade do sistema, com ênfase na atenção básica (BRASIL, 2006b) na qual se insere a ESF. Como as equipes da ESF estão vinculadas a um território delimitado e por elas terem uma vinculação mais direta com as pessoas e seus domicílios, na ESF, ocorre maior interação entre o profissional de saúde e os usuários em relação ao uso de plantas medicinais.

Além disto, por a ESF se constituir na principal porta de entrada do sistema, nela tem-se um constante contato com os usuários, sendo, pois, espaço privilegiado de investigação de práticas, usos e costumes vinculados à saúde e onde os usuários melhor expressam seu ponto de vista, suas percepções.

4.3 Período de estudo

O estudo abrangeu o período entre 2005 e 2012, correspondendo às duas gestões da coligação política que esteve à frente da administração de João Pessoa, comandada pelo Partido Socialista Brasileiro (PSB), período este que coincidiu com a formulação e a implementação da PNPIC e da PNPMF, no âmbito nacional.

4.4 Universo e amostra

No que tange aos atores, no âmbito municipal, o universo de estudo compreendeu todos aqueles que têm vinculação com a formulação e implementação da Fitoterapia no SUS, principalmente gestores, pesquisadores/professores, profissionais de saúde e usuários. No âmbito nacional, o universo compreendeu atores que se envolveram com a formulação da política, a decisão e a implementação, como gestores,

técnicos do Ministério da Saúde, professores/pesquisadores da Fitoterapia e entidades representativas dos profissionais de saúde e usuários.

No município a amostra foi composta por alguns destes atores que estão vivenciando mais diretamente o processo relativo à formulação e à implementação da Fitoterapia ou que tiveram e têm papel decisório neste processo, tais como: chefe de setor relacionado às práticas integrativas, coordenador de grupos de discussão, diretor de serviços onde a Fitoterapia foi implementada, profissionais de saúde da ESF que aderiram ao uso da Fitoterapia como forma de tratamento, professores/pesquisadores da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) que ministram disciplinas da área e que participaram do processo de implementação e usuários da ESF que fazem uso de plantas medicinais.

Por exclusão, aqueles que não se enquadravam nestes critérios não fizeram parte da amostra, visto que, em estudo de caso, os sujeitos precisam ter uma vinculação estreita com o objeto de estudo.

A amostra, composta de 20 sujeitos (cinco gestores municipais, cinco profissionais de saúde da ESF, cinco professores/pesquisadores da UFPB e cinco usuários), foi escolhida por conveniência, através do conhecimento prévio que o autor do estudo tinha dos atores envolvidos com o processo e por indicação por parte de alguns dos entrevistados. As entrevistas foram encerradas quando tinham sido entrevistados 20 sujeitos, porque houve saturação das respostas.

4.5 Fontes e instrumentos de coleta de dados

O desenvolvimento do estudo utilizou abordagens e técnicas diferentes e que são complementares, compondo uma triangulação metodológica (DENZIN; LINCOLN, 2000). Para a coleta de dados foram utilizados o levantamento documental e a realização de entrevistas. Neles buscamos dados primários e dados secundários.

Os dados primários foram colhidos pelo levantamento e pela análise de documentos como portarias, decretos, resoluções, instruções normativas, atas, e textos relacionados com a política de Fitoterapia, nas três esferas de governo, bem como através de entrevistas semiestruturadas, com sujeitos pertencentes às quatro categorias de atores, anteriormente mencionadas.

A coleta de dados secundários foi feita em documentos da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa (SMSJP) que estão relacionados à implementação da política e à execução de atividades, tais como: Programação Anual de Saúde, Relatório Anual de Gestão e Planos de Saúde e nas atas do Conselho Municipal de Saúde.

O levantamento documental procurou identificar a legislação e os documentos atinentes à questão no Ministério da Saúde e na Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa.

Este levantamento foi feito nos sítios eletrônicos dos órgãos responsáveis pela legislação, no Diário Oficial da União, nos arquivos da secretaria municipal de saúde. Também se procurou identificar experiências de uso da Fitoterapia nos serviços de saúde. Estas experiências foram investigadas através de entrevistas semiestruturadas com profissionais de saúde e usuários que utilizam a Fitoterapia como forma de tratamento.

Para as entrevistas foram selecionados sujeitos-chaves representantes dos diferentes segmentos que têm vinculação com a Fitoterapia, a fim de conhecer a sua opinião sobre a pertinência, as dificuldades/facilidades e os eventuais benefícios desta implantação, sua participação na implementação da política e sobre o conhecimento que têm do aparato normativo. .

Para orientar as entrevistas semiestruturadas, foi construído um roteiro guia (Anexo A). Este tipo de entrevista é um importante instrumento de coleta de informações a respeito de um objeto de estudo, já que permite explorar aspectos que são postos em evidência no momento em que ela se dá, muitas vezes desconhecidos do pesquisador. Além disto, ela possibilita um maior aprofundamento da visão, da percepção do entrevistado a respeito do objeto (SILVA; NAVARRETE, 2009).

As entrevistas foram realizadas, no local de trabalho dos gestores e dos profissionais de saúde, no Núcleo de Estudos e Pesquisas Homeopáticas e Fitoterápicas (NEPHF) da UFPB quando os entrevistados foram os professores/pesquisadores e no domicílio, no caso dos usuários, para que estes se sentissem mais à vontade. Elas foram gravadas e posteriormente transcritas.

4.6 Categorias de Análises

Tendo em vista os objetivos específicos do projeto, utilizamos categorias de análise adequadas ao que se pretendia buscar nas diversas fontes de dados como os documentos e as entrevistas.

Embora algumas categorias possam ser utilizadas em mais de um objetivo, para efeito de objetivação e simplificação, apresentamos o esquema a seguir, onde algumas categorias estão relacionadas a cada um dos objetivos, ressaltando o tipo de abordagem, quantitativo e/ou qualitativo, da análise.

Objetivo 1: Descrever e analisar o aparato normativo nacional e local que dá suporte à implementação da Fitoterapia no Sistema Único de Saúde;

Categorias: Conteúdo dos diversos documentos (PNPIC, PNPMF, PMPIC) que conformam a política, nas diferentes esferas de governo. Identificação dos objetivos e das diretrizes e a coerência entre eles, bem como a sua abrangência.

Objetivo 2: Caracterizar o contexto e o processo da formulação e da implementação da política de Fitoterapia no SUS;

Categorias: Contexto político, econômico e social em que ocorreu o processo de formulação e implementação; caráter amplo ou restrito do processo; ações, atividades realizadas e metas atingidas.

Objetivo 3: Analisar a atuação dos diferentes atores na formulação e na implementação dessa política;

Categorias: Participação dos atores nas diversas etapas da política; conhecimento sobre a PNPIC, sobre a PNPMF e demais instrumentos do aparato normativo sobre a Fitoterapia; diferentes visões e interesses presentes no processo, entendimento dos diferentes aspectos da Fitoterapia;

Objetivo 4: Conhecer a percepção dos atores locais sobre a formulação e a implementação da política de Fitoterapia no SUS de João Pessoa.

Categorias: Crença/descrença na eficácia e na segurança da Fitoterapia por parte dos atores; utilização da Fitoterapia conjuntamente com outros tratamentos da Biomedicina; Importância da Implementação da Fitoterapia no SUS: Benefícios da implementação da Fitoterapia; Vantagens e desvantagens do tratamento com a Fitoterapia em relação ao tratamento com medicamento sintético; Valorização do conhecimento popular; Tipos de doenças tratáveis com a Fitoterapia.

4.7 Processamento e Análise dos Dados

Considerando que os dados foram extraídos de documentos e entrevistas guiadas, eles foram trabalhados de formas diferenciadas, quais sejam: a análise documental e a análise de discurso.

Terminada a coleta dos documentos considerados relevantes, foi realizada leitura de todos eles com a finalidade de procurar identificar as categorias de análise necessárias para caracterizar a política, conforme explicitado anteriormente.

Na análise de discurso do conteúdo das entrevistas semiestruturadas foi utilizado o modelo de análise de Kvale. Este autor propõe cinco diferentes tipos de análise: a condensação de significados, a categorização de significados, a estrutura de significados através da narrativa, a interpretação de significados e o método *ad hoc* de geração de significados (KVALE, 1996).

De acordo com o que propõe Kvale (1966), a organização e a análise das entrevistas foram feitas obedecendo aos seguintes passos:

- 1º Leitura cuidadosa das entrevistas com a finalidade de compreender o sentido do todo;
- 2º Determinação das unidades de significados naturais conforme expresso pelo sujeito;
- 3º Definição dos temas centrais relacionados às unidades naturais da maneira mais simples possível;
- 4º Questionamento quanto à relação entre as unidades de significados e os objetivos propostos pelo estudo;
- 5º Descrição essencial dos temas identificados na entrevista e relacionados aos objetivos da pesquisa.

Tendo em vista a natureza do estudo, utilizamos o modelo condensação de significados. Neste tipo de análise, os trechos das entrevistas (unidades naturais de análise) que se relacionam a uma determinada questão do estudo são cotados e condensados em blocos. Correspondentes aos blocos são colocados os temas centrais, formando categorias conceituais. A seguir há uma descrição essencial da questão relacionada ao estudo.

Exemplo: à pergunta sobre os benefícios da implementação da Fitoterapia no SUS foram dadas diversas respostas que foram agrupadas em diferentes blocos. De um deles, com diversos comentários, extraímos três:

Muitas das plantas que se usam hoje no SUS, elas são cultivadas aqui mesmo. São de fácil acesso. E1

A Fitoterapia é mais acessível para o povo. E2

Eu creio que seria o acesso. É mais fácil, né? Por exemplo, se chegar um usuário aqui (na USF) e no momento você não tem um medicamento alopático, então a gente vai ao quintal e a gente vai conseguir (uma planta). E5

A este bloco associamos a categoria fácil acesso. Outros blocos se associaram a outras categorias, como baixo custo, menos efeitos adversos, inserção na cultura popular, facilidade de uso.

Tendo em vista a pergunta e as diferentes categorias que emergiram dos diferentes blocos podemos afirmar que os atores veem como importante a implementação da Fitoterapia no SUS, pois isto traz vários benefícios.

A análise da política para a Fitoterapia foi feita utilizando-se, método de análise de políticas proposto por Walt e Gilson (1994), modificado por Araújo (2000) que estabelece como importantes categorias de análise o contexto (macro e micro), o processo, o conteúdo e os atores, conforme já explicitado no corpo deste trabalho.

Para analisar o posicionamento dos diferentes atores, utilizamos a teoria de Alford (1995) que afirma que na ação política os atores se vinculam a três tipos diferentes de interesses: os dominantes, os desafiadores e os reprimidos.

4.8 Limitações do método

Por se tratar de um estudo de caso focado na abordagem qualitativa, tendo com um dos instrumentos de coleta de dados, as entrevistas semiestruturadas temos as limitações que lhes são próprias, como falseamento das respostas, incompreensão das perguntas, falta de motivação para as entrevistas, além do autor do estudo ser implicado no tema por ter participado de todo o processo que é objeto desta análise. Muitas das descrições contidas no texto correspondem ao observado durante esta sua participação.

5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O desenvolvimento desse estudo foi feito em conformidade com as recomendações éticas preconizadas pela Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde.

Os sujeitos envolvidos nas atividades de coleta de dados sob a forma de entrevistas participaram voluntariamente e foram amplamente informados quanto aos objetivos do estudo, os possíveis riscos e benefícios decorrentes de sua participação, a garantia de que poderiam desistir da colaboração a qualquer tempo e tiveram as explicações que solicitaram a respeito de sua participação. A eles foi assegurado o anonimato, quando da divulgação dos resultados, e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B). O TCLE foi único para todos os sujeitos e, para tanto, ele foi feito em uma linguagem clara e objetiva, para que facilmente fosse compreendido pelos gestores, profissionais de saúde, professores/pesquisadores e usuários.

Como gestores e profissionais de saúde foram entrevistados em espaços da SSMJP e alguns documentos que foram analisados foram fornecidos por esta secretaria, obtivemos a sua anuência para a realização do estudo. Em relação aos pesquisadores/professores, a carta de anuência foi dada pelo Centro de Ciências da Saúde (CCS), da UFPB.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da ENSP/FIOCRUZ e obteve a aprovação para a sua realização.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 O macro contexto

6.1.1 A esfera política

No período considerado em nosso estudo, o Brasil e João Pessoa passaram por grandes transformações na esfera política devido ao fato de que as forças políticas que os governaram nunca tinham sido governo e porque elas foram constituídas na militância de esquerda, com fortes vinculações com os movimentos sociais, entre eles se destacando o movimento sindical.

No âmbito nacional, estava à frente do governo federal o Partido dos Trabalhadores (PT), tendo como presidente Luís Inácio Lula da Silva (2003-2010) e Dilma Rousseff (a partir de 2010).

No âmbito municipal, neste período, João Pessoa foi governada pelo Partido Socialista Brasileiro (PSB), tendo como prefeito (2005-2010) e Luciano Agra (2010-2012), que era o vice-prefeito de Ricardo Coutinho e assumiu a titularidade do cargo devido à renúncia do titular, no final de março de 2010, para que pudesse ser candidato a governador da Paraíba, o que de fato ocorreu, logrando êxito, pois foi eleito, nas eleições de 2010.

A chegada do PT ao poder, através da eleição de Lula para presidente, em 2002, representou um fato histórico inusitado. Pela primeira vez, um partido de esquerda, constituído por setores excluídos da política tradicional, chegou ao poder e tendo à frente um trabalhador, de origem humilde, um migrante nordestino, que foi para São Paulo, como já fizeram milhares de seus conterrâneos, em busca de uma vida melhor (CENTRO DE PESQUISA E APOIO AOS TRABALHADORES- CEPAT, 2013).

O PT, criado em 1980, teve uma história sempre ascendente. Eleição após eleição, ele foi melhorando o seu desempenho em termos de número total de votos e de cargos conquistados. Este crescente desempenho foi mais evidente nas eleições presidenciais.

Na primeira eleição presidencial em que participou após o restabelecimento das eleições diretas para presidente, em 1990, o seu candidato, Luís Inácio Lula da Silva foi para o segundo turno e o disputou em condições de igualdade com seu opositor,

Fernando Collor de Melo. Nesta disputa contou com a mobilização aguerrida de seus eleitores como nunca havia ocorrido na história política do país. Mas, diante da perspectiva de vitória do candidato petista, as forças conservadoras do país esqueceram suas diferenças internas e se uniram para evitar a vitória do PT devido às suas bandeiras revolucionárias que incluíam a reforma agrária, a estatização do sistema bancário e o não pagamento da dívida externa.

Embora derrotado, o PT adquiriu considerável capital político que lhe rendeu bons frutos nas eleições posteriores, nas quais ele aumentou o seu desempenho eleitoral. Nas duas eleições presidências seguintes, tendo o mesmo candidato, o PT não logrou êxito, sendo derrotado por Fernando Henrique Cardoso (FHC), que conseguiu sua primeira eleição favorecido pelo Plano Real, plano econômico que derrubou a hiperinflação e deu estabilidade econômica ao país.

A derrubada da inflação e a estabilidade econômica conseguida no primeiro mandato (1995-1998) propiciaram as condições políticas para a mudança na constituição permitindo-se a reeleição. Durante os dois mandatos do presidente FHC, o mundo vivenciou intensamente dois movimentos que tiveram grande impacto em todos os países, tanto no aspecto político como no aspecto econômico: a globalização e o neoliberalismo.

Segundo Leme (2010) o neoliberalismo, fazendo uma releitura do liberalismo clássico, começou a se fortalecer a partir nos anos 80 quando o Estado de Bem-Estar Social passou a dar sinais de exaustão. Baseado no tripé: seguridade social, ampliação das oportunidades de emprego e renda e a ampliação das políticas sociais com a finalidade de minimizar as desigualdades sociais, este modelo de Estado implica altos gastos financeiros para a sua manutenção, levando a um crescente aumento da carga tributária, o que, segundo os seus críticos, diminui a sua competitividade.

As crises fiscais e a desaceleração do crescimento que ocorreram no mundo na década de 80 forneceram pretexto para a crítica a este modelo e a proposição do neoliberalismo como única alternativa. Os governos de Reagan, nos EUA, e o de Margareth Thatcher, na Inglaterra, implementaram políticas baseadas no ideário neoliberal e conseguiram relativo êxito no equilíbrio das contas públicas e no crescimento econômico e isto deu força política a este movimento e influenciou a implantação de ideias neoliberais nas economias globalizadas do século XX, de maneira hegemônica, apesar das perdas de direitos trabalhistas e sociais (LEME, 2010).

Para Munhoz (2009) o neoliberalismo é uma doutrina que abrange economia e filosofia social e se contrapõe à doutrina do Estado de Bem-Estar Social. Tem entre os seus fundamentos a contenção de gastos sociais, a privatização dos ativos públicos a flexibilização do trabalho, a desregulamentação do mercado e a globalização da economia.

Embora o neoliberalismo tenha se consolidado no mundo na década de 80, no Brasil, devido aos percalços ocorridos na história política do país (redemocratização, Assembleia Nacional Constituinte, impedimento do presidente Collor de Melo, curto período do governo Itamar Franco), ele foi efetivamente implantado, e seus efeitos sentidos, nos dois governos FHC, quando foi consolidada a hegemonia dos setores que defendiam este modelo (LOPES, 2009).

Os dois governos de FHC ocorreram quando o neoliberalismo estava no auge de seu prestígio e aqui, no Brasil, o governo se esforçou para por em prática os seus fundamentos, não conseguindo tudo que pretendia devido ao exíguo tempo que dispôs, principalmente, e à forte reação das forças políticas opositoras, notadamente o PT e o movimento sindical capitaneado pela Central Única dos Trabalhadores (CUT).

Uma das características marcantes dos governos FHC foi a privatização de empresas públicas, principalmente aquelas prestadoras de serviços essenciais como telefonia, água e energia elétrica (ANUATTI-NETO et al. 2005).

As privatizações, com conseqüente aumento nos preços das tarifas, a deterioração dos serviços públicos pela contenção de gastos, a abertura desordenada para produtos estrangeiros levando à quebra de setores da indústria nacional e o aumento do desemprego, levaram à queda vertiginosa dos índices de aprovação do governo FHC, na segunda metade do seu segundo mandato, rejeição esta que foi, parcialmente, responsável pela derrota de seu candidato, José Serra, que foi seu ministro da saúde, nas eleições presidenciais de 2002.

Nos anos em que esteve na oposição, o PT governou alguns estados e municípios e na gestão aprendeu que, em nome da governabilidade, é necessário abrir mão de determinadas bandeiras e fazer composições com partidos e grupos políticos fora do espectro político da esquerda.

Estas modificações na postura do PT, a imagem de partido que prezava a ética na política e o desgaste do segundo FHC fizeram com que seu candidato a presidente chegasse ao pleito de 2002 com amplas chances de vitória. Para coroar este cenário,

Lula e seu partido, produziram um documento intitulado “Carta à Nação”, no qual eles garantiam a manutenção dos contratos, como forma de tranquilizar o mercado que estava temeroso em relação às medidas que poderiam ser tomadas no caso de eventual vitória do PT. Estes fatores mais a apresentação do candidato na propaganda eleitoral com um discurso de conciliação e moderação resultaram na vitória do candidato do PT, após três tentativas fracassadas de ganhar as eleições presidenciais.

A história de Lula e do PT foram fundamentais para que, ao alcançarem o poder em 2002, eles iniciassem o governo com elevado capital político e diante de grandes expectativas de mudanças na forma de governar, na implementação de políticas públicas que diminuíssem as desigualdades sociais e regionais, na valorização dos serviços públicos, na limitação dos ganhos das empresas, principalmente o sistema bancário, em benefícios de ganho dos trabalhadores (OLIVEIRA, 2013).

Todavia, ao assumir o governo, diante de um cenário difícil tanto no âmbito nacional quanto no âmbito internacional, Lula e o PT optaram por manter a política econômica herdada do governo FHC que se baseava no tripé: controle da inflação, câmbio flutuante e equilíbrio fiscal. Para dar sinal ao mercado de que sua intenção era manter uma política econômica ortodoxa, convidou, para comandar o Banco Central, Henrique Meireles, um banqueiro com larga experiência no sistema bancário privado e, portanto, com fácil trânsito junto a investidores e agências internacionais. Além disto, fez reforma na previdência dos servidores públicos o que muito desagradou a este segmento, tradicional aliado do PT, de onde este partido arregimentava militantes e quadros políticos.

Medidas como estas foram apenas o começo da frustração das expectativas de que Lula e o PT fariam um governo de ruptura. Outros fatos colaboraram neste sentido, como a formação de uma base de sustentação muito ampla e sem unidade programática, o que incluía praticamente todos os grandes e médios partidos à exceção do PSDB, DEM e PPS. Todavia, o fato político mais importante para o desgaste da imagem positiva que o PT e Lula construíram ao longo de suas trajetórias políticas foi a crise do mensalão, iniciada no primeiro semestre de 2005, e que supostamente consistia na compra de apoio parlamentar para o governo mediante o pagamento sistemático a parlamentares e partidos. Esta denúncia motivou a criação de uma Comissão Parlamentar de Inquérito e intensa veiculação na mídia impressa e televisiva acarretando importante desgaste do governo, levando à sua fragilização na

implementação das propostas de governo defendidas durante a campanha eleitoral, aí incluídas as grandes reformas: tributária, política, trabalhista e previdenciária (ANDERSON, 2011).

Se na área econômica o governo do PT manteve a política ortodoxa do governo FHC, inclusive aumentando significativamente as taxas de juros, na área social, ele implementou políticas distributivas, cujo exemplo maior é o programa Bolsa Família, através do qual o governo federal repassa recursos para as famílias de baixa renda que devem, como contrapartida, manter os filhos na escola e ter as vacinações em dia. Estas políticas sociais tiveram grande impacto na melhoria dos índices que medem a distribuição de renda e as desigualdades sociais. As políticas sociais e o crescimento econômico foram fatores importantes para que o PT e Lula lograssem êxito nas eleições de 2006, obtendo um segundo mandato (LOUREIRO; SANTOS; GOMIDE, 2011).

No segundo mandato, foi mantida a heterodoxia na política econômica, com ênfase no controle da inflação, no equilíbrio fiscal e na livre flutuação do câmbio. Mas a melhoria nas taxas de crescimento e um cenário internacional favorável possibilitaram o aumento dos gastos públicos resultante da expansão dos serviços públicos, notadamente na área da educação e saúde (ANDERSON, 2011).

Na área social, o programa Bolsa Família foi ampliado e foram criados programas de incentivo à aquisição da casa própria, de reforma de moradias, expansão do saneamento básico e aquisição de bens duráveis como automóveis e eletrodomésticos. Também foi incentivada a expansão do crédito através do empréstimo consignado.

Estas medidas fizeram com que o governo tivesse confortáveis índices de aprovação, o que permitiu que o PT fosse vitorioso nas eleições presidenciais de 2010, elegendo Dilma Rousseff, apesar do desgaste do PT e do governo em setores historicamente favoráveis a eles, como os funcionários públicos, a classe média mais escolarizada. Destes setores, duas críticas fortes emergem ainda ao PT e sua década de exercício do poder: a crítica ao modelo econômico que permanece submetido à lógica do capital e a opção por uma governabilidade que tornou o PT e governo reféns das forças conservadoras (CEPAT, 2013).

Nos dois primeiros anos de governo da presidenta Dilma Rousseff (2011 e 2012), foi mantida a linha de governo do segundo mandato de Lula. No campo político, o novo governo teve uma grande base de sustentação, com os partidos que a formavam

no segundo mandato de Lula fortalecida com a criação de um novo partido, o Partido Social Democrático (PSD) para onde migraram parlamentares dos partidos de oposição, que perderam força.

Esta confortável (embora amorfa) base de sustentação aliada às políticas sociais distributivas que atendem a um grande contingente de pessoas das classes C, D e E, a diminuição das taxas de juros, a expansão dos serviços públicos, o baixo índice de desemprego e a continuidade do crescimento econômico em um momento de crise mundial têm dado à presidenta condições favoráveis para governar e altos índices de popularidade, nunca obtidos por um presidente da república.

Os críticos dos governos petistas apontam diversas falhas, como o aparelhamento do Estado pelo PT, o fisiologismo e o clientelismo políticos, o uso das políticas sociais como propaganda política, o aumento dos gastos públicos com o consequente agravamento das finanças públicas, a interferência nas decisões do Banco Central, a não melhoria da infraestrutura, a não realização da reforma tributária e trabalhista etc. (ANDERSON, 2011). Para estes críticos, estas falhas continuam no governo Dilma e terão efeitos negativos futuramente na vida do país, por serem pontos de estrangulamento para o desenvolvimento político, econômico e social.

No âmbito municipal, o contexto político do período 2005-2012, foi marcado pelas duas gestões do governo do PSB, tendo à frente, como prefeito, Ricardo Coutinho e Luciano Agra.

A eleição de Ricardo Coutinho, em 2004, para prefeito de João Pessoa foi a coroação de uma vida política construída na militância de esquerda, nos movimentos sociais, no movimento sindical e no PT.

Antes de se eleger prefeito, Ricardo Coutinho foi vereador e foi deputado estadual, por duas vezes, e marcou sua atuação parlamentar pela defesa dos interesses dos excluídos, tendo uma atuação diuturna nos movimentos sociais e sindicais. Construiu sua vida política no PT, mas dele saiu em 2003, devido à falta de apoio do partido para a sua candidatura, indo para o PSB. Ele disputou as eleições de 2004 na condição de favorito razão pela qual, mesmo sendo filiado a um partido sem expressão eleitoral em João Pessoa, conseguiu atrair importantes legendas para a sua coligação, como o PMDB (ARAÚJO, 2008).

Apesar da ampla vitória que conseguiu, já no primeiro turno, sua coligação teve um fraco desempenho nas eleições proporcionais. Mesmo angariando apoio de

vereadores de legendas que apoiaram outras candidaturas, como o PT, seu primeiro mandato teve muitas dificuldades na câmara de vereadores que era presidida por um adversário político (ARAÚJO, 2008).

Devido a isto, foi difícil para ele implementar suas propostas de governo quando elas dependiam da aprovação da câmara de vereadores. Além dos problemas políticos, havia outros, como a precária situação das finanças municipais, a desorganização dos serviços públicos, principalmente os serviços de saúde, e a dificuldade de entendimento com o governador do Estado, que era seu adversário político.

No primeiro mandato, o prefeito Ricardo Coutinho priorizou o equilíbrio das finanças públicas, o que foi possível com o aumento da eficiência na arrecadação, contenção dos gastos de custeio, combate aos desvios de recursos e à má gestão e aumento controlado da folha de pagamento.

Com a melhoria das finanças, foi possível implementar um arrojado programa de obras públicas, realizar a melhoria das vias urbanas, a expansão e a melhoria dos serviços de saúde, a melhoria das escolas e a organização do serviço de transporte público.

Estas medidas fizeram com que ele chegasse ao quarto ano de mandato gozando altos índices de popularidade. Como consequência da boa avaliação de sua gestão, conseguiu formar uma ampla coligação de partidos e foi reeleito com elevado percentual de votos, já no primeiro turno (ARAÚJO, 2008).

Com as finanças equilibradas e contando com a maioria dos vereadores na câmara municipal, teve as condições políticas necessárias para realizar uma boa gestão apesar de percalços como o rompimento com o governador José Maranhão, aliado político nas três últimas eleições, que assumiu o cargo em fevereiro de 2009, devido à cassação de Cássio da Cunha Lima, governador eleito em 2010.

Outro percalço que dificultou a sua segunda gestão foi o afastamento de parte de sua base política histórica, os movimentos sociais e sindicais, que o acusava de, no governo, ter o mesmo comportamento que combatia quando era vereador e deputado e fazia oposição ao prefeito da época, Cicero Lucena. Com sua renúncia ao cargo de prefeito, em março de 2010, assumiu a titularidade o seu vice-prefeito, Luciano Agra, pertencente à mesma legenda, o PSB, e seu aliado, desde o início de sua carreira política.

Durante os anos de 2010 e 2011, o prefeito Luciano Agra governou dando seguimento à administração anterior, mas a partir de janeiro de 2012, iniciou-se o processo de afastamento do governador Ricardo Coutinho que culminou com o rompimento, cerca de seis meses depois. Este processo teve consequências na sustentação política do prefeito, com rearranjo de sua base de apoio, inclusive na câmara municipal.

No campo administrativo, no ano de 2012, o prefeito praticamente só deu continuidade às obras e às ações que já estavam em curso. A contínua substituição de auxiliares diretos e de outros servidores comissionados e o engajamento do prefeito na campanha eleitoral, apoiando o candidato do PT, Luciano Cartaxo, comprometeram a ação administrativa.

Além dos motivos acima enumerados, outro fator importante que dificultou a ação administrativa do prefeito foi a deterioração das finanças públicas. A partir do segundo semestre de 2011, a aproximação das eleições deu ensejo a um intenso movimento de cooptação de legendas e lideranças políticas, com o correspondente inchaço da máquina pública fazendo com que o pagamento da folha comprometesse o adequado curso de execução das obras.

6.1.2 A esfera econômica

No final do segundo mandato de FHC, o Brasil vivia uma crise econômica que havia se instalado há algum tempo. Visando a manter a estabilidade econômica e, em especial, o controle da inflação, FHC norteou a sua política econômica por padrões ortodoxos. Embora esta política tenha obtido êxito no controle inflacionário, ela também acarretou outros problemas como: baixo crescimento do PIB, elevação do desemprego, aumento da exclusão social, elevação substancial das dívidas interna e externa, redução do poder de compra do salário mínimo, levando a instabilidades econômicas e políticas (MATTEI; MAGALHÃES, 2011).

Quando Lula assumiu o primeiro mandato, a crise econômica herdada, a desconfiança dos agentes econômicos na capacidade de o governo petista saber lidar com ela e o temor de que houvesse uma mudança drástica na condução da política econômica compunham um cenário de incertezas. Vários sinais apontavam nesta direção, entre elas a hipervalorização do dólar em relação ao real.

Desde o início do governo Lula, ficou claro que ele manteria as linhas mestras da política econômica do segundo mandato de FHC. Emblemático deste posicionamento foi a constituição de sua equipe econômica, tendo à frente o ministro Antônio Palocci e com vários cargos sendo ocupados por pessoas defensoras de uma política econômica ortodoxa, como Henrique Meireles, diretor do Banco Central. Além disso, documento produzido pela Secretaria de Política Econômica do Ministério da Fazenda intitulado “Política Econômica e Reformas Estruturais” defendia claramente a manutenção da política, com pequenos ajustes para lhe dar consistência. Este posicionamento possibilitou que se criasse um clima de confiança facilitando o bom acolhimento do governo pelos mercados internacionais o que foi materializado na expansão dos investimentos estrangeiros (ALMEIDA, 2010; MATTEI; MAGALHÃES, 2011). .

Além de manter a política econômica, o governo Lula se propôs a fazer três reformas: a da previdência, a tributária e a monetária que foram indicações do FMI dentro do acordo feito com o Brasil em 2002, no segundo mandato de FHC, e renovado por Lula, em 2003. Embora elas não tenham sido feitas na sua plenitude, algumas de suas proposições foram implementadas, como a independência informal do BC para estabelecer as taxas de juros (MATTEI; MAGALHÃES, 2011). Como no final do governo FHC e início do governo Lula havia ameaça concreta de descontrole da inflação, o BC, sucessivamente, aumentou as taxas de juros.

Apesar de esta medida ter sido eficaz para o controle da inflação, ela teve efeitos colaterais adversos como a inibição do crescimento e o endividamento interno. Por isto, muitos afirmam que a política econômica do primeiro mandato de Lula pode ser considerada liberal-conservadora (MATTEI; MAGALHÃES, 2011). Do ponto de vista prático, ela teve êxito, pois no primeiro mandato do governo Lula (2003-2006), o PIB brasileiro cresceu, em cada ano, 1,1% em 2003, 5,7% em 2004, 3,2% em 2005 e 4% em 2006 (ALMEIDA, 2010).

No segundo mandato (2007-2010), a política econômica mudou o seu enfoque. O Estado recuperou um pouco sua capacidade de nela interferir, aumentando sua capacidade de investimento e orientando os investimentos privados. A infraestrutura básica foi o alvo principal destes investimentos, com a criação, em 2007, do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) (LOUREIRO; SANTOS; GOMIDE, 2011).

Diversos motivos explicam este enfoque desenvolvimentista do segundo mandato. Um, de ordem interna, foi a mudança da equipe econômica. Saíram os

defensores de uma política econômica ortodoxa, tendo à frente Antônio Palocci, e entraram os que defendiam uma política econômica desenvolvimentista, comandados por Guido Mantega. No entanto, o cenário externo foi o fator mais importante. Nos anos 2006, 2007 e 2008 até a erupção da crise, o mundo, capitaneado pelos Estados Unidos e pela China, teve um expressivo crescimento, levando ao aumento dos preços das *comodities* agrícolas e industriais. O Brasil se beneficiou muito disto, aumentando o volume de exportações e o valor com elas obtido (MATTEI; MAGALHÃES, 2011).

Internamente, houve uma expansão do consumo, motivado pelo aumento dos níveis de emprego, da média salarial e pela oferta de créditos.

Esta trajetória de crescimento só foi interrompida no segundo semestre de 2008, com a crise mundial. Em 2009, o PIB brasileiro decresceu, voltando a crescer substancialmente em 2010. Em termos percentuais, no período, o crescimento foi da seguinte ordem: 6,1% em 2007, 5,1% em 2008, -0,2% em 2009 e 7,7% em 2010 (ALMEIDA, 2010).

Mesmo considerando que o crescimento poderia ter sido maior para que o Brasil recuperasse muitos anos de baixo crescimento, ao longo dos oito anos do governo Lula, a economia brasileira cresceu, em média, 3,46% ao ano enquanto nos oito anos do governo FHC o crescimento foi de 2,4%. Todavia, o crescimento brasileiro ficou abaixo do crescimento de todos os países da América Latina, no primeiro decênio do século XXI (ALMEIDA, 2010).

A expansão das exportações e o aumento dos preços das *comodities* geraram substanciais saldos na balança comercial que, juntamente com o aumento do investimento externo (produtivo e especulativo), propiciaram o crescimento vertiginoso das reservas cambiais, zerando a dívida externa. Junto a organismos internacionais, como o FMI, o Brasil passou de devedor a credor (BRASIL, 2010b).

Processo inverso ocorreu com o endividamento interno. A tendência de aumento da dívida interna já vinha desde os governos FHC e continuou com os governos Lula. Como o controle da inflação neste período foi feito basicamente com o aumento dos juros, sempre que havia pressão inflacionária que ameaçava a meta estabelecida, o Comitê de Política Econômica do Banco Central aumentava as taxas de juros e isto implicava o aumento da dívida, mesmo ressaltando que o governo se esforçava para gerar superávits primários, algumas vezes extrapolando a meta estabelecida. A necessidade de poupar para pagar os juros da dívida interna levou o governo a cortar

gastos que poderiam ser direcionados para áreas essenciais como saúde, saneamento, habitação, educação e infraestrutura (MATTEI; MAGALHÃES, 2011).

Ao assumir o governo, em 2011, a presidenta Dilma Rousseff deu continuidade à política econômica do segundo governo Lula. O compromisso com o controle da inflação e com a obtenção de superávits primários continuou, mas a presidente manteve a ênfase no viés desenvolvimentista ao aumentar os gastos com infraestrutura através do PAC. Também manteve o incentivo ao consumo através da facilitação do crédito ao consumidor e continuou a expansão dos serviços públicos, o que acarretou aumento nas despesas de pessoal. Além disto, impôs restrições às importações e diminuiu as taxa de juros através da ação dos bancos públicos como forma de incentivar o crescimento industrial sem, contudo, obter êxito significativo já que nos dois primeiros anos de governo o setor industrial teve fraco despenho (OLIVEIRA, 2013).

Um dos principais problemas econômicos enfrentados pelo governo Dilma é a persistente tendência de alta da inflação que tem sido impulsionada pelo aumento da demanda, por fatores sazonais que influenciaram o preço dos alimentos e pela incapacidade de a indústria aumentar a sua produção sem novos investimentos, pois ela já está com elevados índices de utilização da sua capacidade instalada, algo em torno de 85%. Este cenário fez com o governo e o Banco Central tomassem diversas medidas prudenciais para impedir a disparada dos preços (LIMA, 2011)

Todavia, o cenário externo desfavorável não permitiu que se obtivessem a taxas de crescimento do PIB que foram projetadas, algo em torno de 4-5% ao ano. Além disto, a apreciação do Real levou à perda da competitividade dos produtos brasileiros, gerando crescentes déficits na balança de pagamentos. Como a diminuição das taxas de juros, que ocorreu nos dois primeiros anos deste governo, desestimulou a entrada de investimentos especulativos e como diminuiu o investimento produtivo devido à desconfiança dos investidores na economia mundial e brasileira, no horizonte, aparece a incerteza quanto à capacidade de o Brasil fechar a sua balança de pagamento, o que não é algo muito provável devido às elevadas reservas que possui.

Ao final de 2012, o governo enfrentava um cenário bem mais difícil do que tinha quando assumiu que pode ser percebido através de diversos indicadores: persistente crise externa (principalmente na União Europeia), pequeno crescimento do PIB, diminuição das exportações e aumento das importações, tendência de alta da inflação, diminuição dos investimentos externos, aumento da dívida interna e aumento dos gastos

do governo. Este cenário aponta para a necessidade de medidas urgentes e eficazes que evitem a deterioração da situação, agora observada.

No cenário econômico, João Pessoa não tem grande destaque no cenário nacional. Entre as capitais nordestina é a penúltima em tamanho do PIB. É uma cidade com população estimada em pouco mais de 700 mil habitantes. Juntando à população das oito cidades que formam a região metropolitana, este número ultrapassa 1,1 milhão. Segundo o IBGE, o Produto Interno Bruto (PIB) municipal, em 2009, atingiu R\$ R\$ 8,6 bilhões, o que significava um PIB *per capita* médio de 12.301,00, para o mesmo ano (SMSJP, 2011c). Em relação ao Estado da Paraíba, João Pessoa tem aumentado o seu percentual no PIB. Era de 29,80%, em 2008 e subiu para 30,12%, em 2009 (PARAIBA, 2013).

A renda nominal média mensal das pessoas residentes, em 2009, estava em torno R\$ 900,00. Contudo, são índices que apresentam grandes desigualdades entre os segmentos da sociedade e entre os bairros de alta renda e os de baixa renda. Aqueles atingem níveis de renda *per capita* média superior a R\$ 3.000,00, enquanto os bairros de menor renda não chegam a 50% do atual salário mínimo (SMSJP, 2011c).

Por ser a capital estadual, João Pessoa possui um grande contingente de funcionários públicos, das três esferas de governo. No setor privado, destaca-se o comércio e a prestação de serviços. O ramo industrial é pouco significativo visto que a maior parte das indústrias fica nas cidades da região metropolitana, o mesmo ocorrendo com o porto e o aeroporto. O município tem 16 973 empresas locais, com um total de 274.646 pessoas ocupadas (SMSJP, 2011c).

No período considerado, 2005-2012, um dos setores mais dinâmicos da economia pessoense foi a construção civil. Moradias de todos os padrões foram construídas na cidade para atender à população residente e também para as pessoas de outras cidades que têm interesse em ter imóvel na cidade, por ser a capital.

Sem ter uma economia pujante, João Pessoa, economicamente, tem muita dependência do que ocorre no âmbito nacional. Todos os movimentos que ocorreram nacionalmente tiveram reflexo na economia local.

Ao iniciar a gestão em 2005, o prefeito Ricardo Coutinho encontrou as finanças públicas em estado precário, sem recurso sequer para as despesas mais simples da administração municipal. Portanto, sem capacidade de investimento em obras públicas, em infraestrutura ou programas de incentivo à atividade econômica. Mediante uma

consistente política de contenção de gastos e de aumento da arrecadação, já no primeiro mandato, o governo municipal recuperou parte da capacidade de investimento em obras públicas, como a construção de praças, escolas, equipamentos de saúde, pavimentação de ruas e construção de habitação popular, o que alavancou atividades econômicas ligadas a este tipo de obras, principalmente a construção civil.

No ano de 2009, das receitas orçamentárias realizadas no valor de 1.046.333.678,80, a prefeitura aplicou em investimentos R\$ 109.291.554,08 (SMSJP, 2011c). Em 2005, foi criado o Programa Municipal de Apoio aos Pequenos Negócios de João Pessoa (Empreender-JP) que é um programa de microcrédito orientado para os micros e pequenos empresários, formais ou informais, com mais de 18 anos de idade e que morem em João Pessoa há seis meses, no mínimo. O programa oferece capacitação, acompanhamento técnico e empréstimos de até 10 salários mínimos a juros de 0,9% ao mês. Desde 2005, o programa já emprestou 48,8 milhões, impulsionando significativamente os pequenos negócios. No ano de 2012, o Empreender-JP dispunha de uma modalidade de crédito tradicional e nove modalidades tradicionais (PREFEITURA DE JOÃO PESSOA, 2013).

6.1.3 A esfera Social

Os três governos que antecederam o governo Lula (Collor de Melo, Itamar Franco e FHC) implementaram políticas econômicas na ótica do neoliberalismo que tiveram grande impacto na área social. Medidas como corte dos recursos para custeio e contenção da contratação de pessoal prejudicaram a qualidade do serviço público. A perda do poder aquisitivo dos salários e do salário mínimo aumentou as desigualdades sociais e a concentração de renda. Direitos sociais foram retirados e os sindicatos perderam força. Além disto, houve aumento do desemprego, em parte devido às privatizações que tiveram como consequência o desemprego de parcela dos trabalhadores das antigas empresas estatais. Tudo isto teve impacto nos indicadores sociais (LOPES, 2009).

A eleição de Luís Inácio Lula da Silva, em 2002, criou a expectativa de mudanças na área social como a construção de um sistema público de proteção social que oferecesse respostas às demandas da população, diferentemente do que tinha ocorrido nos governos anteriores. No entanto, os problemas encontrados no início do

governo como a crise fiscal, a tendência de alta da inflação e os juros altos que comprometiam parcela significativa do orçamento, impediram a construção de um amplo sistema de benefícios sociais, daí porque o governo focalizou suas ações no combate à fome e à pobreza. Deste enfoque, surgiram dois programas: Fome Zero e Bolsa Família (ANDERSON, 2011).

O programa Fome Zero visava a fornecer a todas as famílias as três refeições diárias e se sustentava em recursos federais e em doações de alimentos e dinheiro por pessoas físicas e jurídicas. No primeiro ano, o programa Fome Zero teve maior impacto, mas perdeu força a partir do segundo ano, diferentemente do que ocorreu com o Bolsa Família. Este programa unificou os quatro programas de transferência de renda, então existentes: cartão-alimentação, bolsa alimentação, bolsa-escola e vale gás. Nos oito anos do governo Lula e nos dois anos do governo Dilma, o Bolsa Família aumentou significativamente o número de famílias atendidas, sendo um dos principais responsáveis pela diminuição da pobreza das desigualdades sociais neste período (BRASIL, 2010b).

Na área da saúde, houve a ampliação de ações consideradas estratégicas, como o PACS e o PSF, levando a uma expansão de 84,7% nas atividades ambulatoriais, representando um crescimento de 62,3% nas taxas de emprego público (CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE - CONASS, 2004). Além disto, foram implementadas outras políticas como a Política Nacional de Saúde Bucal, o Programa Farmácia Popular do Brasil, o Olhar Brasil, o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), as Unidades de Pronto Atendimento (UPA). Este conjunto de políticas e programas melhoraram significativamente os indicadores de saúde da população e garantiram melhor atendimento aos usuários, em que pese a existência de muitos problemas no âmbito do SUS (BRASIL, 2010b).

Em relação ao emprego, nos dois governos Lula, houve um incremento de cerca de 1,9 milhão de empregos por ano devido ao modelo de desenvolvimento adotado e ao crescimento econômico ocorrido no período. Outro aspecto importante a ressaltar no que tange ao emprego é o aumento do emprego formal. Neste período, milhões de trabalhadores deixaram a informalidade e passaram a ter empregos formais, com todos os direitos previstos em lei, o que implica uma importante conquista social. Em 2009,

pela primeira vez, mais da metade (52%) da população econômica ativa estava em postos formais de trabalho 2009 (BRASIL, 2010b).

Outra importante medida implementada foi o reajuste do salário mínimo acima da inflação, resultando no aumento de seu poder de compra. O aumento do salário mínimo e dos salários em geral acarretou o incremento da participação dos salários na renda nacional e isto levou à diminuição da desigualdade de renda do país. No período, o Índice de Gini caiu de 0,59 para 0,54 (BRASIL, 2010b).

Na área da educação, houve a expansão do ensino superior com a interiorização dos campi das universidades federais. Com isso, o número de municípios atendidos pelas universidades passou de 114, em 2003, para 237, no final de 2011. Desde o início da expansão foram criadas 14 novas universidades, passando de 45 para 69, e mais de 100 novos campi. Esta expansão possibilitou a ampliação de vagas e a criação de novos cursos de graduação. Além da expansão das vagas nas universidades públicas, o governo instituiu o Programa Universidade para Todos (PROUNI) que, até 2010, já tinha contemplado com bolsas integrais e parciais mais de 700 mil alunos. No ensino técnico também houve grande expansão (BRASIL, 2010b).

Na educação básica o Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação (FUNDEB) ampliou a complementação de recursos da União para que o investimento por aluno, nos diferentes estados e municípios brasileiros, ficasse mais equânime (BRASIL, 2010b).

Ao assumir o cargo em 2011, a presidente Dilma deu continuidade às políticas sociais herdadas do governo Lula dando ênfase à erradicação da pobreza extrema, à expansão da atenção básica à saúde para que todos os municípios brasileiros tenham médicos e ao programa Minha Casa Minha Vida, para diminuir o déficit populacional. No entanto, a tendência de alta da inflação durante os dois primeiros anos do governo da presidenta fez com que algumas medidas econômicas de caráter restritivo fossem tomadas levando a um menor crescimento econômico, o que põe em risco a viabilização das políticas sociais (OLIVEIRA, 2013).

Neste período, João Pessoa, como era de se esperar, sofreu os impactos das políticas sociais implementadas nos governos Lula/Dilma. Além disto, houve o impacto das políticas sociais locais. Na saúde, houve a expansão da ESF, não apenas em relação à formação de novas equipes e à implantação de 20 equipes do NASF, mas também em relação à melhoria da infraestrutura das USF, com a construção de prédios novos para a

maioria destas unidades. Também houve a expansão da rede de serviços de saúde de atenção secundária e terciária (SMSJP, 2011c).

Outra importante ação nas áreas das políticas sociais foi a implementação do orçamento participativo que se tornou um instrumento de exercício da cidadania, mediante a decisão, em plenárias, das prioridades para as diversas áreas do município, delimitadas para este fim. Nestas plenárias, a população e a administração decidem, democraticamente, os investimentos na saúde, na educação e na infraestrutura da cidade (SMSJP, 2011c).

Na educação, a administração Ricardo Coutinho construiu 8 escolas e 10 creches, 23 ginásios de esporte e a reforma e a ampliação de muitas escolas. Disto resultou o acréscimo de 178 salas de aula, com a incorporação de mais de 4 mil novos alunos. Além da ampliação física, foram criadas ou implementadas atividades e programas pedagógicos que reforçaram a formação do aluno, como o Ano Cultural, o Estudante Destaque, o Futuro Visita o Passado, o Programa Segundo Tempo, a Ciranda Curricular, a Escola Aberta, o Professor Plugado, a Escola Nota 10, as Estações de Leitura e a Biblioteca Municipal (VASCONCELOS, 2010).

Na área da habitação, além da construção de moradias em parceria com o programa Minha Casa Minha Vida, houve a construção de casas de alvenaria, substituindo casas de taipas ou casas de alvenaria que não ofereciam condições de habitabilidade, beneficiando famílias de baixa renda.

6.2 O MICRO CONTEXTO

6.2.1 Política Setorial

A Constituição Federal de 1988 nos artigos que tratam da saúde (196 a 200) assegura aos brasileiros o direito à saúde através de diversos mecanismos e ao Estado, nas três esferas de governo, a obrigação de prover os meios pelos quais o direito à saúde pode ser exercido (BRASIL, 1988).

A lei 8.080/1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, estabelece que a organização e o funcionamento dos serviços devem ocorrer de acordo com princípios doutrinários e com diretrizes organizativas, entre os quais se destacam:

universalidade de acesso, integralidade da assistência, preservação da autonomia das pessoas, participação da comunidade, descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde, entre outros (VASCONCELOS; PASCHE, 2009; BRASIL, 1990)

A Constituição Federal e a lei 8.080/1990 promoveram grandes mudanças na área da saúde, instituindo nova conformação política e organizacional dos serviços, de forma a assegurar que os brasileiros tenham assegurado seu direito à saúde. O SUS compreende um conjunto organizado e articulado de serviços e ações de saúde. Os serviços de saúde podem ser públicos e pertencentes às três esferas de poder (municipal, estadual e nacional), e privados que, de forma complementar, podem prestar os serviços, mediante contratos e convênios (VASCONCELOS; PASCHE, 2009).

Diversas normas estabeleceram a forma de operacionalização do sistema, sendo estas oriundas das três esferas de governo e dos conselhos de saúde das respectivas esferas, com destaque para as normas operacionais e, mais recentemente, o Decreto Nº 7.508 de 28 de junho de 2011 que regulamenta a Lei nº 8.080. Nos seus sete capítulos e respectivas sessões, este decreto detalha aspectos importantes como a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação entre os entes federados (BRASIL, 2011b).

Desde a criação do SUS, tem havido uma melhora significativa no funcionamento do sistema, especialmente em relação aos processos de descentralização e municipalização das ações e dos serviços de saúde. A descentralização possibilitou estreito contato da população com o sistema e com seus gestores e destes com a realidade social, política e administrativa do País. Tudo isto, engendra um quadro de maior complexidade, o que coloca para os gestores o desafio de superar a fragmentação das políticas e programas de saúde através da organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços e da qualificação da gestão (BRASIL, 2006c).

Diante destas novas demandas, o Ministério da Saúde (MS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), pactuaram responsabilidades entre os três gestores do SUS em relação à gestão do sistema e à oferta da atenção à saúde, que recebeu a denominação de Pacto pela Saúde. Este pacto se baseia em uma unidade de princípios que preserva pactos anteriormente acordados e reforça a organização das regiões sanitárias, instituindo mecanismos de cogestão e planejamento regional, fortalece o

controle social, qualifica o acesso da população à atenção integral à saúde, redefine os instrumentos de regulação, programação e avaliação, valoriza a macro função de cooperação técnica entre os gestores e propõe um financiamento tripartite que estimula critérios de equidade nas transferências fundo a fundo (BRASIL, 2006c).

O Pacto pela Saúde tem três eixos: Pacto pela Vida, Pacto de Gestão e Pacto em Defesa do SUS. No seu conjunto o pacto se propõe a reformar aspectos institucionais vigentes e promover inovações nos processos e nos instrumentos de gestão tendo como objetivo maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas. Concomitante a isto, redefine responsabilidades coletivas por resultados tendo em vista as necessidades de saúde da população e a busca da equidade social (BRASIL, 2006c).

O Decreto Nº 7508 de 28 de junho de 2011, no capítulo II, que aborda a organização do SUS, estabelece que:

O SUS é constituído pela conjugação das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados pelos entes federativos, de forma direta ou indireta, mediante a participação complementar da iniciativa privada, sendo organizado de forma regionalizada e hierarquizada (BRASIL, 2011b. pág.1).

Em relação à regionalização, o decreto cria as regiões de saúde e estabelece que elas terão ações e serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, vigilância em saúde além de atenção ambulatorial especializada e hospitalar. A respeito da hierarquização das ações e dos serviços de saúde consideram-se como portas de entradas os serviços de atenção primária, de atenção de urgência e emergência, de atenção psicossocial e serviços especiais de acesso aberto (BRASIL, 2011b).

A atenção primária é feita majoritariamente pela ESF. A ESF é uma estratégia de reorientação do modelo assistencial fundamentada na universalidade, integralidade e equidade, em um contexto de descentralização e controle social da gestão, princípios assistenciais e organizativos do SUS. Ela opera através de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde, denominadas Unidades de Saúde da Família (USF). Minimamente, compõem uma equipe um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. De forma ampliada, a equipe, além dos profissionais citados, tem um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental (BRASIL, 2013).

Cada equipe é responsável pelo acompanhamento de um número definido de famílias residentes em um território delimitado que pode chegar, no máximo, a quatro mil habitantes, sendo a média recomendada de três mil habitantes. A atuação das equipes ocorre nas USF, nas residências e outros espaços da comunidade. Ela é porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde. Sua atuação envolve ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes. Iniciado em 1994, apresentou um crescimento expressivo nos últimos anos, tendo sido um dos fatores responsáveis pela melhoria dos indicadores de saúde dos brasileiros. Ela possibilita maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais já que se propõe a resolver até 85% dos problemas de saúde da população que atende (BRASIL, 2013, BRASIL, 2010b).

Seus resultados advêm de diversos fatores, tais como a criação de vínculos com a população fazendo com que ela assuma corresponsabilidade e compromisso na resolução dos problemas de saúde, o estímulo à organização das comunidades para exercer o controle social das ações e serviços de saúde, além do trabalho envolvendo vários setores, por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, de forma a intervir em situações que transcendem a especificidade do setor saúde e que têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos, das famílias e da comunidade (BRASIL, 2013).

Institucionalmente, a ESF está vinculada ao Departamento de Atenção Básica (DAB), da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde.

Por ser uma cidade de porte médio e a capital do estado, João Pessoa, no período considerado pelo estudo, buscou implementar as políticas de saúde de âmbito nacional que foram formuladas a partir da criação do SUS. Como a normatização destas políticas ocorre na esfera federal, João Pessoa procurou fazer a sua implementação em consonância com os parâmetros estabelecidos nesta esfera.

Segundo o plano de saúde 2010-2013:

O projeto político da secretaria municipal de saúde está voltado para a garantia e a efetivação do direito à saúde, com ênfase no cuidado integral e humanizado e que a base da organização e funcionamento do sistema são as necessidades de saúde do usuário-cidadão e a busca permanente do cuidado universal, com integralidade e qualidade da atenção, nos campos da promoção à saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de agravos (SMSJP, 2011c. pág.78).

Segundo o plano, as ações da secretaria municipal da saúde visariam à ampliação da rede de serviços, à melhoria do cuidado (dando-se ênfase à escuta, ao acolhimento, à identificação das necessidades, à criação de vínculos e à responsabilização), à construção do trabalho em equipe, à hierarquização da rede e à sua integralidade. (SMSJP, 2011. c).

Referindo-se à expansão da rede, o plano coloca que no período de 2005-2009 isto ocorreu em todos os setores. Na atenção básica, notadamente através do crescimento do número de equipes da ESF que chegou a 180, da ampliação dos NASF, da estruturação de Centros de Atenção Integrada à Saúde e de Centros de Atenção Psicossocial. Também ocorreram o aumento e a melhoria do atendimento hospitalar e foi dada ênfase à educação permanente, ao matriciamento, à gestão do trabalho através de instrumentos como concurso público, plano de carreira, cargos e remuneração, vantagem pecuniária individual e avaliação de desempenho da equipe por impacto no local de atuação (SMSJP, 2011c).

Para o período de 2010 a 2013, o plano, na atenção à saúde, previa ações que foram agrupadas nos seguintes eixos: saúde bucal, da mulher, do homem, da pessoa com deficiência, da população negra, das pessoas idosas, das crianças e dos adolescentes, saúde mental, urgência e emergência, assistência farmacêutica e práticas integrativas (SMSJP, 2011c).

Em relação à gestão, os eixos trabalhados foram: regulação, gestão do trabalho, educação em saúde, gestão da informação, gestão administrativa e participação popular. Na vigilância em saúde, os eixos contemplados foram: vigilância epidemiológica, ambiental, sanitária e da saúde do trabalhador (SMSJP, 2011c).

6.2.2 Finanças do Setor

Em decorrência do que preceitua a Constituição Federal, a lei 8.080/1990 e demais legislações atinentes à saúde que reconhecem o direito à saúde para todos os cidadãos e ao Estado a obrigação legal de proporcioná-la, de forma universal, integral e com qualidade, uma questão importante foi posta: como financiar os custos para que isto seja algo real e não apenas uma recomendação legal?

A universalização do atendimento à saúde, as crescentes demandas por ações e serviços de saúde, o envelhecimento da população e a incorporação cada vez maior da tecnologia ao cuidado na área da saúde expandiram substancialmente os gastos no setor. A lei 8.080/1990 define claramente as atribuições de cada esfera de governo em relação à prestação das ações de saúde. No entanto, a questão do financiamento não foi definida, desde o primeiro momento. O financiamento do SUS é compartilhado entre as três esferas de governo. Em 2011, aproximadamente 43,5% dos recursos do SUS eram originados do Ministério da Saúde e os outros 56,5% de estados, Distrito Federal e municípios. E esta proporção vem sendo modificada desde a criação do SUS, com o MS diminuindo o seu percentual e os estados e os municípios o aumentando (FRANÇA; COSTA, 2011).

Com a criação do SUS, seu financiamento foi, majoritariamente, incluído no Orçamento da Seguridade Social (OSS). Pelo fato de saúde, previdência e assistência social dependerem de uma mesma fonte de recursos, fatalmente, haveria um conflito por eles (OLIVEIRA, 2013).

As diversas regulamentações sobre a transferência de recursos da esfera federal para a esfera estadual e para a municipal demonstram que o financiamento é uma questão crucial para o funcionamento do SUS. Ao longo de mais de duas décadas, as fontes de recursos foram inconstantes e mal definidas. Além dos recursos do orçamento da seguridade social, recursos do tesouro custearam as despesas com a saúde, neste período, o que implicava negociação com a área econômica e vulnerabilidade devido às crises econômicas que ocorreram ao longo dos anos (FRANÇA; COSTA, 2011).

Como saída para dar sustentabilidade e regularidade ao financiamento do SUS, em 1994, foi criado o Imposto Provisório sobre a Movimentação Financeiro (IPMF), posteriormente denominado Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF). Inicialmente, este imposto financiava apenas a saúde. Seguidamente, teve sua vigência prorrogada e modificada a sua finalidade, passando a financiar, também, a Previdência Social e o Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza. Além disto, sofreu contingenciamento em 20% pela desvinculação dos recursos da União e pelos mecanismos que a antecederam. Durante sua existência, a CPMF foi a mais importante fonte de financiamento do gasto federal em saúde, correspondendo a cerca de 30% dos recursos alocados pela União (FRANÇA; COSTA, 2011).

A solicitação governamental de prorrogação para o período 2008-2011 foi rejeitada pelo senado. Para o ano de 2008, havia uma projeção de arrecadação de 40 bilhões de dólares o que obrigou o governo a cortar gastos de outras áreas para fazer frente à perda da receita (BRASIL, 2010b).

A medida mais consistente no sentido de garantir recursos para o financiamento da saúde é a Emenda Constitucional 29, aprovada em 2000, que define percentuais mínimos de investimento em saúde pela União, estados e municípios. Ela estabelece que a União invista o montante do ano anterior mais a variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). Os estados precisam aplicar 12% do que arrecadam anualmente em impostos. Os municípios precisam investir 15% de sua receita. A aprovação da Emenda 29/2000 não finalizou a discussão visto que havia a necessidade da regulamentação do que são gastos com saúde, pois alguns estados e municípios passaram a incluir como sendo da saúde gastos de áreas conexas. Somente em 2011 foi aprovado o projeto de lei 121/2007 que define o que são considerados gastos em saúde.

Embora seja importante a definição de percentuais mínimos de gastos pelas três esferas de governo isto não resolve o problema do subfinanciamento. Para fazer frente às necessidades de saúde da população e cumprir com os determinantes legais, as três esferas de governo precisariam gastar mais do que o mínimo estipulado pela Emenda 29. Segundo o CONASS (2011), em 2007, o Brasil aplicava 8,4 % do PIB em saúde, percentual próximo ao que aplicam outros países que têm sistemas de saúde universais, como o brasileiro. No entanto, quando se compara o gasto público per capita (\$348) e o percentual do gasto público em relação ao gasto total com saúde (41,6%), vemos a distorção. Este grande gasto privado com saúde se deve ao fato de cerca de 30% dos brasileiros terem planos de saúde.

Além da questão do montante dos recursos, outro problema importante é como devem ser transferidos recursos da saúde da esfera nacional, que os arrecada, para as demais esferas que as utilizam para o custeio de suas despesas. Como as receitas da seguridade social são integralmente arrecadadas pela União e como a gestão do SUS foi descentralizada para estados e municípios e como parte das despesas que estes entes federados têm com a saúde é custeada com recursos repassados pela União, a questão dos mecanismos e critérios de transferência de recursos do governo federal para estados e municípios passou a ter alto grau de importância para os gestores públicos do setor (OLVEIRA, 2013).

A Lei n. 8.142 de 1990, em seu artigo 3º, determina que os repasses do governo federal devem ser regulares e automáticos, com a condição de que os estados e os municípios atendam os requisitos previstos no artigo 4º desta lei que são: ter fundo de saúde, conselho de saúde, plano de saúde, relatório de gestão, contrapartida no orçamento e comissão para elaboração do plano de carreiras, cargo e salários (BRASIL, 1990).

Mesmo estando na lei, o repasse regular e automático só foi implementado com o Decreto Nº. 1.232, de 30 de agosto de 1994, tendo como base as condições e as formas estabelecidas pelas Normas Operacionais (NOB) 01/91 e 01/92 do SUS. E para que isto ocorresse os municípios e os estados deveriam está habilitados na gestão simplificada. Isto não ocorria se a habilitação fosse à gestão incipiente ou na parcial. A NOB 01/1993 estabeleceu as formas de pactuação, negociação, articulação e integração entre os entes federados, como a criação da Comissão Intergestores Tripartite e Comissão Intergestores Bipartite, em cada estado (CONASS, 2011).

De acordo com o artigo 35 da lei 8.080/1990, a transferência regular e automática para os estados, o Distrito Federal e os municípios obedece aos seguintes critérios:

I – perfil demográfico da região; II – perfil epidemiológico da população a ser coberta; III – características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área; IV – desempenho técnico, econômico e financeiro do período anterior; V – níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais; VI – previsão do plano quinquenal de investimento da rede; VII – ressarcimento do atendimento de serviços prestados a outras esferas de governo. Parágrafo 1º - Metade dos recursos destinados a estados e municípios será distribuído segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentes de qualquer procedimento prévio. Parágrafo 2º - Nos casos de estados e municípios sujeitos a notório processo de migração, os critérios demográficos mencionados nesta Lei serão ponderados por outros indicadores de crescimento populacional, em especial o número de eleitores registrados (BRASIL, 1990. pág. 12).

Como o artigo 35 da Lei 8080/1990 não tem aplicação imediata, ele precisa de regulamentação. Na mesma lei, há a disposição de que até que isto ocorresse seria utilizado, para a transferência de recursos, apenas o critério previsto no parágrafo primeiro, ou seja, um per capita igualitário, isto é, de acordo com o número de

habitantes, que começou a ser parcialmente utilizado com a adoção do Piso de Atenção Básica (PAB), O PAB contempla o repasse de recursos aos estados e aos municípios para que estes custeiem um conjunto de ações básicas de atenção à saúde. Antes do PAB, o repasse do Ministério da Saúde remunerava os serviços de atenção básica prestados por estados e municípios com base na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS), a mesma adotada com o setor privado. Todavia a utilização deste único critério contém uma iniquidade já que a realidade dos estados e municípios é diversa. Diferentemente do que ocorre em estados e municípios de melhor condição financeira, nos que são pobres há uma maior demanda pelos serviços do SUS (CONASS, 2011).

Na Lei n. 8.142/1990 entre os critérios estabelecidos, o principal é o populacional.

A série histórica era o critério básico da NOB 01/1993. A NOB 01 de 1996 e as portarias que a sucederam mantiveram o critério populacional, de formas diversas, além de outros. A todos se faz a crítica de não tratar de forma diferente os estados e os municípios que têm maiores necessidades (CONASS, 2011).

Com a NOB Nº. 01/1996 do SUS foram modificadas as formas de gestão às quais os municípios poderiam se habilitar, passando a ser gestão plena da atenção básica e gestão plena do sistema de saúde e abriu-se a possibilidade de descentralização de recursos a outras áreas do Ministério da Saúde (Vigilância Sanitária, Epidemiológica, Fundação Nacional de Saúde e Assistência Farmacêutica), e não apenas aos recursos da assistência à saúde (CARVALHO, 2002). Outra forma de repasse previsto pela NOB 01/96 era o incentivo para que houvesse a adesão a programas ou a atividades priorizadas pelo MS: o PSF, atualmente ESF, e o PACS. Atualmente, o repasse é definido pelas Portarias GM/MS n. 648 e 650, de 28 de março de 2006 (CONASS, 2011).

Este modelo de repasse (adesão a programas) teve acentuado crescimento a partir de 1998, levando à diminuição dos percentuais dos repasses do PAB fixo. Também ocorreram mudanças em relação aos critérios de repasses para o financiamento das ações de média e alta complexidade. O MS, por meio da Portaria GM/MS n.531, de 30 de abril de 1999, criou o Fundo de Ações Estratégicas e Compensação para compensar estados e municípios que realizavam procedimentos de alto custo em pacientes que não eram domiciliados no seu território (OLIVEIRA, 2013).

As normas operacionais produzidas nos anos seguintes não inovaram em relação aos critérios e formas de transferência, se atendo mais a propostas de regionalização das redes de serviços e à regulação do acesso pela implantação de complexos reguladores que agrupando unidades de trabalhos responsáveis pela regulação das urgências, consultas, leitos e outros serviços (CONASS, 2011).

A criação do Pacto pela Saúde gerou novos compromissos dos gestores do SUS, em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. Para dar conta destas novas demandas de financiamento a Portaria GM/MS Nº. 204, de 29 de janeiro de 2007, regulamentou o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e serviços de saúde, com o respectivo monitoramento e controle e para melhor operacionalização criou seis os blocos de financiamento:

- I. Atenção Básica;
- II. Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar;
- III. Vigilância em Saúde;
- IV. Assistência Farmacêutica;
- V. Gestão do SUS;
- VI. Investimentos na Rede de Serviços de Saúde (BRASIL, 2007. pág. 1).

Os recursos federais que compõem cada bloco de financiamento são transferidos aos estados, Distrito Federal e municípios, fundo a fundo, em conta única e específica para cada bloco de financiamento para custear ações e serviços de saúde relacionados ao próprio bloco. A comprovação da aplicação dos recursos repassados pelo Fundo Nacional de Saúde aos fundos de saúde dos demais entes federados é feito mediante o relatório anual de gestão, com a devida aprovação do respectivo conselho de saúde (BRASIL, 2007).

A definição de blocos de financiamento favorece a execução dos gastos ajudando na implementação de políticas e ações de saúde nas diversas áreas, mas torna mais complexa a utilização dos recursos e a prestação de contas de sua atualização.

Em janeiro de 2012, foi aprovada a Lei Complementar nº 141, que regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal. Esta lei estabelece os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, estados, Distrito Federal e municípios em ações e serviços públicos de saúde bem como os critérios que norteiam a transferência de recursos para a saúde. Também define quais são as ações e os serviços de saúde que podem ser financiados com os recursos estabelecidos pela Emenda 29. Além disto,

estabelece as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo (BRASIL, 2012).

Em síntese, nos 23 anos de existência do SUS muito se avançou em relação à questão do financiamento e da transferência dos recursos, mas ainda é necessário que haja mais melhorias para se atingir um razoável grau de funcionamento.

O município de João Pessoa sofreu os impactos (positivos e negativos) da política de financiamento do SUS e da forma como os recursos são transferidos. A administração municipal foi eficiente na adesão às políticas e aos programas setoriais de saúde criados pelo governo federal como o PACS, o PSF/ESF, entre outros. Já na primeira gestão do prefeito Ricardo Coutinho (2005-2008) aproximadamente 65% da população do município estava coberto com o PSF. Em 2012, havia 180 equipes da ESF, quase todas elas operando em USF construídas com recursos compartilhados do governo federal e do governo municipal. Na segunda gestão (2009-2012), o município recebeu recursos para a construção de cinco UPA, duas delas em funcionamento, e para reforma da estrutura física a compra de equipamentos para unidades hospitalares como o Instituto Cândida Vargas, o Complexo Hospitalar de Mangabeira, o Hospital Santa Isabel e o Hospital Infantil do Valentina de Figueiredo (SMSJP, 2013a).

Nestes dez anos, os recursos municipais para a saúde aumentaram muito em termos absolutos e proporcionais ao aumento dos recursos transferidos pela esfera federal. Enquanto os gastos totais aumentaram 82%, os gastos com recursos próprios aumentaram 230%. Neste período o aumento da inflação medido pelo INPC foi de 50,01%, o que demonstra que os gastos com a saúde aumentaram em torno de 32% acima da inflação. Em relação ao percentual mínimo estabelecido pela Emenda 29, o município de João Pessoa, nos últimos anos do período considerado, aplicou uma percentual acima do exigido (SMSJP, 2013a).

6.2.3 Problemas de saúde e organização dos serviços.

Nas últimas décadas, o Brasil passou por grandes mudanças sociais, econômicas, educacionais e demográficas que tiveram implicação na saúde dos brasileiros e na organização dos serviços de saúde (MENDES; LEITE; MARQUES, 2011).

Entre outras mudanças, na área demográfica, houve a diminuição da taxa de fecundidade das mulheres e o envelhecimento da população. Na área educacional houve

o aumento do nível de escolaridade. Na área econômica, houve o aumento da renda, a diminuição da pobreza, o aumento do emprego formal e o aumento da participação das mulheres na população economicamente ativa. Na área social, houve o aumento da população das cidades, a diminuição das desigualdades sociais, o aumento do acesso a serviços básicos e a ampliação de direitos, além da criação de diversas políticas sociais (BRASIL, 2010b).

Como consequência, diversas modificações ocorreram na saúde dos brasileiros. Problemas de saúde como a desnutrição, as doenças infectocontagiosas, a mortalidade infantil e a mortalidade materna foram minorados. Por outro lado, novos e antigos problemas de saúde tornaram-se importantes, como as doenças cardiovasculares as neoplasias malignas, os acidentes de trânsito, as tentativas (consumadas ou não) de assassinato, o consumo de drogas, notadamente o crack, o estresse, etc.

Este novo quadro sanitário demandou uma reorganização dos serviços de saúde. Demandada também devida aos direitos inscritos na Constituição Federal e aos princípios e às diretrizes que norteiam a estruturação do SUS, conforme estabelece a lei 8080 (BRASIL, 1990).

A universalidade do acesso e a descentralização da prestação da assistência à saúde implicou a necessidade da criação de serviços de saúde em áreas onde nunca havia existido, como os pequenos municípios e as periferias das médias e das grandes cidades. A integralidade da assistência acarretou a necessidade da inserção, em todos os níveis, dos diversos profissionais de saúde e a oferta de variados tipos de assistência, na atenção primária, na secundária e na terciária (BRASIL, 2010b).

Para atender a estas demandas, houve importantes mudanças na política nacional de atenção primária à saúde e grandes investimentos na ampliação do acesso à saúde. O PACS e o PSF, enfatizados pelo ministério como estratégias prioritárias para o fortalecimento da atenção primária nos sistemas municipais de saúde são exemplos desta ampliação. (CASTRO; MACHADO, 2010).

Em 2006, a Política Nacional da Atenção Básica colocou a ESF como modelo para a reorganização da atenção básica. Seu funcionamento se baseia no trabalho integrado de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. O foco de atuação são ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes. Para dar suporte ao trabalho das equipes da ESF foram criados os Núcleos de apoio à Saúde da Família (NASF) (SISSON et al., 2011).

De forma incremental, diversas ações, programas e políticas foram criados pela esfera federal para atender às novas demandas da população e para organizar os serviços, com o suporte financeiro do governo federal, mediante repasses financeiros baseados em critérios. Como exemplos destas ações, programas e políticas, temos: o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), o Programa Farmácia Popular, os Centros de Atenção Psicossocial, o Programa da Academia da Cidade, o Pacto pela Saúde, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), o Programa Olhar Brasil, o Programa Brasil Sorridente, a Política Nacional de Humanização do SUS (BRASIL, 2010b).

O município de João Pessoa, no que diz respeito aos problemas de saúde e à organização dos serviços, tem características parecidas com o quadro nacional, mas tem algumas diferenciações. Uma delas é ter a população quase toda urbana, o que facilita o acesso a serviços básicos como coleta de lixo, água encanada e rede coletora de esgotos.

Nos dois primeiros casos, o acesso é quase universal. Com relação à rede coletora de esgotos, 61,94%, dos domicílios estão servidos (SMSJP, 2011c). Estes serviços básicos têm impacto na saúde da população. Outra diferença é o fato de ser a capital do Estado da Paraíba. Normalmente, as capitais têm uma rede de serviço de saúde mais organizada, maior e mais complexa, o que facilita o acesso, acarretando a melhoria dos níveis de saúde da população.

Devido às desigualdades sociais, o município de João Pessoa também tem problemas de saúde diferenciados. As causas básicas de morte variam consideravelmente em cada um dos cinco distritos sanitários em que está dividida a cidade. Como exemplo, em 2009, o coeficiente de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias foi de 21,6/1000 hab. em todo o município enquanto no Distrito Sanitário II, onde se concentra a população mais rica, foi de 9,0/1000 hab. e no Distrito Sanitário V, onde predomina a população pobre, este coeficiente foi de 53,7/1000 hab. (SMSJP, 2011c).

No geral, observa-se uma tendência à melhoria dos índices de saúde que têm estreita correlação com a pobreza, com a falta de serviços básicos e com a falta de acesso aos serviços de saúde como a mortalidade infantil que variou no período de 2005-2012 de 16,7 para 14,0 para 1.000 nascidos vivos. Idênticas melhorias ocorreram em relação à morte materna, às doenças infecciosas e parasitárias, à cobertura vacinal, ao atendimento à gestante, diabéticos e hipertensos. Devido a estas melhorias na área da

saúde e também à melhoria em outras áreas, como a educação, o emprego e a renda a população passou a ter maior expectativa de vida e, por conseguinte, o aumento dos percentuais das causas de morte por doenças cardiovasculares e neoplasias, em relação ao total de mortes por todas as causas. Em 2012, estes dois grupos apresentaram os seguintes percentuais: 28,61% e 17,51%, respectivamente. Também aumentou a proporção de morte por causas externas com 13,23 % do total das mortes (SMSJP, 2013a).

Em termos de saúde pública pode-se afirmar que os problemas de saúde mais importantes são o aumento das doenças cardiovasculares e das neoplasias (pelo envelhecimento da população, pelo crescente sedentarismo, pelo aumento da obesidade, do sobrepeso e pelo estresse da vida moderna) e das mortes por causas externas, estas influenciadas pela violência urbana, que tem no aumento do consumo de drogas, principalmente o crack, seu principal motivo e da piora do trânsito que acarreta constantes acidentes (SMSJP, 2013a).

A rede de atenção básica dispõe de 180 equipes da ESF e 20 NASF, cobrindo mais de 85% da população, três Centros de Atenção Integrada à Saúde (CAIS), três Unidades de Pronto Atendimento (UPA) (SMSJP, 2013a).

Ainda compõem a rede da atenção básica cinco unidades que funcionam como referência para a população descoberta da ESF, assegurando o princípio da universalidade do SUS. São elas: Unidade Básica de Mandacaru, Unidade de Saúde das Praias, Unidade de Saúde Lourival Gouveia de Moura, Unidade de Saúde Maria Luíza Targino e Unidade de Saúde Francisco das Chagas (SMSJP, 2013a).

Além disso, dispõe da oferta de consultas e procedimentos nas 71 clínicas básicas dos Centros de Atenção Integral à Saúde nos bairros de Mangabeira, Jaguaribe e Cristo (SMSJP, 2013a).

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), isoladamente, está presente nas localidades: Colibris, Gramame, Cidade Maravilhosa, Cidade Verde, Colinas do Sul, Jaguaribe e Bessa, áreas descobertas da ESF. Há também Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) nos bairros do Centro, Mangabeira e Cristo (SMSJP, 2013a).

O atendimento pré-hospitalar de João Pessoa está estruturado a partir do SAMU, atendendo às diretrizes da Portaria 2.048/MS, com objetivo de realizar o atendimento pré-hospitalar móvel (SMSJP, 2013a).

A rede hospitalar do SUS, em João Pessoa (própria, conveniada e contratada) conta com 26 hospitais, que estão distribuídos da seguinte forma: 4 hospitais públicos municipais, 7 públicos estaduais, 1 público federal, 4 filantrópicos e 11 hospitais privados, apresentando uma capacidade instalada de 2185 leitos (SMSJP, 2013a).

A rede hospitalar própria é configurada a partir dos seguintes perfis assistenciais: ginecologia e obstetrícia, clínica médica e cirurgias, clínica pediátrica e traumatologia ortopedia de caráter eletivo e de urgências. O Instituto Cândida Vargas, o Hospital Santa Isabel, o Hospital do Valentina de Figueiredo e o Complexo Hospitalar de Mangabeira, respectivamente, atendem às demandas em cada um destes perfis assistenciais. As demais especialidades estão distribuídas nos outros serviços da rede pública, filantrópica e privada contratada (SMSJP, 2013a).

Compõem, ainda, a rede especializada, o Centro de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa, o Laboratório Central Municipal e o Centro de Testagem e Aconselhamento em DST-AIDS. A rede de saúde mental é composta pelos Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS) III Gutemberg Botelho, CAPS II Caminhar, CAPS I Cirandar, CAPS Álcool e Droga David Capistrano, bem como o Pronto Atendimento em Saúde Mental. Também constitui a rede especializada, o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador Regional, dirigido para as ações referentes à saúde do trabalhador, em consonância com os princípios e diretrizes da Rede Nacional de Saúde do Trabalhador (SMSJP, 2013a).

Cabe ressaltar que a atenção especializada também é ofertada em ambulatórios dos hospitais municipais: Complexo Hospitalar de Mangabeira; Instituto Cândida Vargas, Hospital Municipal Santa Isabel e Hospital Municipal Valentina de Figueiredo. Os hospitais estaduais e filantrópicos de João Pessoa oferecem também atenção especializada, complementada pela rede contratada.

6.3 O conteúdo da política em âmbito nacional

6.3.1 A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

Em 03 de maio de 2006, através da Portaria GM/MS 971, foi criada a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC), abrangendo a

Fitoterapia, a Homeopatia, a Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura e o Termalismo/Crenoterapia.

No mesmo ano, através do Decreto da Presidência da República Nº. 5.813, de 22 de junho, foi criada a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF). Estas duas políticas, conformaram, em âmbito nacional, uma política para a implementação da Fitoterapia no SUS. No entanto, por serem documentos legais genéricos, a publicação da PNPIC e da PNPMF criou a necessidade de medidas complementares que tratassem de variados aspectos da política.

A partir de então, programas e ações foram implementados, como o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, a Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse do SUS (RENISUS), a inserção de medicamentos fitoterápicos na assistência farmacêutica básica, o Formulário de Fitoterápicos da Farmacopeia Brasileira, as Farmácias Vivas, além de resoluções da Agência Nacional de Vigilância Sanitária Brasileira (ANVISA) relacionadas à Fitoterapia, com destaque para a que trata do registro de medicamentos fitoterápicos, atualmente a RDC 14/2010.

A PNPIC, por abranger diversas Práticas Integrativas e Complementares (PIC) tem objetivos genéricos, sem especificação para cada prática integrativa.

São objetivos da PNPIC:

Incorporar e implementar a PNPIC no SUS, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde;
Contribuir para o aumento da resolubilidade do sistema e ampliação do acesso à PNPIC, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso;
Promover a racionalização das ações de saúde, estimulando alternativas inovadoras e socialmente contributivas ao desenvolvimento sustentável de comunidades;
Estimular as ações referentes ao controle/participação social, promovendo o envolvimento responsável e continuado dos usuários, gestores e trabalhadores nas diferentes instâncias de efetivação das políticas de saúde (BRASIL, 2006b, pág. 24).

Baseado na compreensão de que cada objetivo da PNPIC se aplica a todas as práticas nela contidas, pode-se afirmar que a implementação da Fitoterapia no SUS visa

ao fortalecimento da integralidade do cuidado, numa perspectiva humanizada, em oposição à prática majoritária focada na doença, tratando o indivíduo de forma segmentada.

A Fitoterapia pode ser usada em todos os níveis de atenção à saúde, mas é na atenção básica que está a sua prioridade, prevendo agravos, promovendo e recuperando a saúde (BRASIL, 2006a). Portanto, é a ESF, o espaço mais adequado para a utilização da Fitoterapia, já que é para a ESF que se dirige a população para o tratamento de suas doenças mais corriqueiras. E é para este tipo de doenças que a população usa as plantas medicinais.

Por ser uma forma de tratamento, culturalmente arraigada na população e de mais fácil acesso, a implementação da Fitoterapia objetiva aumentar a resolubilidade do sistema e que seu uso seja feito com qualidade, eficácia, eficiência e segurança.

A implementação da Fitoterapia e demais práticas integrativas vai além da oferta de formas de tratamento diferentes, pois visa a outros resultados como o estímulo de alternativas inovadoras e que contribuam para o desenvolvimento sustentável. Na Fitoterapia, este objetivo é mais marcante visto que a implementação implica o uso da rica biodiversidade brasileira em uma perspectiva preservacionista e cria uma extensa cadeia produtiva, compostas por diversas fases nas quais podem ser gerados empregos e renda (BRASIL, 2006a).

Paralelo a isto, a produção de insumos e medicamentos fitoterápicos estimula a realização de pesquisas científicas e a inovação tecnológica que fortalecem as universidades, os centros de pesquisas e a indústria nacional (BRASIL, 2006a).

Sendo a participação popular um dos princípios do SUS (BRASIL, 1990), a implementação da Fitoterapia pressupõe um rico processo de discussão e decisão, envolvendo os usuários, os gestores e profissionais de saúde.

Em relação aos usuários, a implementação da Fitoterapia pode incrementar, substancialmente, a participação popular no dia a dia dos serviços visto que eles têm uma rica experiência de uso, o que proporciona o sentimento de domínio do conhecimento sobre as plantas medicinais, o que é importante para a participação qualificada na discussão do tema.

Diferente do que ocorre em relação aos objetivos, quando a PNPIC aborda o desenvolvimento das diretrizes, o faz de forma individualizada. Em relação à Fitoterapia, a PNPIC elenca nove diretrizes. São elas:

- 1- Elaboração da Relação Nacional de Plantas Medicinais e da Relação Nacional de Fitoterápicos;
- 2- Provimento do acesso às plantas medicinais e a fitoterápicos aos usuários do SUS;
- 3- Formação e educação permanente dos profissionais de saúde em plantas medicinais e Fitoterapia;
- 4- Acompanhamento e avaliação da inserção e implementação das plantas medicinais e Fitoterapia no SUS;
- 5- Fortalecimento e ampliação da participação popular e do controle social;
- 6- Estabelecimento de política de financiamento para o desenvolvimento de ações voltadas à implantação das plantas medicinais e da Fitoterapia no SUS;
- 7- Incentivo à pesquisa e desenvolvimento de plantas medicinais e de fitoterápicos, priorizando a biodiversidade do País;
- 8- Promoção do uso racional de plantas medicinais e dos fitoterápicos no SUS;
- 9- Garantia do monitoramento da qualidade dos fitoterápicos pelo sistema Nacional de Vigilância Sanitária. (BRASIL, 2006b. págs.45-55)

Estas diretrizes apontam caminhos importantes para superar dificuldades para a implementação da Fitoterapia no SUS. Tendo em vista que as dezessete diretrizes da PNPMF contemplam quase todos os aspectos contidos nas nove diretrizes da PNPIC, em relação a estas, apontaremos apenas o que é mais relevante.

Entre as diretrizes da PNPIC, podemos destacar a elaboração da Relação Nacional de Plantas Medicinais (RENAPLAN) e da Relação Nacional de Fitoterápicos (RENAFITO) e a formação e a educação permanente dos profissionais de saúde em plantas medicinais e Fitoterapia como forma de expandir o conhecimento e o uso das plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos entre os profissionais de saúde (BRASIL, 2006b).

A formação de profissionais de saúde com conhecimento suficiente para usar a Fitoterapia como forma de tratamento é uma necessidade posta pela implementação da política. Atualmente, os cursos da área de saúde que têm o ensino da Fitoterapia no seu currículo ainda são poucos diante das necessidades da política, embora haja um crescimento neste sentido.

Como decorrência deste fato, os profissionais de saúde egressos das universidades não têm o necessário preparo para utilizar as plantas medicinais e os medicamentos fitoterápicos, daí porque é importante a diretriz que recomenda a formação e a educação permanente dos profissionais de saúde em plantas medicinais e em Fitoterapia.

Tendo em vista que a formação e a educação permanente dos profissionais de saúde constituem um processo que demanda tempo e abrangerá um número restrito de profissionais, a RENAPLAN e a RENAFITO ajudam ao profissional de saúde a usar a Fitoterapia já que as plantas medicinais e os medicamentos fitoterápicos constantes nestas relações têm a sua eficácia e a sua segurança chanceladas pelos estudiosos da Fitoterapia, responsáveis por sua elaboração.

6.3.2 A Política Nacional de Plantas Medicinas e Fitoterápicos

Devido à PNPIC ter um caráter abrangente por contemplar várias práticas integrativas e por a Fitoterapia ter peculiaridades que a diferenciam das demais práticas, uma política específica foi construída para a esta terapêutica: a Política Nacional de Plantas Medicinas e Fitoterápicos.

Ela tem uma estruturação detalhada, com objetivos gerais e específicos, diretrizes, com a especificação de seu desenvolvimento, monitoramento e avaliação e responsabilidades institucionais. A sua elaboração foi norteadada por importantes princípios, como:

Melhoria da atenção à saúde, uso sustentável da biodiversidade brasileira e fortalecimento da agricultura familiar, geração de emprego e renda, desenvolvimento industrial e tecnológico e perspectiva de inclusão social e regional, além da participação popular e do controle social sobre todas as ações decorrentes dessa iniciativa (BRASIL, 2006a. pág.9).

A PNPMF tem como objetivo geral:

Garantir à população brasileira o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, promovendo o uso sustentável da biodiversidade, o desenvolvimento da cadeia produtiva e da indústria nacional (BRASIL, 2006a. pág. 1).

Este objetivo dá à PNPMF um horizonte mais amplo do que a mera disponibilidade de um método de tratamento natural, com forte vinculação com o conhecimento popular. Ele aponta para outras dimensões como o correto uso e a

sustentabilidade da biodiversidade, a criação de uma cadeia produtiva que assegure emprego e renda e o incentivo à indústria nacional.

Como objetivos específicos, a PNPMF estabelece:

- 1- Ampliar as opções terapêuticas aos usuários, com garantia de acesso a plantas medicinais, fitoterápicos e serviços relacionados à Fitoterapia, com segurança, eficácia e qualidade, na perspectiva da integralidade da atenção à saúde, considerando o conhecimento tradicional sobre plantas medicinais;
- 2- Construir o marco regulatório para produção, distribuição e uso de plantas medicinais e fitoterápicos, a partir dos modelos e experiências existentes no Brasil e em outros países;
- 3- Promover pesquisa, desenvolvimento de tecnologias e inovações em plantas medicinais e fitoterápicos, nas diversas fases da cadeia produtiva;
- 4- Promover o desenvolvimento sustentável das cadeias produtivas de plantas medicinais e fitoterápicos e o fortalecimento da indústria farmacêutica nacional, neste campo;
- 5- Promover o uso sustentável da biodiversidade e a repartição dos benefícios decorrentes do acesso aos recursos genéticos de plantas medicinais e ao conhecimento tradicional associado. (BRASIL, 2006b. pág.22).

A análise destes objetivos mostra que a PNPMF propõe a implementação da Fitoterapia no SUS obedecendo a parâmetros legais, técnicos e científicos que garantam a eficácia e a segurança do seu uso, de forma acessível e que isto seja feito com a valorização do conhecimento popular sobre as plantas medicinais e com o uso sustentável da biodiversidade (BRASIL, 2006a).

Também enfatiza a necessidade do incremento da pesquisa, da inovação e da tecnologia nas diversas etapas da cadeia produtiva das plantas medicinais e dos fitoterápicos, o que constitui importante fator de desenvolvimento e de independência científica e tecnológica e de fortalecimento da indústria nacional, tendo em vista que em relação ao medicamento sintético o Brasil ocupa um lugar subalterno na cadeia produtiva, sendo-lhe reservadas apenas as etapas menos rentáveis e que envolvem pouca sofisticação tecnológica, resultando numa dependência em relação aos países centrais e um fator de desequilíbrio na balança comercial (SELAN et al., 2007)

Focando com mais profundidade os objetivos da PNPMF, a implementação da Fitoterapia é proposta como uma terapêutica eficaz, segura e de qualidade e que seu uso deve considerar o conhecimento popular sobre as plantas medicinais. A eficácia e a segurança são comprovadas através de estudos pré-clínicos e clínicos o que pressupõe

que haja incentivo à pesquisa sobre plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos e o desenvolvimento de tecnologias e inovações capazes de fazer esta aferição (YUNES; PEDROZA; CECHINEL FILHO, 2001).

A consideração do conhecimento popular é algo importante, pois resgata e aproveita um tipo de conhecimento que foi construído paulatinamente durante séculos pelo uso das plantas medicinais e porque isto fortalece a participação popular no SUS já que a população é muito receptiva ao envolvimento em atividades relacionadas às plantas medicinais.

No entanto, a consideração deste conhecimento não implica que o uso que a população faz das plantas medicinais seja trazido automaticamente para fundamentar o uso da Fitoterapia. Embora a RDC 14/2010 da ANVISA preveja o conhecimento popular como uma das vias para fundamentar o registro de um medicamento fitoterápico isto é feito considerando uma série de critérios, o que lhe confere um caráter restritivo (BRASIL, 2010a).

A implementação de outras formas de tratamento nos serviços de saúde contribui para o aumento de sua resolubilidade, pois nem todas as situações de adoecimento são bem resolvidas com o uso dos medicamentos sintéticos. Além disto, há um contingente considerável de usuários do SUS que preferem e buscam formas de tratamento menos agressivas e mais naturais. Para estes, muitas vezes, o tratamento com a Fitoterapia é o tratamento de escolha. Garantir a estes usuários o direito de escolha do tipo de tratamento a que quer se submeter reforça a cidadania.

A PNPMF ao considerar a oferta de tratamento com a Fitoterapia ressalta a importância de ter outras terapêuticas disponíveis ao usuário como um reforço da integralidade, um dos princípios do SUS (BRASIL, 1990).

A Lei 8.080/1990, que regula o Sistema Único de Saúde, ao estabelecer os princípios e as diretrizes do sistema coloca entre estes a integralidade da assistência, entendida esta como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990).

A Fitoterapia é um campo de conhecimento que engloba o saber popular. O seu uso nos serviços de saúde valoriza o conhecimento das pessoas sobre as plantas medicinais, proporciona acesso mais fácil ao tratamento e amplia as possibilidades de cura. Portanto, é pertinente este enfoque no conteúdo da PNPMF.

O uso sustentável da biodiversidade, contemplado nos objetivos, aponta para a possibilidade de exploração do imenso potencial terapêutico das espécies vegetais brasileiras, muitas delas ainda pouco estudadas e outras sem nenhum estudo. Todavia, sobre muitas dessas plantas há um uso arraigado por parte da população e a partir das pesquisas que sobre elas serão feitas poderão resultar medicamentos fitoterápicos que trarão ganhos significativos em relação ao tratamento das doenças e ao desenvolvimento da indústria nacional (RODRIGUES; CARLINE, 2002).

A implementação da Fitoterapia no SUS implica a criação de uma cadeia produtiva que vai do plantio das espécies medicinais até a produção dos medicamentos fitoterápicos e em suas diversas etapas criará emprego e renda, incrementará a pesquisa e a inovação tecnológica o que trará benefícios para o país em uma área estratégica que é a produção de medicamentos (BRASIL, 2006a). Visando ao cumprimento dos objetivos, a PNPMF elencou 17 diretrizes que contemplam todos os aspectos presentes nos objetivos. São elas:

1. Regularizar o cultivo, o manejo sustentável, a produção, a distribuição, e o uso de plantas medicinais e fitoterápicos, considerando as experiências da sociedade civil nas suas diferentes formas de organização;
2. Promover a formação técnico-científica e a capacitação no setor de plantas medicinais e fitoterápicos.
3. Incentivar a formação e capacitação de recursos humanos para o desenvolvimento de pesquisas, tecnologias e inovação em plantas medicinais e fitoterápicos.
4. Estabelecer estratégias de comunicação para divulgação do setor plantas medicinais e fitoterápicos;
5. Fomentar pesquisa, desenvolvimento tecnológico e inovação com base na biodiversidade brasileira, abrangendo espécies vegetais nativas e exóticas adaptadas, priorizando as necessidades epidemiológicas da população;
6. Promover a interação entre o setor público e a iniciativa privada, universidades, centros de pesquisa e Organizações Não Governamentais na área de plantas medicinais e desenvolvimento de fitoterápicos;
7. Apoiar a implantação de plataformas tecnológicas piloto para o desenvolvimento integrado de cultivo de plantas medicinais e produção de fitoterápicos;
8. Incentivar a incorporação racional de novas tecnologias no processo de produção de plantas medicinais e fitoterápicos;
9. Garantir e promover a segurança, a eficácia e a qualidade no acesso a plantas medicinais e fitoterápicos;
10. Promover e reconhecer as práticas populares de uso de plantas medicinais e remédios caseiros.

11. Promover a adoção de boas práticas de cultivo e manipulação de plantas medicinais e de manipulação e produção de fitoterápicos, segundo legislação específica;
12. Promover o uso sustentável da biodiversidade e a repartição dos benefícios derivados do uso dos conhecimentos tradicionais associados e do patrimônio genético;
13. Promover a inclusão da agricultura familiar nas cadeias e nos arranjos produtivos das plantas medicinais, insumos e fitoterápicos;
14. Estimular a produção de fitoterápicos em escala industrial;
15. Estabelecer uma política intersetorial para o desenvolvimento socioeconômico na área de plantas medicinais e fitoterápicos;
16. Incrementar as exportações de fitoterápicos e insumos relacionados, priorizando aqueles de maior valor agregado;
17. Estabelecer mecanismos de incentivo para a inserção da cadeia produtiva de fitoterápicos no processo de fortalecimento da indústria farmacêutica nacional (BRASIL, 2006a. Págs. 21 a 23.)

A seguir, faremos uma análise de cada diretriz visto serem elas o caminho apontado para viabilizar a política. De antemão, alertamos que, muitas vezes, elas se assemelham, têm coincidências e repetições. Isto ocorre porque, embora separadas para dar objetividade às diretrizes, as proposições nelas contidas estão imbricadas.

Regulamentar o cultivo, o manejo sustentável, a produção, a distribuição e o uso de plantas medicinais e fitoterápicos, considerando as experiências da sociedade civil, nas suas diferentes formas de organização.

Exceto os fitoterápicos que têm uma razoável legislação que regula o seu registro, produção e comercialização (BRASIL, 2010a), todas as etapas do manejo da planta medicinal carece de legislação que as discipline.

As propriedades medicinais das espécies vegetais advêm de seus princípios ativos e estes são produzidos devido à determinação genética própria de cada espécie e aos fatores ambientais e aos tratos agrônômicos envolvidos nas diversas etapas (GOBBO-NETO; LOPES, 2007)

No Brasil, o cultivo, a coleta, a secagem e o armazenamento das plantas medicinais são feitos de forma rudimentar, sem a observância de normas técnicas que garantam a qualidade fitoquímica da matéria prima vegetal e a preservação das espécies, o que compromete a eficácia e a segurança de seu uso e o manejo sustentável da biodiversidade.

Embora haja o controle de qualidade na matéria prima vegetal utilizada na produção de fitoterápicos, devido às resoluções da ANVISA que tratam do assunto, como a RDC nº 17, de 19/04/2010 (BRASIL, 2010a), no Brasil, a Fitoterapia é utilizada

mais frequentemente mediante preparações caseiras ou fórmulas manipuladas artesanalmente, situações nas quais a observância das normas técnicas que garantem a qualidade do processo e do produto é negligenciada ou de difícil observância. Portanto, a construção de um arcabouço legal que discipline esta questão é um fator importante na implementação da Fitoterapia. Além disto, considerar as experiências da sociedade nas suas diversas formas de organização, além de ser um fator de valorização do saber popular é, também, uma maneira de tornar as propostas resultantes da regulamentação mais exequíveis.

Promover a formação técnico-científica e a capacitação no setor de plantas medicinais e fitoterápicos.

Incentivar a formação e capacitação de recursos humanos para o desenvolvimento de pesquisas, tecnologias e inovação em plantas medicinais e fitoterápicos.

Estas duas diretrizes (a segunda e a terceira) são afins e complementares. A segunda aponta para a integração da rede de assistência técnica e de capacitação administrativa para dar suporte à cadeia produtiva, a articulação com o ensino técnico e a formação técnica para o cultivo e o manejo sustentável das plantas medicinais. A terceira aponta para a criação de grupos, linhas e centros de pesquisa que deem suporte ao desenvolvimento de pesquisa visando ao aprimoramento do manejo das plantas medicinais e ao desenvolvimento de fitoterápicos. Inclui também a qualificação dos profissionais de saúde para o uso da Fitoterapia (FERREIRA et al.,2011; BRASIL, 2006a)

Embora o uso dos medicamentos sintéticos seja preponderante no tratamento das pessoas, um considerável contingente destas pessoas continuou a utilizar as plantas medicinais por razões diversas, entre elas a tradição de seu uso e a falta de acesso ao medicamento sintético.

Como este uso está vinculado ao conhecimento popular, as instituições de formação de recursos humanos e as que se ocupam dos aspectos técnico-científicos do conhecimento na área de saúde deixaram de se ocupar deste objeto de estudo, gerando uma grande deficiência no setor. Agora, com a retomada do uso das plantas medicinais e dos medicamentos fitoterápicos é necessário que haja a formação e capacitação de recursos humanos para lidar com este assunto (BRASIL, 2006a).

Nos últimos anos, diversas iniciativas neste sentido foram implementadas como a introdução do ensino da Fitoterapia em cursos de graduação da área da saúde, a criação e a consolidação de programas de pós-graduação na área e o financiamento de pesquisas com plantas medicinais. No entanto, estas iniciativas são insuficientes para dar conta da complexidade que envolve o uso da Fitoterapia como forma de tratamento, principalmente por isto necessitar da comprovação da eficácia e da segurança das plantas medicinais e dos fitoterápicos o que necessita de pessoas com elevado nível de qualificação, recursos financeiros consideráveis e estrutura física e equipamentos de maior complexidade.

Estabelecer estratégias de comunicação para divulgação do setor plantas medicinais e fitoterápicos;

Apesar do largo uso das plantas medicinais pela população, a informação e o conhecimento adequados sobre o seu uso, bem como sobre o uso dos medicamentos fitoterápicos não é difundido corretamente entre a população e entre os profissionais de saúde. Exemplos desta desinformação é o entendimento popular de que o uso de plantas medicinais não tem efeitos adversos e entre os profissionais de saúde de que a Fitoterapia é eficaz apenas para doenças de menor gravidade.

Para superar estes mal-entendidos, a PNPMF propõe que as informações sobre a Fitoterapia sejam disseminadas, mostrando o seu potencial terapêutico, os cuidados que se deve ter com o seu uso bem como os seus limites, isto é, fazer o uso racional. Igual raciocínio pode-se ser aplicado ao uso da Fitoterapia em conjunto com outros tipos de tratamento, notadamente o tratamento com os medicamentos sintéticos (BRASIL, 2006a).

Embora recomendável, não é frequente o médico indagar a respeito do uso de medicamentos quando faz uma prescrição para um paciente. E quando o faz, este questionamento não inclui o uso de plantas medicinais. Da mesma forma, ao responder, o paciente acha que o uso de plantas medicinais não está incluído na pergunta.

As plantas medicinais e os medicamentos fitoterápicos podem interagir entre si e com os medicamentos sintéticos (SILVEIRA et al, 2008) e isto ocorre com maior frequência do que pensam as pessoas e os profissionais de saúde, mesmo aqueles que têm conhecimento mais aprofundado sobre a Fitoterapia.

Estes problemas relacionados ao uso não racional da Fitoterapia seriam minorados se houvesse a disseminação da informação, ressaltando-se que isto deve ser

feita de forma diferenciada, tendo-se em vista as peculiaridades de cada público a que se destina (BRASIL, 2006a).

Outra ação contemplada nesta diretriz é a produção de material didático a respeito do uso das plantas medicinais. No meio popular, é uma tradição a produção e a distribuição de cartilhas tratando deste assunto. Geralmente destinada a pessoas com baixo nível de escolaridade, que são as que mais frequentemente usam as plantas medicinais, estas cartilhas são curtas, utilizam linguagem de fácil entendimento e trazem informações sobre manuseio das plantas, indicações terapêuticas e modo de preparo e uso.

Considerando que a implementação da Fitoterapia no SUS, com ênfase na atenção básica, implica o envolvimento de profissionais de diferentes formações e nível de escolaridade (médicos, enfermeiros, farmacêuticos, dentistas, profissionais do NASF, agentes comunitários de saúde, entre outros), o material didático deverá ser diferenciado contemplando estas peculiaridades (BRASIL, 2006a).

O material didático e informativo pode ser veiculado através de meios eletrônicos, o que inclui um portal eletrônico onde todas estas informações estariam disponibilizadas, o que teria um efeito de grande difusão tendo em vista o amplo uso dos meios eletrônicos, principalmente nas áreas urbanas. Incluso nesta diretriz está a realização de eventos científicos de âmbito nacional, estadual, regional e local, espaços privilegiados de discussão da Fitoterapia, tanto nos aspectos técnico-científicos quanto nos aspectos das políticas públicas, ocasião em que é possível dar conhecimento a todos os que têm interesse, e de forma mais aprofundada, os avanços na área da Fitoterapia e discutir soluções para as dificuldades encontradas (BRASIL, 2006a).

Fomentar pesquisa, desenvolvimento tecnológico e inovação com base na biodiversidade brasileira, abrangendo espécies vegetais nativas e exóticas adaptadas, priorizando as necessidades epidemiológicas da população;

Esta diretriz contém recomendações para o incentivo e o fomento de estudos sobre plantas medicinais visando à sua cadeia produtiva, abordando educação em saúde; organização, gestão e desenvolvimento da assistência farmacêutica, incluindo as ações da atenção farmacêutica e para o estabelecimento de mecanismos de financiamento à pesquisa, desenvolvimento, inovação e validação de tecnologias para a produção de plantas medicinais e de fitoterápicos (BRASIL, 2006a).

A atividade terapêutica das plantas medicinais e dos medicamentos fitoterápicos depende da qualidade fitoquímica da matéria prima vegetal. E como já foi dito acima, esta qualidade depende da determinação genética e do adequado manejo das espécies vegetais. Em relação aos aspectos genéticos, é importante a criação de redes de coleção e de bancos de germoplasma que possam garantir a melhoria da qualidade genética e a uniformização das espécies medicinais (BRASIL, 2006a).

Como o uso atual de plantas medicinais é feito majoritariamente no âmbito do conhecimento popular, a matéria prima vegetal é oriunda de coleta extrativista, o que resulta numa grande diversidade, sem a mínima uniformização, agravada pela inadequada coleta que deveria ser feita com bases em informações técnicas a respeito de que partes da planta devem ser colhidas, a melhor época do ano para fazê-lo e a idade apropriada da planta para se coletar. A coleta extrativista é predatória para a biodiversidade podendo levar ao risco de extinção ou à escassez de algumas espécies vegetais.

O incremento de cadeias produtivas que utilizem o conhecimento produzido em pesquisas com plantas medicinais levará à melhoria da qualidade da matéria prima, à preservação e ao melhor aproveitamento da biodiversidade brasileira e ao fortalecimento da agricultura familiar. A produção de plantas medicinais no âmbito da agricultura familiar resultará em um aprimoramento do uso que as populações tradicionais fazem das plantas tradicionais, levando à interação entre o conhecimento popular e o conhecimento científico, pois o conhecimento científico sobre a Fitoterapia será parcialmente apropriado pelas pessoas envolvidas neste processo (BRASIL, 2006a).

Promover a interação entre o setor público e a iniciativa privada, universidades, centros de pesquisa e Organizações Não Governamentais, na área de plantas medicinais e desenvolvimento de fitoterápicos;

A implementação da Fitoterapia no SUS é proposta com um suporte científico e tecnológico que garanta a eficácia e a segurança das plantas medicinais e dos medicamentos fitoterápicos, que eles sejam produzidos e utilizados de acordo com parâmetros de qualidade e que isto impulsione a indústria farmacêutica no país. Para isto a PNPMF propõe estimular a criação de redes e de centros de pesquisa, fazer o mapeamento dos já existentes e estruturá-los em rede (BRASIL, 2006a).

Com uma rede estruturada viabilizam-se parcerias que envolvam universidades, centros de pesquisas, organizações não governamentais e o setor produtivo cabendo a este receber transferência de tecnologia que possibilite a produção de medicamentos fitoterápicos, notadamente de espécies vegetais nativas, mas também de espécies vegetais exóticas quando elas tiverem indicação terapêutica para doenças de alta prevalência na população brasileira (BRASIL, 2006a).

A possibilidade de produção de medicamentos fitoterápicos eficazes e seguros, com viabilidade comercial a partir de pesquisas realizadas por universidades e centros de pesquisas incrementará as parcerias entre o setor público, onde estão pesquisadores com evidentes conhecimentos técnicos e científicos no campo da Fitoterapia, e o setor privado, que carece destes profissionais, mas que têm os recursos financeiros necessários para o custeio das pesquisas.

. Apoiar a implantação de plataformas tecnológicas piloto para o desenvolvimento integrado de cultivo de plantas medicinais e produção de fitoterápicos.

A implementação da Fitoterapia precisa estar associada ao desenvolvimento de tecnologia nacional necessária à produção de insumos à base de plantas medicinais. Mesmo considerando que o uso de plantas medicinais cultivadas no entorno do domicílio ou retirada das matas que crescem espontaneamente é uma prática frequente e que persistirá por muito tempo, a cada dia, aumenta o uso de medicamentos fitoterápicos, por diversas razões como a sua maior segurança, qualidade, padronização e praticidade, além da crescente dificuldade de se cultivar plantas medicinais nos domicílios (FIGUEREDO, 2010).

Esta diretriz ressalta o apoio à produção do insumo a ser utilizado na fabricação de medicamentos fitoterápicos visto que isto representa o domínio de importante etapa na produção de medicamentos, o que fortalecerá os centros de pesquisa e a indústria nacional. Para a produção de plantas medicinais que serão utilizadas em preparações caseiras ou para fornecerem matéria-prima para os medicamentos fitoterápicos, esta diretriz propõe o desenvolvimento de tecnologias apropriadas aos pequenos empreendimentos, à agricultura familiar com estímulo ao uso sustentável da biodiversidade nacional. Desta forma, a implementação proporciona vantagens além da disponibilidade de outra forma de tratamento, quais sejam o geração de emprego e renda e o uso sustentável da biodiversidade (BRASIL, 2006a).

Incentivar a incorporação racional de novas tecnologias no processo de produção de plantas medicinais e fitoterápicos.

Com a consolidação da indústria farmacêutica, focada na produção do medicamento sintético, o uso das plantas medicinais, embora feito em larga escala, ficou restrito ao uso popular. Até a publicação da PNPIC e da PNPMF, poucos eram os serviços onde havia profissionais de saúde que prescreviam ou indicavam o tratamento com plantas medicinais ou medicamentos fitoterápicos (BRASIL, 2006b) e os que o faziam utilizavam majoritariamente as plantas, sob a forma de preparações caseiras. A ausência de um mercado consumidor para os medicamentos fitoterápicos fez com que não houvesse o desenvolvimento de tecnologias e equipamentos necessários à garantia e ao controle de qualidade na produção de plantas medicinais e de fitoterápicos.

Atualmente, acompanhando o que ocorre no âmbito mundial, o mercado de medicamentos fitoterápicos vem crescendo muito no Brasil. Estima-se que o percentual de crescimento é três vezes maior do que o percentual de crescimento do medicamento sintético. Segundo Carvalho et al. (2008), em levantamento realizado em 2008, existiam 512 medicamentos fitoterápicos registrados na ANVISA.

Este novo cenário indica a necessidade de prospectar novas tecnologias que potencializem o sistema de produção dos insumos para a produção de medicamentos fitoterápicos visando à garantia de sua qualidade e a que os preços finais tornem estes medicamentos acessíveis à população. Considerando que o Brasil tem uma rica biodiversidade vegetal, a produção de fitoterápicos pode se constituir em um diferencial para o desenvolvimento de um segmento industrial voltado para este setor. O desenvolvimento e a incorporação de novas tecnologias precisam ser feitos mediante procedimentos rotineiros de monitoramento e avaliação tecnológica para que haja uma otimização neste processo (BRASIL, 2006a).

Em âmbito mundial, a indústria farmacêutica é um setor industrial altamente concentrado. Não obstante haver a produção de medicamentos em muitos países, alguns deles periféricos, as etapas mais rentáveis estão situadas em um reduzido número de países, o que faz com que os demais se mantenham em dependência, o que não é salutar tanto do ponto de vista econômico quanto do ponto de vista da saúde pública, pois o acesso ao medicamento fica mais difícil (SELAN, 2007).

Garantir e promover a segurança, a eficácia e a qualidade no acesso a plantas medicinais e fitoterápicos.

Uma das diretrizes estabelecidas pela PNPIC é a promoção do uso racional de plantas medicinais e de Fitoterápicos. O uso racional da Fitoterapia envolve múltiplos aspectos. Um deles é a prescrição/indicação de plantas medicinais e de fitoterápicos com suficiente conhecimento de suas propriedades terapêuticas, de seus efeitos adversos e de suas interações. Outro é a disponibilização no momento e nas quantidades adequados. Para que isto ocorra, os serviços de saúde precisam ter plantas medicinais e fitoterápicos suficientes para atender a esta demanda.

As plantas medicinais podem ser prescritas ou indicadas *in natura* ou secas. Quando a opção for pelo fornecimento da planta medicinal *in natura*, elas deverão ser produzidas mediante correto manejo orgânico que garantam não só a qualidade fitoquímica (correto teor de princípios ativos), mas também a ausência de contaminantes químicos e biológicos. Estas plantas devem ser oriundas de hortos oficiais e de hortas e hortos comunitários reconhecidos junto a órgãos públicos, todos eles contando com a orientação de profissionais do campo da agronomia. Se a opção for por planta seca (droga vegetal), além de cuidados com o cultivo e a coleta conforme aconselhado para as plantas *in natura* cuidados relacionados à secagem e ao armazenamento das plantas devem ser observados, pois incorreções nestas etapas podem resultar em prejuízo para a eficácia e a segurança no uso (BRASIL, 2008).

Outra medida salutar para garantir o acesso é incluir plantas medicinais e medicamento fitoterápico na lista de medicamentos da Farmácia Popular.

Promover e reconhecer as práticas populares de uso de plantas medicinais e remédios caseiros.

Embora seja válido, o conhecimento popular sobre as plantas medicinais contém diversas imprecisões que devem ser corrigidas na sua interação com o conhecimento científico, para torná-lo seguro e eficaz.

Outro aspecto a considerar é a sustentabilidade da biodiversidade vegetal. As plantas medicinais de menor porte são cultivadas no entorno domiciliar, mas as de maior porte não o são. A matéria prima dela oriunda é proveniente de coleta extrativista e isto pode levar espécies de menor incidência ao risco de extinção já que parte desta coleta é feita sem o menor cuidado visando à preservação da planta objeto da coleta

Tanto em relação à questão da melhoria da segurança e da eficácia do uso da Fitoterapia quanto em relação a outros aspectos, como a produção da matéria prima vegetal e a divulgação de informações, a PNPMF propõe parcerias do governo com

movimentos sociais já que muitas das organizações deste movimento têm experiências na área da saúde e porque elas podem potencializar o trabalho proposto na política (BRASIL, 2006a).

Visando ao reconhecimento do saber popular na Fitoterapia a política propõe a implantação de mecanismos de validação considerando as diversas formas de conhecimento por parte da população (BRASIL, 2006a). Entre as formas de escolha de plantas para o estudo de suas propriedades medicinais, o uso terapêutico que a população faz delas é uma das mais valorizadas e isso é objeto de uma disciplina denominada Etnofarmacologia (RODRIGUES; CARLINI, 2002).

Este conhecimento, construído ao longo de séculos, é um patrimônio imaterial e como tal deve ser reconhecido e utilizado. Das plantas que são usadas pela população, mediante estudos científicos que comprovem a sua eficácia e a sua segurança podem resultar medicamentos fitoterápicos que serão comercializados. Portanto, é preciso que parte dos lucros sejam revertidos para aqueles que empiricamente descobriram as propriedades medicinais destas plantas, principalmente quando este uso é restrito a comunidades que têm uma identidade própria, como tribos indígenas, comunidades quilombolas, comunidades rurais.

Para que este processo seja feito de forma ampla e participativa, a política propõe o apoio às iniciativas comunitárias para a organização e reconhecimento dos conhecimentos tradicionais e populares (BRASIL, 2006a).

Promover a adoção de boas práticas de cultivo e manipulação de plantas medicinais e de manipulação e produção de fitoterápicos, segundo legislação específica.

Para que esta diretriz seja implementada a PNPMF indica a necessidade de estimular a implantação de programas e projetos que garantam a produção e dispensação de plantas medicinais e fitoterápicos, tendo em vista que atualmente a produção e a dispensação de plantas medicinais ainda é uma experiência de pouca magnitude (BRASIL, 2006a), levando à manutenção de práticas ultrapassadas como o plantio sem critérios e a coleta extrativista, o que não garante a qualidade fitoquímica da matéria prima vegetal.

Em relação à manipulação de fitoterápicos o que se faz atualmente o é de forma artesanal, com base no conhecimento popular e este tem várias imprecisões e isto se

manifesta mais intensamente na preparação de formulações à base de plantas medicinais.

Tanto a manipulação quanto à produção industrial devem obedecer às boas práticas de preparação e controle, conforme a RDC 44/2009, da ANVISA e demais legislações relacionada à Fitoterapia e também aos medicamentos sintéticos, onde couber (BRASIL,2010a).

A adoção de boas práticas de cultivo e a manipulação de plantas e a produção de fitoterápicos devem ser feitas de forma que possibilitem o resgate e a valorização do conhecimento popular. Isto deve ser mais marcante no que diz respeito ao cultivo e à manipulação de plantas medicinais, etapa que pode aproveitar pessoas da comunidade que têm envolvimento com o cultivo e/ou com o uso de plantas medicinais.

Promover o uso sustentável da biodiversidade e a repartição dos benefícios derivados do uso dos conhecimentos tradicionais associados e do patrimônio genético;

Apoiar e integrar as iniciativas setoriais relacionadas à disseminação e ao uso sustentável de plantas medicinais e fitoterápicos existentes no Brasil é uma das ações propostas nesta diretriz.

Na implementação da Fitoterapia no SUS, conforme está bem explicitado no Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, diversos ministérios e outros órgãos públicos estão envolvidos na execução das ações como gestores e como colaboradores (BRASIL, 2007).

Para que estas iniciativas não fiquem dispersas, esta diretriz propõe a sua integração. Com relação à repartição dos benefícios advindos do aproveitamento do conhecimento tradicional aponta para a criação de uma legislação que discipline a questão de forma que as populações tradicionais que acumularam este conhecimento, ao longo de séculos de uso das plantas medicinais, possam ser recompensadas por esta construção de saber (BRASIL, 2006a).

Esta proteção ao conhecimento construído em nosso país é extensiva àquele produzido através do método científico do qual se ocupam professores e pesquisadores nas universidades e centros de pesquisa brasileiros. Isto será possível mediante o fortalecimento e o aperfeiçoamento de mecanismos governamentais de proteção da propriedade intelectual na área de plantas medicinais e de fitoterápicos (BRASIL, 2006a).

Promover a inclusão da agricultura familiar nas cadeias e nos arranjos produtivos das plantas medicinais, insumos e fitoterápicos;

Está entre os objetivos da PNPIC o estímulo a alternativas inovadoras e socialmente contributivas ao desenvolvimento sustentável de comunidades e entre os objetivos da PNPMF promover o desenvolvimento sustentável das cadeias produtivas de plantas medicinais e fitoterápicos. No contexto destes objetivos se situa o estímulo à produção de plantas medicinais, insumos e fitoterápicos, considerando a agricultura familiar como componente desta cadeia produtiva (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b).

A incorporação da agricultura familiar na cadeia produtiva da Fitoterapia é um instrumento de valorização do conhecimento popular e uma forma de criação de emprego e renda, pois a implementação da Fitoterapia no SUS não se restringe apenas à oferta de outra forma de tratamento. Ela se propõe a ser algo mais do que isto, como uma forma de geração de emprego e renda e fortalecimento da indústria nacional (BRASIL, 2006a).

Por isto propõe estabelecer mecanismos de financiamento para estruturação e capacitação contínua da rede ATER – Assistência Técnica e Extensão Rural, disseminar as boas práticas de cultivo e manejo de plantas medicinais e preparação de remédios caseiros, apoiar e estimular a criação de bancos de germoplasma e horto-matrizes em instituições públicas e promover e apoiar as iniciativas de produção e comercialização de plantas medicinais e insumos da agricultura familiar (BRASIL, 2006a).

Estimular a produção de fitoterápicos em escala industrial;

O medicamento industrializado é uma das formas de uso da Fitoterapia, ao lado de preparações caseiras e do medicamento manipulado (BRASIL, 2010a).

As preparações caseiras têm diversas limitações no que tange à precisão da quantidade da material prima vegetal a ser utilizada em cada preparação e quanto à correta forma do preparo. Estas limitações podem comprometer a sua eficácia e a sua segurança. Todavia, tendo em vista que o uso da Fitoterapia pela população ocorre de forma espontânea e a partir de necessidades imediatas, este tipo de uso não pode ser descartado e, sim, aprimorado com o repasse de informações que superem estas limitações.

Quanto ao medicamento fitoterápico manipulado, além das farmácias de manipulação, de natureza privada que atendem basicamente à clientela que buscam atendimento na rede privada, principalmente conveniada com os planos de saúde, há as

denominadas oficinas de manipulação/Farmácias Vivas que são comuns em municípios que têm a oferta do tratamento fitoterápico na rede de serviços de saúde.

As oficinas de manipulação são instalações simples que não atendem aos requisitos legais exigíveis para as farmácias de manipulação e para os laboratórios, mas que buscam produzir fitoterápicos obedecendo, na medida do possível, às recomendações das boas práticas de preparação e controle.

Considerando as limitações do atendimento da demanda com as preparações caseiras e com os medicamentos manipulados, a PNPMF coloca a necessidade do incentivo à estruturação dos laboratórios oficiais para a produção de fitoterápicos, bem como o incentivo à produção de fitoterápicos pelas indústrias farmacêuticas nacionais (BRASIL, 2006a).

Estas duas medidas garantirão a oferta de medicamentos em grande escala e têm implicações importantes para o desenvolvimento da produção nacional de medicamentos que, por sua vez, pressupõe a necessidade de pesquisas com plantas medicinais, em toda a sua cadeia: cultivo, coleta, estabilização, secagem e armazenamento; estudos químico-farmacológicos; estudos pré-clínicos e clínicos; produção do insumo ativo e finalização do medicamento (BRASIL, 2006a).

A indústria farmacêutica tem grande importância para o desenvolvimento científico, tecnológico e industrial do país. Por isto, o incremento da produção de medicamentos fitoterápicos industrializados é importante no contexto de fortalecimento da indústria nacional (SELEN et al.2007).

Em relação à estruturação de laboratórios oficiais, esta medida pode servir de contraponto às distorções da indústria privada e um relevante instrumento de incremento da pesquisa, pois é frequente a vinculação de tais laboratórios a universidades e centros de pesquisas.

Estabelecer uma política intersetorial para o desenvolvimento socioeconômico na área de plantas medicinais e fitoterápicos;

Tal como está na PNPIC e na PNPMF, a implementação da Fitoterapia é proposta como uma política que extrapola o objetivo de oferecer uma forma de tratamento eficaz e seguro. Elas objetivam, também, fomentar aspectos econômicos, sociais, científicos e tecnológicos que têm relação com as plantas medicinais e os medicamentos fitoterápicos.

Neste contexto, insere-se a criação de mecanismos de incentivos para a cadeia produtiva de plantas medicinais e fitoterápicos, em que haja a interação dos agentes produtivos de toda cadeia para que ocorra a potencialização das ações e não a superposição. O desenvolvimento desta cadeia produtiva pode satisfazer à demanda interna e também proporcionar a exportação de plantas medicinais, insumos e medicamentos fitoterápicos. Por se destinar ao uso medicinal, as espécies vegetais devem ser cultivadas segundo técnicas sustentáveis. Para que assim ocorra, esta diretriz indica a oportunidade do desenvolvimento de um sistema de produção orgânica através de tecnologias apropriadas (BRASIL, 2006a).

Incrementar as exportações de fitoterápicos e insumos relacionados, priorizando aqueles de maior valor agregado;

O Brasil possui uma rica biodiversidade vegetal com uma grande quantidade de espécies medicinais, das quais podem ser gerados produtos de exportação, notadamente aqueles de maior valor agregado. Para que isto se torne viável a política indica a necessidade de estabelecer programas de promoção comercial para plantas medicinais e fitoterápicos, com destaque para os países do Mercado Comum do Cone Sul (MERCOSUL) (BRASIL, 2006a).

Tanto para a produção quanto para a exportação de insumos e medicamentos fitoterápicos, a política propõe linhas de financiamento tendo em vista que toda a cadeia produtiva, do cultivo da planta à produção do fitoterápico, é muito incipiente. (BRASIL, 2006a).

.Estabelecer mecanismos de incentivo para a inserção da cadeia produtiva de fitoterápicos no processo de fortalecimento da indústria farmacêutica nacional

A cadeia produtiva de plantas medicinais, por ser de pequena escala, precisa de incentivos diversos como mecanismos creditícios e tributários adequados à estruturação das cadeias e dos arranjos produtivos, bem como mecanismos para distribuição dos recursos de forma diferenciada levando em consideração as diferenças regionais. Uma das propostas é a seleção de projetos estratégicos na área de plantas medicinais e fitoterápicos que possam servir como projetos pilotos (BRASIL, 2006a).

Tendo em vista a capacidade de compra do estado brasileiro, no caso da implementação da Fitoterapia no SUS, as compras de medicamentos fitoterápicos para serem utilizados nos serviços de saúde do SUS podem servir como um fator de incremento da produção nacional de fitoterápicos.

Como os objetivos e as diretrizes da PNPMF extrapolam o campo da saúde, no que tange às responsabilidades institucionais, ela estabelece que:

Caberá, no tocante à implementação desta política, uma atuação que transcende os limites do setor saúde, voltada para a articulação intersetorial, em virtude da abrangência da cadeia produtiva de plantas medicinais e de fitoterápicos. Neste sentido, busca-se o estabelecimento de parcerias e a articulação interinstitucional que possibilitem consolidar compromissos multilaterais. Da mesma forma, buscar-se-á o envolvimento da sociedade de modo a ser alcançada sua efetiva participação na consecução da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos” (BRASIL, 2006a, pag.33).

No âmbito federal, as responsabilidades institucionais estão distribuídas nos seguintes ministérios: Casa Civil da Presidência da República, Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento, Ministério da Ciência e Tecnologia, Ministério do Desenvolvimento Agrário, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome, Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior, Ministério da Integração Nacional, Ministério do Meio Ambiente, Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a).

Esta amplitude de ministérios envolvidos demonstra o caráter amplo dos objetivos da PNPMF e as imbricações que tem uma política de implementação da Fitoterapia no SUS. Entretanto, tendo em vista a dificuldade de operacionalização de políticas que envolvem diferentes entes governamentais, esta multiplicidade de envolvimento poderá dificultar a execução das ações necessárias à implementação.

No sentido de operacionalizar esta política, a Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde publicou a Portaria GM 853, em 17/11/2007, que faz a inclusão das práticas contidas na Portaria 971 na tabela de serviços/classificações do Sistema Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), com o código de serviço 068, cabendo à Fitoterapia o código de classificação 02.

Esta portaria estabelece os profissionais que podem exercer, no SUS, as práticas que fazem parte da PNPIC. No caso da Fitoterapia, podem prescrevê-la os médicos e os dentistas, mas diversos conselhos de profissionais da área da saúde (enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas e médicos veterinários) reconhecem a possibilidade de estes profissionais usarem a Fitoterapia dentro de sua área de atuação. Alguns medicamentos fitoterápicos, por exemplo, Centelha Asiática

(*Centella asiatica*), Ginkgo (*Ginkgo biloba*), Hipérico (*Hypericum perforatum*), Kawa-Kawa (*Piper methysticum*) e Valeriana (*Valeriana officinalis*), só podem ser prescritos por médicos (FIGUEREDO, 2010).

A inclusão da Fitoterapia na tabela de serviços/classificação do SCNES, além do respaldo à sua prática em todos os níveis de atenção, possibilita a mensuração do seu uso no SUS. Mas como a Fitoterapia é uma forma de tratamento e não uma especialidade médica, o seu uso nos serviços de saúde não será expresso adequadamente na tabela de serviços/classificação.

Como a Fitoterapia é o uso de plantas medicinais ou de medicamentos fitoterápicos, além do uso advindo da prescrição por um profissional de saúde, há um amplo uso das plantas medicinais, espontaneamente, por parte da população sobre o qual se pode fazer a orientação do uso da Fitoterapia.

A planta verde ou processada (droga vegetal) não é considerada medicamento. Portanto, não precisa de prescrição por um profissional de saúde. A prescrição envolve o aspecto legal (autorização do conselho profissional) e o aspecto técnico (conhecimento suficiente para embasar a prescrição). Por isso, os conselhos que autorizam seus profissionais a prescreverem medicamentos fitoterápicos exigem uma capacitação específica para este fim.

A recomendação é a indicação do uso de plantas medicinais, de drogas vegetais e de derivados de drogas vegetais por profissionais de saúde ou leigos: raizeiros, benzedeiros, familiares. É um ato informal, geralmente feito oralmente, que pressupõe que quem o faz tenha o conhecimento suficiente das indicações terapêuticas da planta, do seu correto uso e da doença ou do sintoma para a qual é ela recomendada. Normalmente, a recomendação é feita para doenças de curta duração, de menor gravidade, para pessoas que não têm contraindicação para este uso e com plantas que não têm efeitos adversos.

A prescrição e a recomendação devem ser acompanhadas das orientações necessárias para o uso. Também se pode fazer a orientação para o uso que as pessoas já fazem das plantas medicinais e de medicamentos fitoterápicos (orientação sobre o preparo de remédios caseiros, sobre a posologia e a duração do tratamento, sobre os cuidados em relação ao uso de mais de uma planta ou de uma planta e medicamentos sintéticos etc.).

A prescrição e a orientação devem ser feitas, prioritariamente, com base na comprovação científica da eficácia e da segurança da planta ou do fitoterápico, isto é, fundamentadas em testes pré-clínicos (que são feitos para a observação da toxicidade aguda, subaguda e crônica; comprovação da ação farmacológica e avaliação da teratogenicidade) e em testes clínicos, quando se observa, no homem, a ação benéfica e a ausência de toxicidade. Na prática, grande parte das plantas não tem esta comprovação de forma plena, correlacionando os dados pré-clínicos e os dados clínicos. Diversos fatores, como a diversidade das plantas medicinais, a falta de recursos financeiros nas regiões onde elas são usadas e o desinteresse da indústria farmacêutica, explicam este fato.

Na ausência da comprovação científica, podemos usar o conhecimento popular. Mas, para isso, este conhecimento deve preencher os requisitos que a ANVISA exige para o registro de medicamentos fitoterápicos com base na tradicionalidade de uso (BRASIL, 2010).

Esta imbricação do uso da Fitoterapia por prescrição ou indicação do profissional de saúde e a automedicação por parte das pessoas, torna difícil a sistematização deste uso, como pretende a Portaria MS/GM 853/2011.

6.3.3 Implementação da PNPIC e da PNPMF

A PNPIC e a PNPMF, como toda política pública, têm caráter genérico que aponta rumos e estratégias de ação governamental. As ações que são decorrentes destas políticas necessitam de um detalhamento em termos de programas. Para dar conta desta necessidade, em 09 de dezembro de 2008, por meio da Portaria Interministerial N° 2.960, foi criado o Programa Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos. Em função do que trata este programa já ter sido discutido quando da análise da PNPIC e da PNPMF, nos restringimos a apresentar os princípios norteadores e os objetivos.

A sua criação teve como princípios norteadores:

- A Ampliação das opções terapêuticas e melhoria da atenção à saúde aos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS;
- Uso sustentável da biodiversidade brasileira;
- Valorização, valoração e preservação do conhecimento tradicional das comunidades tradicionais e indígenas;
- Fortalecimento da agricultura familiar;

Crescimento com geração de emprego e renda, redutor das desigualdades regionais;
 Desenvolvimento industrial e tecnológico;
 Inclusão social e redução das desigualdades sociais e;
 Participação popular e controle social (BRASIL, 2008, pag.5.)

Seus objetivos, em sintonia com os objetivos da PNPMF, são:

Construir e/ou aperfeiçoar marco regulatório em todas as etapas da cadeia produtiva de plantas medicinais e fitoterápicos, a partir dos modelos e experiências existentes no Brasil e em outros países, promovendo a adoção das boas práticas de cultivo, manipulação e produção de plantas medicinais e fitoterápicos, conforme legislação;
 Inserir plantas medicinais, fitoterápicos e serviços relacionados à Fitoterapia no SUS, com segurança, eficácia e qualidade, em conformidade com as diretrizes da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS;
 Desenvolver instrumentos de fomento à pesquisa, desenvolvimento de tecnologias e inovações em plantas medicinais e fitoterápicos, nas diversas fases da cadeia produtiva;
 Estabelecer mecanismos de incentivo ao desenvolvimento sustentável das cadeias produtivas de plantas medicinais e fitoterápicos com vistas ao fortalecimento da indústria farmacêutica nacional e incremento das exportações de fitoterápicos e insumos relacionados;
 Promover o uso sustentável da biodiversidade e a repartição dos benefícios decorrentes do acesso aos recursos genéticos de plantas medicinais e ao conhecimento tradicional associado;
 Promover e reconhecer as práticas populares e tradicionais de uso de plantas medicinais, fitoterápicos e remédios caseiros;
 Desenvolver estratégias de comunicação, formação técnico-científica e capacitação no setor de plantas medicinais e fitoterápicos;
 Promover a inclusão da agricultura familiar nas cadeias e nos arranjos produtivos das plantas medicinais, insumos e fitoterápicos;
 Estabelecer uma política intersetorial para o desenvolvimento socioeconômico na área de plantas medicinais e fitoterápicos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008, pag.7).

Em relação às diretrizes, o programa repete as dezessete diretrizes da PNPMF, em grau de detalhamento mais refinado, pois, para cada diretriz, enumera as ações, define o órgão gestor, os ministérios envolvidos, o prazo de execução e as fontes de recursos.

Este programa é o principal instrumento que os gestores federais e o comitê nacional de monitoramento e avaliação têm para acompanhar e avaliar a implementação da política nacional. Enquanto que a PNPMF é uma política de Estado, o programa é um instrumento de governo para implantação das ações, com prazos, responsabilidades,

definição de recursos. Portanto, ele pode ser revisado, modificado e atualizado de acordo com o entendimento do governo federal a respeito da necessidade fazer modificações.

Dando continuidade à implementação da política, em 2008, o MS, ao estabelecer a relação de medicamentos da assistência farmacêutica na atenção básica, incluiu duas plantas medicinais: Guaco (*Mikania glomerata*) e Espinheira Santa (*Maytenus ilicifolia*). Nas edições seguintes desta relação, novas plantas foram introduzidas e, atualmente, segundo a Portaria 533, de 28 de março de 2012, do Ministério da Saúde, elas são: *Cynara scolymus* (Alcachofra), *Glycine max* (Soja - isoflavona), *Harpagophyllum procumbens* (Garra-do-diabo), *Rhamnus purshiana* (Cáscara sagrada), *Schinus terebinthifolius* (Aroeira-da-praia), *Uncaria tomentosa* (Unha-de-gato), além de *Maytenus ilicifolia* (Espinheira-santa) e *Mikania glomerata* (Guaco), *Salix alba* (Salgueiro), *Aloe vera* (Babosa), *Menta x piperita* (Hortelã), *Plantago ovata* Forssk (Plantago) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a).

A inclusão de uma planta nessa relação implica que os medicamentos fitoterápicos delas produzidos podem ser comprados com os recursos destinados à assistência farmacêutica na atenção básica, mediante pactuação.

Se considerarmos que já são transcorridos quase sete anos da criação da PNPIC e da PNPMF e numa e noutra um dos objetivos é proporcionar o acesso, com segurança, eficácia e qualidade, à planta medicinal e ao medicamento fitoterápico, o número reduzido de plantas incluídas na assistência farmacêuticas da atenção básica demonstra o descompasso entre o conteúdo da política e o que ocorre, de fato.

Idêntica situação é encontrada no provimento da planta medicinal. A PNPMF tem como um dos seus objetivos: *Promover o desenvolvimento sustentável das cadeias produtivas de plantas medicinais e de fitoterápicos e o fortalecimento da indústria farmacêutica nacional neste campo* (BRASIL, 2006a. pág. 21).

Seguindo a mesma intenção, uma das diretrizes da PNPMF é: *Promover a adoção de boas práticas de cultivo e manipulação de plantas medicinais e de manipulação e produção de fitoterápicos, segundo legislação específica* (BRASIL, 2006a. pág. 22).

Portanto, a análise da situação mostra as dificuldades de implementar o conteúdo da política. O não acesso à planta medicinal e ao medicamento fitoterápico é um dos pontos de estrangulamento de sua implementação.

Os usuários que buscam os serviços de saúde, principalmente os da atenção básica, como as USF, não dispõem de recursos para a aquisição de plantas medicinais e de medicamentos fitoterápicos, embora no caso das plantas medicinais, muitos deles as tenham em casa. Sem o fornecimento destes, os usuários irão optar pelo tratamento com o medicamento sintético, pois estes são mais fáceis de serem encontrados nos serviços de saúde.

Devido ao custo elevado do medicamento fitoterápico industrializado, ao pequeno número de fitoterápicos produzidos pela indústria farmacêutica (CARVALHO et al., 2008) e à ausência de produção de fitoterápicos pelos laboratórios oficiais, nos municípios onde a Fitoterapia foi implementada nos serviços de saúde, o tratamento fitoterápico se baseia em plantas medicinais *in natura*, na droga vegetal, e em fitoterápicos manipulados em oficinas de manipulação/Farmácias Vivas. Nos três casos, diversos problemas inerentes à produção da matéria prima e ao medicamento manipulado não permitem a padronização necessária para que o uso seja disseminado em todos os serviços do SUS.

Para sanar estes problemas, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 886, de 20 de abril de 2010, instituindo a Farmácia Viva no âmbito do SUS, sob a gestão das esferas estadual, municipal ou do Distrito Federal (MINISTERIO DA SAUDE, 2010).

A Farmácia Viva, no contexto da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, tem a incumbência de realizar todas as etapas necessárias para dispor as plantas medicinais para os serviços de saúde, ou seja, o cultivo, a coleta, o processamento e o armazenamento. Além disto, deverá fazer a manipulação e a dispensação de preparações magistrais e officinais de plantas medicinais e de fitoterápicos. A mesma resolução estabelece que a Farmácia Viva fique sujeita ao disposto em regulamentação sanitária e ambiental específicas, a serem emanadas pelos órgãos regulamentadores afins (MINISTERIO DA SAUDE, 2010).

A sua produção de plantas medicinais e de fitoterápicos deverá ser destinada exclusivamente para os serviços de saúde, sendo proibida a sua comercialização.

Visando à regulação técnica dos requisitos mínimos exigidos para o exercício das atividades de preparação de plantas medicinais e fitoterápicos em Farmácias Vivas, de forma a garantir qualidade e segurança destes produtos, está em gestação na ANVISA um regulamento técnico disciplinando o funcionamento das Farmácias Vivas

Complementarmente à elaboração do regulamento das Farmácias Vivas, a

ANVISA através da RDC 18/2013 aprovou um regulamento técnico que dispõe sobre as boas práticas de processamento e armazenamento de plantas medicinais, preparação e dispensação de produtos magistrais e oficinais de plantas medicinais e fitoterápicos em farmácias vivas no âmbito do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)

O Ministério da Saúde divulgou, em fevereiro de 2009, a RENISUS. Nela, estão as plantas medicinais que são consideradas como tendo potencial para serem usadas no SUS. Muitas delas são plantas largamente usadas com base no conhecimento popular e que tiveram este uso confirmado pelo conhecimento científico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

A RENISUS foi elaborada por pesquisadores oriundos de universidades e da Farmacopeia Brasileira, representantes de serviços públicos, técnicos da ANVISA e do Ministério da Saúde, a partir de uma relação preliminar, elaborada em 2005 e que continha 237 espécies vegetais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Para a elaboração desta relação foram considerados critérios como o uso já existente nos serviços de saúde, a tradicionalidade do uso, a existência de estudos científicos comprobatórios de sua eficácia e segurança, a presença de uma ou duas espécies por indicação terapêutica, o perfil das doenças da população usuária do SUS e a contemplação de todas as regiões e biomas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Esta relação tem como objetivo orientar a prescrição, os estudos e as pesquisas com plantas medicinais. Ela servirá, também, para subsidiar a elaboração da lista de plantas medicinais e de fitoterápicos a serem disponibilizados para uso da população, com segurança e eficácia para o tratamento de determinada doença.

Em 2011, foi publicada a 1ª edição do Formulário de Fitoterápicos, como parte integrante da Farmacopeia Brasileira. A Farmacopeia é o código farmacêutico oficial do país, onde estão estabelecidos os critérios de qualidade dos medicamentos em uso, sejam eles industrializados, sejam manipulados. Nele, há 45 monografias de drogas vegetais para infuso e decocto, 17 para tintura, uma para xarope, 5 para géis, 5 para pomadas, uma para sabonete, duas para creme, 4 para bases farmacêuticas e uma de solução conservante (BRASIL, 2011).

Para a sua elaboração foram convidados professores, pesquisadores e estudiosos da Fitoterapia de diversas regiões do país. As espécies vegetais que estão incluídas no formulário são aquelas que têm estudos que atestam a sua eficácia e a sua segurança. A escolha das espécies buscou contemplar aquelas que fazem parte da RENISUS. Quase

todas são usadas há muito tempo tendo como base o conhecimento popular. Em cada monografia, estão colocadas as informações essenciais para o uso das plantas medicinais: nome científico, nomes populares, fórmula, orientação para o preparo, advertências, indicações terapêuticas e modo de usar (BRASIL, 2011).

Estas informações, dadas de forma clara e objetiva, permitem que as espécies incluídas no Formulário de Fitoterápico sejam prescritas pelos profissionais de saúde do SUS e que seu uso espontâneo pela população seja orientado por estes profissionais, mesmo aqueles que não possuem conhecimentos aprofundados sobre a Fitoterapia. Além disto, o formulário serve de subsídio para o ensino da Fitoterapia nos cursos de graduação, pois tais plantas serão muito prescritas nos serviços de saúde, justificando o seu ensino.

Outro aspecto relacionado ao formulário que deve ser ressaltado é que ele favorece a padronização na prescrição das espécies nele incluídas, na formulação e no preparo e nos cuidados que se deve ter no uso dessas plantas medicinais. Isto corrige uma distorção em relação ao uso das plantas medicinais que é a grande variedade de indicações terapêuticas que normalmente ocorre em relação a uma mesma espécie medicinal.

A publicação do Formulário de Fitoterápicos incrementa o uso da Fitoterapia nos serviços de saúde, mesmo por prescritores que não têm muito conhecimento a respeito das propriedades terapêuticas das plantas medicinais.

Transcorridos quase seis anos da publicação da PNPIC e da PNPMF, podemos constatar que foram implementadas algumas de suas propostas, mas outras não foram implementadas ou as foram de forma parcial.

Em relação ao aspecto legal do conteúdo da política houve avanços significativos. Como já dito, após a publicação da PNPIC e da PNPMF, as práticas integrativas, onde se inclui a Fitoterapia, através da Portaria N°. 853, em 17/11/2007 da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde foram incluídas na tabela de serviços/classificações do SCNES, com o código 068.

No âmbito da ANVISA, diversas resoluções e instruções normativas afins à Fitoterapia foram produzidas e atualizadas, como RDC 14/2010, que trata do registro de medicamentos fitoterápicos, a Instrução Normativa 05/2008, que disciplina o registro simplificado de medicamentos fitoterápicos, a Resolução Específica 90/2004, que estabelece parâmetros para os estudos toxicológicos de plantas medicinais e a Instrução

normativa 05/2010 que estabelece a lista de referências bibliográficas para avaliação de segurança e eficácia de Fitoterápicos (BRASIL, 2010a).

Um dos aspectos mais destacados na PNPIC e na PNPMF é a formação e a educação continuada em plantas medicinais e fitoterápicos. A PNPIC tem como uma de suas diretrizes a *Formação e educação permanente dos profissionais de saúde em plantas medicinais e Fitoterapia* (BRASIL, 2006b. pág.48).

Nos últimos anos, o crescente uso da Fitoterapia criou a necessidade de introduzir o seu ensino nos cursos de graduação para que os profissionais de saúde tenham conhecimento para fazer o uso racional desta terapêutica (ARÃO; CHAVES, 2013). Mas, em termos proporcionais, ele ainda é incipiente.

Os profissionais de saúde que trabalham nos serviços de saúde do SUS, na sua maioria, não têm o conhecimento necessário para prescrever plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos, nem mesmo para orientar os usuários que fazem uso por conta própria, algo muito comum entre a população. O insuficiente ensino da Fitoterapia na graduação e na pós-graduação tem como consequência o desconhecimento a respeito da Fitoterapia pela esmagadora maioria dos profissionais de saúde egressos das universidades e o desinteresse de seus professores e pesquisadores se ocuparem desta área de conhecimento (ROSA, et al, 2011).

A implementação da Fitoterapia necessita de que haja um grande contingente de profissionais de saúde nos serviços com conhecimento básico sobre o uso das plantas medicinais e dos fitoterápicos e de pesquisadores debruçados sobre as diversas fases da cadeia produtiva de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos.

Para sanar esta deficiência a PNPNF tem como um de seus objetivos: *Promover pesquisa, desenvolvimento de tecnologias e inovações em plantas medicinais e fitoterápicos, nas diversas fases da cadeia produtiva* (BRASIL,2006a. pág.21).

Esta necessidade é corroborada por duas diretrizes da PNPMF:

Promover a formação técnico-científica e capacitação no setor de plantas medicinais e fitoterápicos e incentivar a formação e capacitação de recursos humanos para o desenvolvimento de pesquisas, tecnologias e inovação em plantas medicinais e fitoterápicos (BRASIL,2006a. pág.21).

Em relação à inserção do ensino da Fitoterapia nos cursos de graduação, devido à autonomia das universidades e às regras de criação de disciplinas nos *curricula* dos cursos de graduação, as três esferas de governo não têm muito poder de decisão. No entanto, em sintonia com o aumento do interesse e do uso da Fitoterapia, a inserção do seu ensino teve um grande incremento e hoje alguns cursos de graduação da área da saúde já o possuem.

O mesmo tem ocorrido no âmbito da pós-graduação. São poucos os programas de mestrado e doutorado que têm as plantas medicinais como linhas de pesquisas. Os que as têm, muitos deles remontam à década de 1970, quando a Central de Medicamento financiou o estudo de diversas plantas medicinais e a estruturação de grupos de pesquisas nas universidades o que resultou na criação de programas de pós-graduação (NETO JUNIOR et al., 2006)

Em relação à capacitação de recursos humanos o MS realizou a capacitação de 440 farmacêuticos em Gestão em Fitoterapia e Homeopatia, na área de Gestão da Assistência Farmacêutica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012b).

Esta capacitação envolveu 13 Instituições de Ensino Superior/Escolas de Saúde Pública do país e foi financiada pelo o Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Além desta capacitação para farmacêutico, na modalidade de ensino à distância, foi feita a capacitação de 300 médicos em todo o Brasil, no ano de 2012 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012b).

Mesmo considerando que a capacitação de profissionais de saúde para o uso da Fitoterapia também ocorre por iniciativa dos estados e dos municípios e que muitos destes entes federativos têm políticas de implementação da Fitoterapia em níveis variados e que devido a isto eles podem ter feito capacitação de alguns de seus profissionais, os dados referentes a este propósito da PNPIC e da PNMF mostram que a falta de conhecimento da Fitoterapia por parte dos profissionais de saúde é um dos principais entraves à implementação da política.

A Fitoterapia pode ser prescrita ou orientada por qualquer profissional de saúde, na área de sua competência. Portanto, a tarefa de capacitação destes profissionais, notadamente aqueles da ESF, para o uso da Fitoterapia é uma ação fundamental para que a implementação da política ocorra de forma satisfatória (SANTOS, 2008).

Dotar os profissionais de saúde do SUS de um nível razoável de capacitação para o uso da Fitoterapia, através da introdução do ensino desta terapêutica nos cursos

de graduação e pós-graduação *lato sensu* e *stricto sensu*, ou através de outras modalidades mais curtas, é uma tarefa que demanda tempo. Para sanar parcialmente este problema, a PNPIIC tem como uma de suas diretrizes a *Elaboração da Relação Nacional de Plantas Medicinais e da Relação Nacional de Fitoterápico* (BRASIL, 2006b. pág. 45).

Uma Relação Nacional de Plantas Medicinais (RENAPLAM) e uma de Relação Nacional de Medicamentos Fitoterápicos (RENAFITO) favorecem o uso da Fitoterapia nos serviços de saúde porque oferecem aos profissionais um elenco de plantas e medicamentos com suas respectivas indicações e outras informações necessárias ao uso racional. Tendo em vista que estas relações são feitas por grupos de estudiosos da Fitoterapia, o profissional de saúde tem a garantia de que as plantas e os fitoterápicos relacionados são eficazes e seguros.

Está em elaboração no Ministério da Saúde um memento terapêutico, instrumento que facilitará a prescrição por trazer as plantas que são eficazes e seguras para o tratamento das doenças mais incidentes e prevalentes na população brasileira. Portanto, embora não tenham sido elaboradas a RENAPLAM e a RENAFITO, como previa uma das diretrizes da PNPIIC, a RENISUS, o formulário de fitoterápicos e o memento terapêutico suprem parcialmente esta lacuna. Os três são importantes ferramentas para incrementar a prescrição da Fitoterapia nos serviços.

Além de tratar da capacitação dos profissionais de saúde para a utilização da Fitoterapia nos serviços de saúde, a política também trata do acesso dos usuários às plantas medicinais e aos medicamentos fitoterápicos. A PNPIIC tem como uma de suas diretrizes o *provimento do acesso às plantas medicinais e a fitoterápicos aos usuários do SUS* (BRASIL, 2006b. pág. 45).

E a PNPMF tem como um dos seus objetivos:

Ampliar as opções terapêuticas aos usuários, com garantia de acesso a plantas medicinais, fitoterápicos e serviços relacionados à Fitoterapia, com segurança, eficácia e qualidade, na perspectiva da integralidade da atenção à saúde, considerando o conhecimento tradicional sobre plantas medicinais (BRASIL, 2006. pág.21).

A assistência farmacêutica no SUS está organizada para o provimento do medicamento sintético. Organizá-la para o provimento de plantas medicinais e de fitoterápicos esbarra em diversas dificuldades. Uma delas diz respeito à oferta da matéria prima vegetal que é de natureza diferente da oferta do medicamento sintético.

No mercado, o medicamento sintético é ofertado em grande quantidade, suficiente para atender toda a demanda no âmbito do SUS e no setor privado. A falta de medicamentos nos serviços de saúde ocorre por falta de recursos para a sua aquisição ou por problemas burocráticos. Como os medicamentos sintéticos para serem comercializados precisam ser registrados e isto implica a comprovação da segurança e da eficácia, em tese, eles preenchem o critério de qualidade.

De forma diversa, as formas de uso da Fitoterapia, exceto o medicamento fitoterápico industrializado, não obedecem a critérios rigorosos. São poucos os canteiros ou hortos medicinais geridos pelos municípios que fornecem plantas para os serviços de saúde para atender a demanda de prescrição e orientação de uso por parte dos profissionais de saúde. O mesmo ocorre com a droga vegetal. Neste caso, os usuários do SUS compram a planta medicinal seca nos raizeiros e nas ervanarias.

Nestas duas situações o manuseio da planta medicinal, em suas diversas etapas, é feito sem a adequada orientação, o que pode comprometer a qualidade da matéria prima vegetal, tanto no aspecto fitoquímico quanto nos aspectos sanitário.

Atualmente, a matéria prima vegetal normalmente usada provém de plantas que crescem espontaneamente nas matas, nos campos e nos entornos dos domicílios e são colhidas, secadas e armazenadas sem nenhum cuidado, pois quem executa estas etapas não dispõe das informações necessárias para tal. Isto compromete a sua qualidade e, por conseguinte, a sua eficácia e sua segurança.

Na perspectiva da implementação da Fitoterapia, quando o uso será em maior quantidade, é necessário que haja a obediência a padrões que sejam estabelecidos com base em informações oriundas de estudos científicos. Por isso, um dos objetivos da PNPMF é *construir o marco regulatório para produção, distribuição e uso de plantas medicinais e fitoterápicos a partir dos modelos e experiências existentes no Brasil e em outros países* (BRASIL, 2006a. pág. 21).

Em consonância com este objetivo, uma das diretrizes da PNPMF afirma a necessidade de:

Regulamentar o cultivo; o manejo sustentável; a produção, a distribuição, e o uso de plantas medicinais e fitoterápicos, considerando as experiências da sociedade civil nas suas diferentes formas de organização (BRASIL, 2006a. pág. 21).

A eficácia e a efetividade das plantas medicinais dependem muito da qualidade da matéria prima que é empregada e para isto a produção precisa ser padronizada e seguir requisitos agronômicos e fitossanitários.

Neste sentido, o Ministério da Saúde, em 20 de abril de 2010, publicou a Portaria nº 886 instituindo a Farmácia Viva no âmbito do Sistema Único de Saúde. A Farmácia Viva 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 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). Com esta medida, pode-se não apenas garantir o acesso à planta medicinal, à droga vegetal e ao medicamento manipulado, mas a estes produtos com qualidade e com segurança. As Farmácias Vivas podem estar associadas à produção de plantas medicinais oriundas da agricultura familiar, em consonância com uma das diretrizes da PNPMF que é *promover a inclusão da agricultura familiar nas cadeias e nos arranjos produtivos das plantas medicinais, insumos e fitoterápico*. (BRASIL, 2006a. pág.22).

A produção de plantas medicinais pela agricultura familiar cria emprego e renda, reforça a interação entre o conhecimento popular e o conhecimentos científico e leva ao empoderamento da população de conhecimentos a respeito das plantas medicinais. Também reforça a participação popular no SUS, pois a população poderá participar de atividades relacionadas à Fitoterapia, tais como o cultivo, a coleta, a secagem e a produção de fórmulas caseiras.

Visando a apoiar a estruturação, consolidação e o fortalecimento de arranjos produtivos locais com a finalidade de fortalecer a produção de plantas medicinais para atender à demanda do SUS bem como incrementar o complexo produtivo em plantas medicinais e fitoterápicos nos municípios e estados, foi publicado Edital/SCTIE nº. 1, em 26 de abril de 2012, para seleção de propostas de arranjos produtivos locais no âmbito do SUS em conformidade com a PNPMF e o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012b).

Como resultado deste edital, 12 municípios se habilitaram a receber recursos referentes ao apoio à estruturação, consolidação e fortalecimento de Arranjos Produtivos Locais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012b).

Portanto, colocar a produção da matéria prima no âmbito da agricultura familiar favorece a criação de emprego e renda e o empoderamento por parte das famílias de informações científicas que complementam o seu conhecimento com base na observação e no uso cotidiano. No entanto, o que foi feito até agora é algo insignificante diante das possibilidades e necessidades da agricultura familiar e do SUS.

Com a regulamentação das Farmácias Vivas, permitindo a adesão destes arranjos produtivos locais para a produção de plantas medicinais e droga vegetal, certamente haverá o incremento da vinculação da agricultura familiar à implementação da Fitoterapia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012b).

O Brasil ocupa papel secundário na produção de medicamentos, embora tenha um dos maiores mercados consumidores de medicamentos do mundo. A ele está reservada a execução de etapas da produção menos rentável e na qual não se utiliza tecnologias mais avançada (SELAN, 2007). A implementação da Fitoterapia no SUS cria a necessidade não só de plantas medicinais *in natura* ou processadas (drogas vegetais), mas também de medicamentos manipulados e industrializados.

A produção do medicamento fitoterápico industrializado pressupõe etapas prévias de pesquisa. A pesquisa e a produção necessitam de tecnologia avançada, daí porque um dos objetivos da PNPMF é *promover pesquisa, desenvolvimento de tecnologias e inovações em plantas medicinais e fitoterápicos, nas diversas fases da cadeia produtiva* (BRASIL, 2006a. pág. 21)

Visando à consecução deste objetivo, em 2009 foi realizado o Seminário “Complexo Industrial da Saúde e Fitoterápicos” com o intuito de promover a integração entre os setores produtivos, serviço e academia e o MS e identificar as potencialidades para produção de fitoterápicos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012b).

No entanto, a pesquisa e o desenvolvimento de tecnologias e inovações necessitam que haja recursos humanos altamente qualificados para inventá-las e utilizá-las. As universidades brasileiras, notadamente as públicas, são os principais responsáveis pelo desenvolvimento de pesquisas, tecnologias e inovações. Nelas, normalmente as pesquisas estão vinculadas às áreas de ensino. |Como o ensino da Fitoterapia não é muito encontrado nos cursos de graduação (ROSA, 2011), esta mesma

deficiência se transfere para a área da pesquisa. Em função desta situação a PNPMF aponta para a necessidade de *incentivar a formação e capacitação de recursos humanos para o desenvolvimento de pesquisas, tecnologias e inovação em plantas medicinais e fitoterápicos* (BRASIL, 2006a, pág. 21.)

6.4 O conteúdo da política em João Pessoa

Por serem os municípios entes federativos sem competência legal para legislar sobre vários aspectos relacionados à saúde e por a União ter a competência legal para fazê-lo, em âmbito nacional, as políticas setoriais na área da saúde, de âmbito municipal seguem o que está estabelecido no âmbito nacional.

A isto se junta o fato de que a formulação de uma política é uma tarefa complexa que muitos municípios não têm interesse e/ou capacidade técnica e política para fazê-lo. Em assim sendo, o município implementa a política tendo como parâmetro o que foi estabelecido pela política nacional ou estadual. Como a implementação da política nacional é feita de forma particular, em cada município, mesmo informalmente e implicitamente, existe uma política.

No caso do município de João Pessoa, somente no final de 2012 foi, oficialmente, finalizada uma proposta de uma política para as práticas integrativas. Ela foi formulada no âmbito da secretaria municipal de saúde, na Coordenação de Práticas Integrativas e contempla diversas práticas integrativas, muitas delas já disponíveis nos serviços de saúde do município e outras para serem implementadas (SMSJP, 2012a).

No entanto, desde o ano de 2005, diversas ações, atividades e eventos foram propostos, mas nem todos foram executados. Da mesma forma, esboços de política foram formulados, de forma parcial, sem que eles fossem finalizados e aprovados nos fóruns competentes (SMSJP, 2012a).

A gestão iniciada em janeiro de 2005, por ser de oposição à gestão recém-findas, logo no início, fez profundas mudanças na área da saúde, sendo uma delas a modificação da estrutura funcional da SMSJP. No bojo desta reestruturação foi criada uma seção de medicamentos fitoterápicos e homeopáticos, ligada à Gerência de Medicamentos e Assistência Farmacêutica. A criação desta seção representou a possibilidade de dar suporte ao fornecimento de medicamentos fitoterápicos aos

serviços de saúde, na perspectiva da implementação de uma política de Fitoterapia para o município de João Pessoa.

Também foi criada a Coordenação de Medicinas Naturais e Práticas Complementares ligada à Diretoria de Atenção Básica, utilizando a terminologia até então usada no projeto de política para as práticas integrativas que estava sendo formulada no âmbito federal. Vale ressaltar que a criação desta secção ocorreu no ano de 2005, portanto, antes da formulação da PNPIC e da PNPMF.

Em 2005, um grupo de trabalho no âmbito da SSMJP formulou uma proposta de uma Política Municipal de Medicinas Naturais e Práticas Complementares. Esta denominação deve-se ao fato de que, no âmbito nacional, a proposta de política para o setor tinha esta mesma denominação.

Esta proposta, no que diz respeito à Fitoterapia, propunha que ela seria implementada principalmente na atenção básica, na ESF. Os profissionais da ESF seriam capacitados através de cursos de curta duração, em torno de 60 horas, e teriam uma educação continuada que atendesse às suas necessidades (SMSJP, 2005).

Em relação ao suprimento de plantas medicinais e de fitoterápicos, isto ocorreria de diversas formas. As plantas medicinais para dispensação *in natura* seriam cultivadas em canteiros nas USF, onde isto fosse possível, e em hortos municipais. Estes, além de fornecerem as plantas para a dispensação *in natura*, forneceriam plantas para a produção da droga vegetal e para a manipulação de fitoterápicos (SSMJP, 2005).

Para a manipulação de fitoterápicos, a proposta de política previa a construção de um laboratório, nos moldes das oficinas de manipulação, denominação dada aos espaços onde se manipulam medicamentos fitoterápicos, nos municípios que já implementaram a Fitoterapia nos serviços de saúde. Além disto, havia a previsão de compra de medicamentos fitoterápicos industrializados (SSMJP, 2005).

A proposta de política indicava que a ESF seria o espaço privilegiado para a implementação da Fitoterapia no SUS, mas mantinha a proposta do prefeito e da secretaria de saúde de construção de um centro de práticas integrativas onde a Fitoterapia estaria inserida juntamente com as demais práticas (SSMJP 2005).

Esta proposta de política tinha como parâmetro o que estava sendo proposto no âmbito nacional e foi concebida nos anos de 2005 e 2006, mas não teve o devido seguimento por falta de força política do grupo de pessoas que estava à frente deste processo. Em 2009, com a finalidade de discutir esta questão, foi criado um novo grupo

de trabalho que era formado por técnicos da secretaria de saúde e profissionais de saúde dos serviços.

No entanto, em nenhum momento foi cogitada a possibilidade de uma política específica para a Fitoterapia. O que se tinha como parâmetro era a PNIPC e não a PNPMF.

Em linhas gerais, as propostas em discussão para a Fitoterapia repetiam as que estavam contidas na anterior, que eram a inserção da Fitoterapia prioritariamente na ESF, mediante a capacitação de profissionais que tivessem experiências na área e/ou interesse em obter conhecimento visando à sua utilização, a oferta de plantas medicinais e droga vegetal através de canteiros e hortos medicinais e a construção de um laboratório para a manipulação de fitoterápicos. Mas elas não estavam em uma política específica para a Fitoterapia e sim numa proposta que envolvia um grande número de práticas com as da Medicina Tradicional Chinesa (Acupuntura, práticas corporais, massagem e automassagem), Yoga, Meditação, Biodança, Reiki, Homeopatia, Florais, Terapia Comunitária. Embora uma política formal para as práticas integrativas só tenha sido finalizada no segundo semestre de 2012, diversas ações e atividades foram realizadas neste período, o que caracteriza a implementação de uma política implícita (SSMJP, 2011a).

No período considerado, 2005-2012, houve a elaboração de dois planos plurianuais para a saúde (2006-2009 e 2010-2013). O plano referente ao período 2010-2013 teve a primeira versão publicada em 2010 e a segunda versão foi publicada em 2011.

No primeiro plano, não há nenhuma referência à questão das práticas integrativas. Na primeira versão do segundo plano de saúde, apenas quando tratava da assistência farmacêutica, estavam colocados dois objetivos referentes a estas áreas que eram: *Elaborar e implantar Política Municipal de Fitoterapia e Homeopatia; Garantir os insumos para as práticas integrativas e complementares na rede do SUS* (SSMJP, 2010b. pág. 143).

O primeiro objetivo estipulava duas metas: *Elaborar política municipal de Fitoterapia e Homeopatia implantada (a ser implantada) até 2012 na SMSJP e implantar a política municipal de Fitoterapia e Homeopatia* (SSJP, 2010b. pág. 143).

Em relação ao segundo objetivo, o plano propunha, como meta, *disponibilizar, regularmente, insumos específicos para a execução das práticas integrativas e complementares na rede SUS-João Pessoa* (SSJP, 2010b. pág. 143).

O que estava proposto nesta primeira versão do plano de saúde 2010-2013 demonstrava que a formulação de uma política municipal para as práticas integrativas, nos moldes da PNPIC, não era uma prioridade, pois apenas quando o plano tratava da assistência farmacêutica, colocava a questão da elaboração e implementação de uma política municipal da Fitoterapia e da Homeopatia, tendo como meta disponibilizar regularmente insumos específicos para a execução das práticas integrativas (SSJP, 2010b. pág. 143).

A desconsideração da formulação de um política para o conjunto de práticas integrativas e a junção da Fitoterapia e da Homeopatia em uma só política demonstravam desconhecimento a respeito das características de cada uma destas práticas, o que leva a supor que a equipe que elaborou o plano não estabeleceu diálogo com o grupo de trabalho que tratava da questão.

Isto corrobora a suposição de que este movimento não era algo consistente e amplo e que tinha pouca visibilidade, levando a que a equipe que elaborou o plano não considerasse adequadamente a questão, tanto em termos de priorização, quanto em termos de clareza sobre o assunto.

A formulação e a implementação de uma política, principalmente considerando que a Fitoterapia é uma prática terapêutica amplamente utilizada pela população e com grande potencial em termos de possibilidade de utilização pelos profissionais de saúde, notadamente por aqueles que trabalham na atenção básica, são questões que precisam ter vida própria, que precisam estar bem situadas em um plano de saúde e não como um item da assistência farmacêutica.

Daí porque colocar a formulação e a implementação de uma política para a Fitoterapia na assistência farmacêutica e desvinculada das demais práticas integrativas é uma impropriedade e quem o fez revelou desconhecer que no âmbito nacional vivia-se um processo de implementação das práticas integrativas, nas quais se insere a Fitoterapia.

Vale ressaltar que da equipe técnica que elaborou o plano faziam parte: a secretária de saúde do município, a secretária adjunta, a diretora de atenção à saúde, a diretora de vigilância em saúde e diretores de distritos sanitários.

Não obstante no ano de 2009 ter havido o ressurgimento da discussão sobre a política para o setor e ter havido ações no sentido de implementação de algumas práticas integrativas isto não foi suficiente para que a questão fosse posta adequadamente no plano, o que mostra a desarticulação, no âmbito da secretaria de saúde.

Na segunda versão do plano referente ao período 2010-2013, elaborada no início de 2011, as práticas integrativas são contempladas em um eixo de cuidado do módulo operacional I- rede assistencial (SSJP, 2011c).

Este eixo de cuidado está no mesmo nível de outros eixos, como saúde da criança e do adolescente, saúde da mulher, saúde do homem, saúde mental, apontando para uma mudança na forma como as práticas integrativas tinham sido consideradas até então (SSJP, 2011c).

Foi no ano de 2010 que houve um seminário sobre as políticas nacionais que tratam das práticas integrativas, evento amplamente divulgado junto aos profissionais da rede e no qual esteve presente, como palestrante, uma representante nacional da comissão das práticas integrativas (SSMJP, 2001a). Neste mesmo ano, circulou entre as pessoas envolvidas com as práticas integrativas, no âmbito da secretaria de saúde, um esboço de uma política que trazia tópicos para serem desenvolvidos e aprimorados.

Na segunda versão do plano 2010-2013, o eixo de cuidado “Práticas Integrativas e Complementares” tem como objetivo geral aumentar a oferta de atendimentos das práticas integrativas e engloba cinco objetivos específicos, com destaque para a implementação de núcleos e Centros de Práticas Integrativas e Complementares (CPIC), a capacitação de profissionais da ESF e ampliação do acesso a plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos e homeopáticos (SMSJP, 2011c).

Em relação à Fitoterapia, como metas, o plano estabeleceu a criação da oficina farmacêutica de plantas medicinais e de fitoterápicos e a formação de 100 prescritores de Fitoterapia (SMSJP, 2011c).

Pela primeira vez, a implementação da Fitoterapia apareceu de forma consistente no plano de saúde do município em razão de duas metas importantes que eram a capacitação dos prescritores e o acesso às plantas medicinais e aos fitoterápicos. A meta de capacitação de 100 prescritores era bastante ousada.. De acordo com a PNPIC e a PNPMF, a implementação da Fitoterapia deve ser feito prioritariamente na atenção básica, na qual se destaca a Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b).

Por ocasião da formulação da segunda versão do plano de saúde 2010-2013, no município de João Pessoa, havia cerca de 180 equipes de saúde da família. A capacitação de 100 prescritores implicava a possibilidade de mais da metade das equipes terem um prescritor, visto que foi posto que a prioridade seria a capacitação de um prescritor por equipe (SMSJP, 2011c). Considerando que já havia profissionais de saúde com conhecimento em Fitoteapia na ESF, alcançando-se esta meta se atingiria um razoável percentual de profissionais com conhecimento nesta área.

A presença de prescritores de Fitoterapia nos serviços só faz sentido se houver a oferta das plantas medicinais e de medicamentos fitoterápicos. A criação da oficina farmacêutica supriria a oferta dos medicamentos, o que seria algo importante visto que eles são mais fáceis de serem prescritos e utilizados. Não obstante, a oficina farmacêutica não supriria a necessidade de plantas medicinais para a preparação do medicamento, para a utilização direta pelo usuário e para a implantação de canteiros nas USF, bem como para cultivo nos domicílios. Para fazer este suprimento, há a necessidade da criação de hortos municipais e canteiros nas USF.

A proposição da criação da oficina sem a criação de hortos e canteiros de plantas medicinais deixava uma lacuna em relação à produção da matéria prima vegetal para a preparação dos medicamentos, não se considerando, na plenitude, o objetivo geral da PNPMF que é *garantir à população brasileira o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, promovendo o uso sustentável da biodiversidade, o desenvolvimento da cadeia produtiva e da indústria nacional* (BRASIL, 2006a, pág. 20).

A criação de hortos medicinais para o suprimento de matéria prima vegetal, além da importância pela geração de emprego e renda, ajuda na preservação de espécies nativas e serve para capacitação de pessoas no correto manejo das plantas medicinais.

Como o resgate do conhecimento popular está contemplado nas diretrizes da PNPIC e da PNPMF (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b), o horto de plantas medicinais pode ser considerado um espaço de interação entre o conhecimento científico e o conhecimento popular, levando ao aprimoramento deste, pois o uso popular das plantas medicinais é feito normalmente com espécies vegetais cultivadas no entorno domiciliar e quase sempre não são obedecidas as exigências de um manejo correto. Portanto, a não inclusão da criação de hortos municipais enfraquece o processo de implementação da Fitoterapia.

Na programação anual de saúde de 2010, em relação às práticas integrativas, havia como objetivos a ampliação de sua discussão nos distritos sanitários através do apoio matricial e a ampliação da oferta das práticas integrativas nos serviços da rede. Para atingir estes objetivos, diretrizes, ações e metas foram estabelecidas. Algumas delas tinham um caráter genérico (e às vezes impreciso) como a meta de capacitar profissionais que atuam na rede, sem precisar que profissionais seriam capacitados, quantos e em quais práticas seriam capacitados (SMSJP, 2010a). Para a Fitoterapia, de forma explícita, havia na programação apenas uma diretriz que era ampliar o número de serviços de saúde que ofereciam plantas medicinais. E como meta, fazer o levantamento das USF interessadas em serem unidades-piloto na implantação de canteiro de plantas medicinais (SMSJP, 2010a).

No relatório anual de gestão correspondente ao ano de 2010, referente a esta diretriz e a esta meta, houve a criação de canteiros em cinco USF. No que tange à capacitação de profissionais, isto ocorreu em outras práticas, mas não na Fitoterapia (SMSJP, 2011a). A programação anual de saúde de 2011 trouxe um conjunto bem articulado de objetivos, ações e metas em relação às práticas integrativas, refletindo a boa articulação do grupo de trabalho encarregado de discutir e implementar estas práticas (SMSJP, 2011a).

Vinculados ao objetivo geral de implantar a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares havia três objetivos específicos que englobavam diversas ações referentes à capacitação de profissionais, ao aumento da oferta das práticas integrativas, à criação e à consolidação de núcleos e centros de práticas integrativas e à avaliação e divulgação destas práticas (SMSJP, 2011c).

Específica e unicamente relacionada à Fitoterapia, havia uma ação que era a formulação de um projeto que tratava da construção de canteiros de plantas medicinais nas USF. Este projeto, denominado “Cultivando Saúde”, propunha a implantação de 40 canteiros, durante o ano de 2011 (SMSJP, 2011c).

Na área de capacitação, pela primeira vez, ela ocorreu, de fato, na área da Fitoterapia com a realização de um curso para os profissionais da rede que teve 50 profissionais inscritos. Também houve a capacitação de 40 profissionais da USF Rosa de Fátima, localizada no Bairro Valentina de Figueiredo (SMSJP, 2012b).

Analisando o relatório anual de gestão de 2011, vê-se que as ações propostas foram todas realizadas e um conjunto de outras ações referentes às práticas integrativas

ocorreram, mostrando que a implementação da PNPIC estava tendo uma maior valorização. No entanto, a Fitoterapia não estava entre as que mais se desenvolveram (SMSJP, 2012b).

Na programação anual de saúde do ano de 2012, dentro da diretriz de garantir o acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, na área das práticas integrativas foi estabelecido como objetivo geral aumentar a oferta de atendimentos das práticas integrativas e complementares (SMSJP, 2012c).

Dos objetivos específicos, um deles se referia à Fitoterapia, que era a ampliação do acesso às plantas medicinais e aos medicamentos fitoterápicos. Para atingir este objetivo foram propostas, como ações, a facilitação do acesso às plantas medicinais e aos medicamentos fitoterápicos e a implantação de canteiros de plantas medicinais nas USF (SMSJP, 2012c). A análise do relatório anual de gestão de 2012 mostra que as metas propostas para estas ações ficaram muito longe de serem atingidas. Para a facilitação do acesso às plantas e aos medicamentos fitoterápicos, praticamente nada foi feito (SMSJP, 2013a).

Na programação anual de saúde para 2012, previa-se para junho deste ano a oferta de medicamentos fitoterápicos, mas no final do ano, apenas a licitação estava em andamento (SMSJP, 2012c).

Atinente à oficina farmacêutica prevista para o CPIC do bairro dos Bancários, ela não foi implantada em 2012, embora o referido centro tenha sido inaugurado em 31 de agosto daquele ano. Tal qual ocorreu com a compra de fitoterápicos, a oficina farmacêutica não se viabilizou porque a licitação para a compra de equipamentos não foi realizada. Apenas foi encaminhada (SMSJP, 2013a) esperando-se que ela ainda ocorra em 2013.

Para o ano de 2013, estão relacionados 32 medicamentos fitoterápicos na licitação preparada em 2012, número bem superior aos 12 que fazem parte da relação de medicamentos da assistência farmacêutica da atenção básica (SMSJP, 2013a).

Segundo a responsável pela Seção de Medicamentos Homeopáticos e Fitoterápicos, ao longo destes anos em que está sendo implementada, a Fitoterapia no SUS em João Pessoa, raras foram as vezes em que houve disponibilização de fitoterápicos nos serviços. Sem uma oficina de manipulação para prepará-los, restava a aquisição de fitoterápicos industrializados. A cada ano, eram incluídos fitoterápicos na

lista de medicamentos para licitação, mas raramente havia vendedores os oferecendo. Isto tem a ver com a incipiente implementação da Fitoterapia no SUS, em todo o Brasil e em especial no Nordeste, que tem como consequência o desinteresse das empresas que participam de licitação no SUS de incluí-los na relação de medicamentos que oferecem.

No que tange à implantação de canteiros de plantas medicinais nas USF, a programação anual de saúde de 2012 tinha como meta a sua implementação, até dezembro de 2012, em 50% das unidades (SMSJP, 2012c). Para isto, 87 USF foram visitadas para a verificação de espaço adequado para instalação dos canteiros e disponibilidade das equipes em instalá-los e mantê-los, mas eles foram implantados em apenas três USF, através de um projeto de extensão da UFPB, na área da Fitoterapia. Por iniciativa da secretaria municipal de saúde, houve a implantação de canteiro no CPIC dos bairros dos Bancários e do Valentina Figueiredo (SMSJP, 2013a).

A capacitação era um dos objetivos da programação anual de saúde do ano de 2012, mas estava prevista para outras práticas como o Reiki, a Automassagem e a Auricoloterapia (SMSJP, 2012c).

Quanto à implantação dos CPIC esta meta foi atingida. O CPIC do bairro Valentina de Figueiredo foi inaugurado no dia 14 de maio e o CPIC do bairro dos Bancários, no dia 31 de agosto, conforme o relatório anual de gestão de 2012. Estes dois CPIC se juntaram ao Núcleo de Práticas Integrativas e Complementares do Parque Arruda Câmara, inaugurado no ano anterior (SMSJP, 2013a).

O funcionamento destes três serviços é importante na implementação da PNPIC no município de João Pessoa pelo conjunto de práticas que eles disponibilizam para a população, pela visibilidade que dá à política e pela oportunidade de reunir profissionais de saúde que trabalham com estas práticas. Mas, para a Fitoterapia, pouco avanço representa, exceto pelo fato de haver, neles, canteiros de plantas medicinais. Os profissionais que neles trabalham são ligados a outras práticas e só esporadicamente utilizam as plantas medicinais nas suas prescrições e orientações (SMSJP, 2013b).

Mesmo considerando que qualquer espaço onde se utilize a Fitoterapia é importante para a sua implementação, o local ideal são as USF, pelo número de atendimento que nelas são realizados e por nelas estarem os principais profissionais prescritores e orientadores do uso da Fitoterapia.

A análise dos objetivos, ações e metas propostos na programação anual de saúde e das metas alcançadas constantes do relatório de gestão do ano de 2012, aponta para

um movimento consistente de valorização e implementação das práticas integrativas, mas que isto ocorreu em outras práticas e não na Fitoterapia (SSMJP 2013a; 2012c).

A ação mais importante, no ano de 2012, em relação às práticas integrativas foi a finalização do projeto da Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares (PMPIC), cujo esboço foi iniciado em 2010.

A proposta de lei tem 14 artigos e nela estão presentes todos os aspectos em relação à PMPIC, como a definição do que são práticas integrativas, quais são as práticas que a proposta contempla, a estruturação dos serviços, os profissionais que podem utilizá-las, a forma de acesso dos usuários aos serviços, as responsabilidades institucionais, entres outros (SSMJP, 2012a).

Na proposta de política, as práticas integrativas contemplam:

Sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos, os quais são também denominados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) de medicina tradicional e complementar/alternativa. Estes sistemas e recursos envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde, por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade (SSMJP, 2012a, pág. 2).

Refletindo o processo de implementação da PNPIC no município, que sempre privilegiou a implementação do máximo de práticas integrativas e complementares, a proposta de lei contempla as seguintes práticas:

Medicina Tradicional Chinesa, apresentando-se como recursos terapêuticos desta estão a Acupuntura, a Auriculoterapia, o uso da Moxa e Ventosas, as Práticas Mentais, Respiratórias e Corporais (Lian Gong, Tai Chi Chuan, entre outras), a Dietoterapia Chinesa e o Uso de Plantas Mediciniais; a Medicina Tradicional Indiana (Ayurveda) apresentando-se como recursos terapêuticos desta estão as Práticas Mentais, Respiratórias e Corporais (Meditação, Yoga, entre outras), a Dietoterapia e o uso de Plantas Mediciniais; a Medicina Antroposófica; a Medicina Homeopática; a Terapia Floral; a Terapia Reikiana; a Massoterapia; a Reflexologia; a Radiestesia; a Fitoterapia; a Hidroterapia; a Cromoterapia; a Trofoterapia, a Geoterapia; a Aromaterapia; a Magnetoterapia; a Psicoterapia e Terapias Psicossomáticas; a Psicopedagogia; a Neurolinguística; a Terapia através da Constelação Familiar Sistêmica; a Terapia através da Hipnose/Regressão; a Terapia Ortomolecular; a Terapia Antroposófica; a Quiropraxia; a Gestalt Terapia; a Terapia Comunitária Integrativa; a Terapia Bioenergética; a Yogaterapia; o Uso da Arte (teatro, dança, circo, música, artes plásticas, artesanato,

entre outras) como terapia, assim como as suas especialidades, Arteterapia, Biodança, entre outras; as Práticas Populares Tradicionais Brasileiras, entre outras” (SSMJP, 2012a, pág. 2).

O grande número de práticas contempladas favorece a escolha pelo usuário da forma de tratamento que mais lhe agrada e favorece a resolubilidade do sistema por dispor de diferentes tipos de tratamento, mas tem como consequência a dispersão. É muito mais fácil organizar os serviços, capacitar profissionais e ofertar insumos quando se trabalha com um pequeno número de práticas, como está previsto na PNPIC, do que fazê-lo com um grande número delas.

Esta ampliação reflete o fato de, no processo de formulação da política, haver uma grande diversidade de profissionais com formação e interesse nas práticas integrativas. Então, optou-se por contemplar a todos sem a devida averiguação a respeito de que esta seria a melhor alternativa para a implementação.

Para o exercício destas práticas, a proposta de política estabelece que os profissionais precisam comprovar sua habilitação, devidamente reconhecida pelos órgãos reguladores e entidades aos quais estão vinculados, não trazendo nenhuma definição, *a priori*, a respeito de que profissionais são estes, o que abre espaço para que profissionais dos diversos cursos da área de saúde e de outras áreas, com formação em práticas integrativas, possam praticá-las (SSMJP, 2012a).

Em termos de estruturas organizativas, estão propostos a Comissão de Práticas Integrativas e Complementares da Secretaria Municipal de Saúde e o Grupo Técnico e Operativo das PIC de apoio à Chefia da Divisão de PIC. A comissão será formada por representantes de diversos setores da secretaria de saúde e de entidades externas, como instituições formadoras e entidades representativas de profissionais que lidam com as práticas integrativas. Ela terá uma série de atribuições como a assessoria técnica, a discussão de parcerias, o estabelecimento de estratégias de educação continuada, entre outras (SSMJP, 2012a).

Esta comissão é importante para a implementação, pois envolve neste processo um conjunto de setores e entidades afins à questão, o que lhe confere maior poder de representação e maior capacidade de formulação, avaliação e correção de rumos da política. O Grupo Técnico e Operativo das PIC será o responsável para colocar em práticas as decisões tomadas pela comissão e pela gestão.

Quando trata do acesso dos usuários, a política estabelece que ele ocorra, prioritariamente, no âmbito da atenção básica e também em outros níveis como a atenção especializada, o que envolve os CPIC e a rede hospitalar, utilizando-se de instrumentos de referência e contrarreferência (SSMJP, 2012a).

A priorização da atenção básica reflete o que preceitua a PNPIC e isto favorece a ampla utilização dos serviços que estão neste nível de atenção para a oferta das práticas, mas pressupõe que haja uma massiva capacitação do grande contingente de profissionais que atuam nestes serviços, o que pouco ocorreu, até agora, conforme se vê nos relatórios anuais de gestão.

O acesso às práticas integrativas através dos CPIC, mediante referenciamento, possibilita que o usuário possa ter um atendimento de melhor qualidade e mais abrangente visto que nos CPIC estarão à sua disposição profissionais que se dedicam exclusivamente às práticas e estas são ofertadas em maior número (SSMJP, 2012a).

A existência de centros e núcleos de práticas integrativas, como os que já funcionam nos bairros dos Bancários, Valentina de Figueiredo e no Parque Arruda Câmara, além de contemplar esta finalidade acima exposta, facilita a inserção de outros profissionais além dos que constam na ESF (médicos, enfermeiros e dentistas).

Na formulação da PNPIC e, principalmente, na sua aprovação no CNS, esteve muito bem delimitado o embate entre a categoria médica e os demais profissionais de saúde a respeito de quem poderia exercer as práticas integrativas no SUS (CNS, 2005a; CNS, 2005b).

Segundo os gestores entrevistados, em João Pessoa, pelo caráter mais restrito do processo, este embate não foi explícito, mas implicitamente pode-se percebê-lo. A categoria médica, exceto alguns de seus membros pelo fato de já lidarem com algumas destas práticas, não se envolveu na construção e na implementação da política. Mesmo sendo convidados, em todos os eventos e atividades, os médicos se faziam presentes em número reduzido.

A construção e a implementação da política só foi possível devido à participação de outros profissionais de saúde, como fisioterapeutas, farmacêuticos, educadores físicos e também profissionais de nível superior de outras áreas de conhecimento, com formação ou interesse na área das práticas integrativas.

Baseado na teoria de interesses estruturais de Alford (1975), podemos afirmar que o modelo tradicional de assistência à saúde, sustentado na utilização de terapêuticas

da Biomedicina, principalmente no medicamento sintético, é altamente vantajoso à categoria médica, que representa os interesses estruturais dominantes. A esta categoria não interessa a inserção de outra lógica de compreensão e tratamento do adoecimento. Isto explica o alheamento da categoria no processo de construção e implementação da política, em João Pessoa.

As demais categorias de profissionais da área da saúde e de outras áreas com formação nas práticas integrativas, como representantes dos interesses desafiadores, viram na construção e implementação da PNPIC uma oportunidade ímpar de ocupar novos espaços e incorporar às tradicionais atribuições de suas profissões outras atribuições, notadamente aquelas que, em tese, seriam da categoria médica.

Isto é perceptível no texto da política quando se elencam as práticas que podem ser ofertadas nos serviços. Há um número muito grande de possibilidades e muitas delas, mesmo sem comprovação científica de sua eficácia e segurança, requisitos caros à categoria médica, estão incluídas. Por não haver nenhuma regulamentação estatal a respeito, nem interesse da categoria médica em apropriá-las para a profissão médica, estas práticas podem ser facilmente inseridas nas atribuições de diversas categorias profissionais.

Também se pode perceber a presença destes interesses desafiadores quando a política estabelece que poderão exercer estas práticas os profissionais que atuam com práticas integrativas e complementares com habilitação devidamente reconhecida pelos órgãos reguladores e entidades aos quais estão vinculados.

A respeito deste reconhecimento, os conselhos federais de profissões da área da saúde e de áreas afins têm, com muita facilidade, reconhecido algumas das práticas integrativas como próprias e adequadas para o exercício por profissionais da categoria que representa (FIGUEREDO, 2010).

Por seu turno, para manter a sua primazia no atendimento à saúde, as entidades médicas de âmbito nacional, principalmente o Conselho Federal de Medicina (CFM), tem recorrido à justiça visando a barrar às outras profissões o exercício de práticas que o CFM entende que são próprias da profissão médica por envolver estabelecimento de diagnóstico e tratamento. A acupuntura é a prática integrativa que mais tem sido objeto desta disputa.

Diferentemente do que ocorreu no âmbito nacional, no município de João Pessoa não houve a formulação de uma política específica para a Fitoterapia. Ela está

contemplada em pé de igualdade com todas as outras práticas que a PMPIC inclui, embora se saiba que a Fitoterapia é a que tem maior potencial de desenvolvimento por exigir uma capacitação mais fácil de ser executada, por estar inserida no arcabouço teórico da Biomedicina, facilitando a sua aceitação pelos profissionais de saúde do SUS, e por ser largamente usada pela população, com base no conhecimento popular.

No entanto, como forma de tratamento da Biomedicina, o seu uso é mais vinculado à prescrição e à orientação dos médicos e estes, como categoria, não se envolveram na construção da política. Além da questão dos interesses estruturados acima exposta, os médicos da ESF e de outros serviços são os profissionais que menos se envolvem com as discussões que são pertinentes à ESF e ao SUS.

Em relação à oferta das práticas integrativas, a política coloca que ela ocorrerá prioritariamente nos serviços da atenção básica, mas também em outros serviços de atenção especializada, como os CPIC, mediante o instrumento de referência e contrarreferência (SMSJP, 2013b).

Na prática, o que tem ocorrido é o contrário. Salvo raras exceções de profissionais da ESF que utilizam alguma prática integrativa, principalmente a Fitoterapia, a oferta das práticas só tem ocorrido nos centros e no núcleo de práticas integrativas e o acesso a estes serviços não tem sido feito por encaminhamento e sim por demanda espontânea. Esta forma de acesso limita a utilização destes serviços àqueles usuários que moram próximo e àqueles que têm informação a respeito das práticas integrativas.

O CPIC “O Equilíbrio do Ser”, situado no bairro dos Bancários, por ser o maior serviço que oferece tratamento com as práticas integrativas, é um espaço privilegiado para análise do conteúdo da PMPIC e da sua implementação no município de João Pessoa.

A unidade de saúde possui infraestrutura física, contando com ampla recepção, seis consultórios para terapias holísticas individuais, três para práticas coletivas, uma sala com cinco baias para práticas de Medicina Tradicional Chinesa e outras terapias, uma sala com dois locais para atendimento com massoterapia e massagem ayurvédica, duas salas administrativas, auditório, brinquedoteca, sala de reunião, área externa com horta mandala de plantas medicinais, almoxarifado, sala de utilidades, copa, catorze banheiros e uma sala para arquivos de prontuários (SSMJP, 2013b).

Conta ainda com espaço físico para um laboratório de manipulação de medicamentos, com setores, em separado, de manipulação de fitoterápicos na forma líquida, sólida e semissólida e salas diferentes para a preparação de medicamentos homeopáticos e florais. Tem ainda sala de controle de qualidade, de esterilização de materiais, de produtos acabados, sala para quarentena, almoxarifado para insumos e produtos farmacêuticos e área de dispensação de medicamentos (SMSJP, 2013b).

O centro possui um total de 41 servidores, entre efetivos e contratados. Destes, 26 são de nível superior, 7 de nível médio e 8 de nível fundamental. Entre os profissionais de nível superior, o centro conta com um médico, 3 farmacêuticos, 14 terapeutas holísticos, uma enfermeira, dois psicólogos, 3 fisioterapeutas, além da diretora do centro. Os 14 terapeutas holísticos são profissionais de nível superior que não são da área da saúde, mas que têm formação em alguma prática integrativa e complementar (SMSJP, 2013b).

Do dia de sua inauguração, 31 de agosto, a 14 de novembro de 2012, período considerado para um levantamento para aferir o número de atendimentos totais e por cada prática integrativa, foram abertos 2.400 prontuários de usuários que procuraram o serviço por demanda espontânea. Deste total, foram efetivamente atendidos 1.711 usuários em práticas individuais e 2.412 usuários em práticas coletivas, sendo que alguns destes usuários estão sendo atendidos nas duas modalidades de práticas. Por isso, a somatória excede o número de 2.400 usuários. No período considerado, foram realizados 2.258 atendimentos de práticas individuais e 352 atendimentos em práticas coletivas (SMSJP, 2013b).

As práticas nas quais os usuários foram atendidos são: Medicina Tradicional Chinesa (Acupuntura, Aurículo-Acupuntura, Moxa, Tai Chi Chuan, Sei Tai), Homeopatia, Fitoterapia, Arte Terapia, Terapia Floral, Quiropraxia, Biodança, Danças Circulares, Reiki, Terapia Comunitária, Massoterapia, Terapia e Massagem Ayurvédicas, Gestalt Terapia, Reflexologia Podal, Yoga, Cuidando do Cuidador (resgate da autoestima), Automassagem Preventiva, Cura em Expressão (Teatro e Artes Plásticas) e Meditação (SMSJP, 2013b).

Nas práticas individuais, a que mais se destacou foi a Acupuntura, com 538 atendimentos, e nas práticas coletivas, a Yoga teve o maior número de atendimentos, 525. Nos dados não há referência a atendimento com a Fitoterapia embora possa ter

havido a prescrição ou indicação de plantas medicinais ou medicamentos fitoterápicos para usuários que foram atendidos nas demais práticas (SMSJP, 2013b).

Há referência a atendimento a 24 usuários em 8 sessões de permacultura, que vem a ser um estilo de cultivo de plantas que é empregado na horta de plantas medicinais do centro (SMSJP, 2013b). A quase inexistência do uso da Fitoterapia no maior serviço que oferta atendimento com as práticas integrativas é um retrato das dificuldades de sua implementação.

De forma sistemática, desde 2010, objetivos, diretrizes, ações e metas atinentes à implementação da Fitoterapia estavam presentes nos documentos legais que tratam da saúde no município de João Pessoa, como os planos de saúde e as programações anuais de saúde, bem como no discurso dos gestores, ao lado de idênticas proposições atinentes às outras práticas. Mas, os relatórios anuais de gestão deste período mostram que as metas alcançadas ficaram bem aquém das metas propostas.

A análise de documentos do período 2005-2012 mostra que o conteúdo da política de Fitoterapia é incipiente, lacunar e algumas vezes desconexo, como resultado de um processo desorganizado de formulação e implementação da PMPIC e da não priorização da Fitoterapia no conjunto das práticas integrativas e devido, também, às inúmeras demandas em todos os setores da saúde que competiam com a Fitoterapia e com as demais práticas integrativas por recursos financeiros e recursos humanos.

Positivamente, podemos afirmar que no ano de 2012 a PMPIC adquiriu consistência em termos de estruturação legal e implementação da oferta.

6.5 O processo da política em âmbito nacional

A formulação e a implementação de uma política constituem processos complexos em que vários atores estão envolvidos. Esses atores podem estar estruturalmente organizados em grupos explícitos, com interesse bem definidos e conhecidos ou podem estar organizado em menor nível, com interesses menos explícitos e conhecidos. Além disto, a atuação dos atores e dos grupos pode ser transitória e, em função das circunstâncias e interesses, pode haver reorganização entre eles (THOMAS; GILSON, 2004).

Com base na teoria de interesses estruturais de Alford (1975), no processo de formulação e implementação da PNPIC e da PNPMF, podemos identificar os interesses estruturais dominantes, os interesses desafiadores e os interesses reprimidos.

As práticas integrativas e complementares e as racionalidades médicas que as contemplam possuem um entendimento diferente sobre o processo saúde-doença e a forma de intervenção neste processo visando à promoção e à manutenção da saúde e à cura do adoecimento em relação ao entendimento que tem a Biomedicina (LUZ, 1996).

Esta, como racionalidade médica esmagadoramente dominante no Brasil, tem seus fundamentos como parâmetro para a estruturação e o funcionamento da assistência à saúde no Brasil, bem como na construção e transmissão de conhecimentos nela utilizados.

Todos os atores que se beneficiam deste arranjo e querem mantê-lo, de acordo com a teoria de Alford (1975), estão vinculados aos interesses dominantes. Especificamente, nesta categoria, no processo de formulação e implementação da PNPIC e da PNPMF, podemos elencar a indústria farmacêutica e de equipamentos, pesquisadores do campo da Biomedicina, notadamente aqueles que fazem pesquisas com medicamentos sintéticos, gestores que não acreditam na eficácia e/ou na segurança das práticas integrativas e a categoria médica, na sua maioria.

A respeito da vinculação da categoria médica aos interesses estruturais dominantes, além do fato da formação médica ser feita na ótica da Biomedicina, há que se considerar que as práticas integrativas ainda não estão devidamente regulamentadas, principalmente no que diz respeito a quem pode utilizá-las nos serviços de saúde do SUS, o que leva a que outros profissionais da área da saúde as utilizem, invadindo atribuições supostamente dos médicos.

Nos últimos anos, com a consolidação das novas profissões da área da saúde e com a expansão dos cursos nesta área, tem se acirrado a disputa no mercado de trabalho na área da saúde. As entidades médicas não querem abrir mão, para as novas profissões, de áreas de atuação que elas acreditam serem próprias dos médicos. Por outro lado, as entidades representativas das demais profissões da área da saúde buscam agregar para as respectivas profissões atribuições que são reivindicadas pela categoria médica, gerando uma grande disputa, como pode ser exemplificado com a tramitação da lei do ato médico.

Em relação à PNPIC, a categoria médica mostra-se resistente à sua implementação por não considerar as práticas integrativas suficientemente comprovadas em termos de eficácia e segurança e porque diversos conselhos federais de profissões da área da saúde reconhecem estas práticas como próprias para a utilização por seus profissionais, gerando disputas com a categoria médica, muitas vezes sendo acionada a justiça para resolver os conflitos (FIGUEREDO, 2010).

No campo da Fitoterapia, além das questões acima expostas, há outro importante ponto a considerar que é a larga utilização das plantas medicinais pela população, com base no conhecimento popular.

Ao longo da história, a categoria médica tem dado cerrado combate à prática da arte de curar por pessoas leigas, onde é frequente o uso de plantas medicinais. De forma explícita, é dito que esta prática coloca em risco a saúde da população. De forma implícita, neste combate, está incluída a disputa por mercado de trabalho. Cada paciente que é tratado por leigos ou por outro profissional da área da saúde é um paciente que é subtraído do mercado de trabalho do médico (FIGUEREDO, 2010).

A categoria médica, devido à sua formação na lógica da Biomedicina, é muito ciosa da comprovação científica dos conhecimentos, dos procedimentos e dos tratamentos que são postos à sua disposição. No campo das práticas integrativas nem sempre esta comprovação existe. Ora por causa de falta de estudos, ora porque elas precisam de metodologia diferenciada que se adeque aos seus pressupostos.

Como vinculados aos interesses desafiadores, podemos citar os profissionais que lidam com as práticas integrativas e as entidades que os representam, os que têm uma visão crítica sobre a eficácia, segurança, eficiência e efetividade dos tratamentos da Biomedicina, gestores que buscam, de forma democrática, atender as demandas dos usuários do SUS, usuários que são adeptos deste tipo de tratamento e as demais categorias profissionais da saúde e suas entidades que veem nas práticas integrativas um nicho de mercado de trabalho além dos que tradicionalmente têm e também de uma oportunidade para se apoderarem de atribuições tradicionais do médico, como fazer diagnósticos e tratamentos.

Isto explica porque as entidades médicas só reconhecem estas práticas como apropriadas para utilização por seus membros após forte pressão dos médicos que as praticam e de suas entidades e quando vislumbram que a negação de seu reconhecimento implica uma perda irreparável no futuro. Diferentemente, as entidades

das demais profissões da área da saúde fazem este reconhecimento sem maiores dificuldades.

Como vinculados aos interesses reprimidos, temos os usuários do SUS. Por não estarem organizados, as suas demandas não pressionam os governos suficientemente para a formulação e a implementação de políticas que atendam às suas necessidades.

Em relação às práticas integrativas, a maioria dos usuários não as conhece, exceto a Fitoterapia, ou tem apenas um conhecimento difuso. Portanto, os usuários não sabem se elas são úteis no tratamento de suas doenças. Quando dispõem deste conhecimento, muitas vezes desejam ser tratados com elas, mas, diante da ausência da oferta destas práticas nos serviços, aceitam passivamente esta realidade.

A identificação dos atores e dos interesses envolvidos na PNPIC e na PNPMF facilita o entendimento do processo que envolve todo o seu ciclo que teve início quando o presidente Lula assumiu o primeiro mandato na Presidência da República, em janeiro de 2003. Naquele momento, era marcante a expectativa de mudança na forma de governar o país. Na área da saúde, esta expectativa de mudança também estava presente. Com o novo governo, diversas pessoas que militavam no campo da saúde pública, muitas delas oriundas do movimento da Reforma Sanitária, foram designadas para assumirem cargos no Ministério da Saúde.

No campo das práticas integrativas e complementares esta expectativa também era marcante. Além do fato de estar assumindo o presidente Lula e seu partido, o PT, à frente do Ministério da Saúde estava o senador Humberto Costa que havia sido secretário de saúde do Recife e em cujo mandato houve a implementação das práticas integrativas, com a criação da Unidade de Cuidados Integrals à Saúde Professor Guilherme Abath (SANTOS, 2010).

Diante deste cenário favorável, estava aberta uma janela de oportunidades para a implementação das práticas integrativas no SUS, entre as quais se incluía a Fitoterapia. Cientes desta nova realidade, em março de 2003, os representantes das entidades representativas, em âmbito nacional, da Acupuntura/MTC, da Homeopatia, da Fitoterapia e da Medicina Antoposófica foram recebidos em audiência pelo Ministro de Estado da Saúde e a ele foi feita a reivindicação da formulação de uma política para o setor (BRASIL, 2006b).

O ministro foi receptivo à ideia e desencadeou um processo de discussão com os principais atores envolvidos com a questão no sentido de formular esta política. Para

viabilizar a discussão, foram criados grupos de trabalho para as diversas práticas integrativas. Inicialmente foram enviados questionários para todas as secretarias estaduais e municipais de saúde para que informassem a respeito da existência de serviços de saúde que ofereciam tratamento com as práticas integrativas (BRASIL, 2006b).

Dos 5.560 questionários enviados, houve retorno de 1340 questionários respondidos. A consolidação das informações mostrou que em 232 municípios, dentre esses 19 capitais, num total de 26 estados, havia algum serviço de saúde que oferecia tratamento com as práticas integrativas (BRASIL, 2006b).

Após a consolidação dos dados, foram realizados encontros nacionais envolvendo profissionais de saúde, gestores, professores, pesquisadores e técnicos do MS para a discussão e a proposição de uma política de âmbito nacional. De posse das opiniões e propostas oriundas destes fóruns de discussão, os grupos de trabalho afins a cada prática finalizaram uma proposta de uma política para o setor, denominada Política Nacional de Medicinas Naturais, a qual foi submetida à apreciação do CNS (BRASIL, 2006b).

Conforme se pode perceber pela leitura das atas das reuniões do CNS em que a PNPIC foi discutida, nesta instância, a proposta teve um lento e árduo processo de discussão tendo em vista os diferentes grupos de interesses ali representados, que geraram embates acirrados. Como exemplo pode-se destacar os representantes da categoria médica e os representantes do demais profissionais de saúde, agrupados no Fórum Nacional de Trabalhadores da Área da Saúde (FENTAS). Os pontos divergentes que se sobressaíram foram dois: a denominação da política e a definição de que profissionais de saúde poderiam exercer estas práticas no SUS.

Após ser discutida durante quatro meses na Comissão de Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiologia para avaliação e recomendações, a proposta foi discutida na 160ª reunião do CNS, realizada nos dias oito e nove de novembro de 2005 (BRASIL, 2006b).

Nesta reunião, a consultora técnica do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, Iracema Benevides fez a apresentação da PMNPC. Inicialmente, ela explicou que a PNPIC foi construída a partir das recomendações da OMS, contidas no documento “Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005”, para que os países membros formulem políticas na área (CNS, 2005b).

Do ponto de vista da compreensão do que são medicinas naturais, a política teve como base o arcabouço teórico da professora Madel Terezinha Luz, isto é, significando racionalidades médicas. Para Luz (1996), uma racionalidade médica é um conjunto de proposições que estão estruturadas de forma lógica e empírica e são capazes de nortear eficazmente a compreensão e a intervenção sobre a saúde e o adoecimento humano.

Após a explanação da técnica do Ministério da Saúde o representante da categoria médica, conselheiro Francisco das Chagas Monteiro solicitou que fosse reproduzido o documento: “Medicina Natural e Práticas Complementares”, produzido pelo Conselho Federal de Medicina para que ele fosse considerado para a discussão do tema. No documento, o CFM propõe que seja substituído o termo “Política de Medicina Natural” por “Política de Medicina Integrativa” (CNS, 2005b).

Segundo o documento do CFM, Medicina Integrativa:

Consiste na medicina que utiliza o conhecimento científico convencional agregado ao conhecimento tradicional (milênar ou centenário), também científico, excluindo práticas alternativas baseadas em credences, mitos e magias e está associada a modelos terapêuticos complementares, tais como Acupuntura, Homeopatia e Fitoterapia, acrescida de modelos propedêuticos tais como a Medicina Antroposófica (CNS, 2005b. pág.3).

O representante das Entidades Nacionais de Trabalhadores da Área da Saúde, conselheiro Odair Furtado, propôs que o termo medicinas naturais fosse substituído por “Práticas Complementares da Saúde”. Segundo ele, este termo seria o mais adequado, pois reflete a ideia de um campo que é necessariamente multidisciplinar. Em apoio à sua proposta, afirmou que as competências e as habilidades dos profissionais da saúde os capacitam a atuar nas práticas complementares e inclusive já havia decisão do Supremo Tribunal Federal com este entendimento (CNS, 2005b).

A isto juntou o argumento de que a multidisciplinaridade aumenta a eficiência terapêutica e a qualidade dos serviços prestados ao usuário. E discordou do termo medicinas naturais por entender que estas práticas envolvem saberes e fazeres que não são exclusivos da categoria médica e que, permanecendo esta denominação, haveria o risco de os médicos reivindicarem para si a exclusividade do exercício destas práticas nos serviços de saúde (CNS, 2005b).

Em apoio ao posicionamento do conselheiro Odair Furtado, o conselheiro Carlos Alberto Duarte argumentou que o termo “Medicina Natural e Práticas Complementares”

restringia à categoria médica o exercício destas práticas, excluindo os demais profissionais de saúde, acarretando, pois, prejuízos à implementação da política. Este conselheiro apontou a incoerência no posicionamento da categoria médica, pois ela sempre renegou estas práticas por considerá-las práticas alternativas baseadas em credices, mitos e magias (CNS, 2005b). De fato, a história das práticas integrativas registra que a categoria médica, em diversas ocasiões, combateu o uso de formas alternativas de tratamento como a Fitoterapia, a Homeopatia, a Acupuntura, afirmando que elas não eram cientificamente comprovadas. Além disto, moveram verdadeiras batalhas contra a sua prática por outros profissionais de saúde ou por leigos, afirmando que o seu uso era inócuo, do ponto de vista da eficácia, e prejudicial quando elas substituíam o uso do medicamento sintético, este sim, detentor de propriedades terapêuticas comprovadas..

Ele também destacou a impropriedade do termo práticas alternativas por ele induzir ao entendimento de que elas só poderiam ser usadas em substituição às práticas tradicionais da Biomedicina, uma vez que pressupunha uma coisa ou outra. Por fim, destacou a necessidade de valorização das práticas complementares brasileiras como, por exemplo, as dos índios e as dos negros (CNS, 2005b) o que, de certa forma, embute uma confusão a respeito do que sejam racionalidades e terapêuticas médicas e os grupos populacionais que as utilizam. Práticas de curas comuns entre os índios e entre os negros envolvem uma mistura de formas de tratamento como rezas, benzeções, simpatias, substâncias naturais de origem animal e mineral e, principalmente, plantas medicinais.

Enquanto as demais profissões das áreas da saúde são mais tolerantes com estas práticas e com aqueles que as realizam, a categoria médica é mais incisiva na sua negação, admitindo tão somente a utilização de práticas que são comprovadas cientificamente. Esta diferença de posicionamento entre a categoria médica e as demais categorias é bem nítida e reflete os diferentes interesses em relação à implementação da política (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2006).

É preciso esclarecer que o termo medicinas naturais no título da política não foi concebido com um indicativo de que as práticas incluídas na política seriam exclusivas da categoria médica. O seu sentido remete ao conceito de racionalidades médicas.

Diante dos diferentes posicionamentos a respeito do título original e das diferentes propostas apresentadas, optou-se pela substituição do título original pelo

título “Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares”. Do ponto de vista prático, a mudança do título não traz mudanças significativas. Do ponto de vista teórico, há diferenças substanciais.

Medicinas Naturais, com a ressalva de que o termo *medicinas* é tomado como sinônimo de racionalidades médicas, contém apenas as práticas que se inserem em racionalidades médicas completas como a Medicina Tradicional Chinesa, a Medicina Ayurvédica, a Homeopatia.

Em relação ao termo *natural*, haveria uma dificuldade na precisão de seu significado, pois há diversos sentidos para ele. A Homeopatia é tida como uma terapêutica natural porque ela atua respeitando e utilizando os mecanismos naturais de defesa atuantes no processo saúde-doença.

A Fitoterapia é tida como uma terapêutica natural por utilizar plantas medicinais, drogas vegetais ou medicamentos fitoterápicos, respeitando a composição química da planta como elas estão na natureza, sem a utilização de substâncias que não sejam vegetais e destas não pode haver o isolamento de princípios ativos (BRASIL, 2010a).

Apesar de serem consideradas naturais, Homeopatia e Fitoterapia atuam no organismo de forma bem diferente. Enquanto a primeira é uma terapêutica integral e energética, a outra, no campo da Biomedicina, é uma terapêutica local e química. Mesmo sem extrapolar para outras práticas contidas na PNPIC, vê-se que a mera escolha do título gerou conflitos entre os atores devido aos diferentes interesses envolvidos na aprovação da política.

A alteração do título para Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares satisfaz àqueles que viam no nome anterior uma ampla possibilidade de apropriação da política pela categoria médica. Mas, do ponto de vista conceitual, desconsiderou a importância de ressaltar as racionalidades médicas como arcabouço doutrinário e técnico que organiza a produção e a transmissão de conhecimentos e a atuação no processo saúde e doença.

O título escolhido dá a entender que a política encara as práticas como saberes e fazeres independentes, quando sabemos que muitas delas se inserem em racionalidades mais ou menos complexas. Igualmente, denominar todas elas de integrativas é uma impropriedade, pois a Fitoterapia, no campo da Biomedicina, não o é.

A adição do termo “complementares” às práticas integrativas também é uma impropriedade, pois enquanto integrativas refere-se ao fato de elas atuarem visando à

cura do indivíduo como um todo, complementar tem o sentido de que elas apenas complementam a atuação de outras práticas, não sendo suficientes para, sozinhas, curar o paciente.

Depois de um longo processo de discussão, a PNPIC foi aprovada no CNS, na 161ª reunião, realizada nos dias 14 e 15 de dezembro de 2005, indo para o Ministério da Saúde para a sua publicação (CNS, 2005a). A pressão das entidades médicas se transferiu do âmbito do CNS para o MS, que na época era comandado por um médico, o Deputado Federal por Minas Gerais, José Saraiva Felipe.

A categoria médica ficou muito descontente com a aprovação da política pelo fato de ela reconhecer que outros profissionais de saúde, além dos médicos, podem utilizá-las nos serviços de saúde do SUS. Esta insatisfação relaciona-se mais à Acupuntura, pois esta pode ser praticada por todos os profissionais de saúde (CNS, 2005a). Já a Homeopatia e a Fitoterapia, podem ser praticadas apenas por médicos e dentistas, como prescritores, e farmacêuticos, como responsáveis pela produção do medicamento, tal como está posto na Portaria N°. 853, da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, de 17/11/2007, que faz a inclusão das práticas contidas na Portaria 971 na tabela de serviços/classificações do SCNES, com o código 068. A portaria 853 estabelece os profissionais que podem exercer, no SUS, as práticas que fazem parte da PNPIC.

Aprovada pelo CNS, a política seguiu para o Ministério da Saúde para ser publicada sob a forma de portaria. A disputa entre a categoria médica e as demais categorias de profissionais de saúde fez com que ela ficasse parada no gabinete do Ministro de Estado da Saúde, o que representava um perigo para a política tendo em vista que o ministro, por ser deputado federal e concorrente a um novo mandato, teria que se desincompatibilizar do cargo.

Na 163ª reunião do CNS, realizada nos dias oito e nove de março de 2006, a conselheira Graciara Matos de Azevedo cobrou do Ministro de Estado da Saúde, José Saraiva Felipe, um posicionamento sobre a PNPIC e ele disse ser favorável a ela e que o assunto estava em análise no ministério. Em defesa de sua posição afirmou:

Eu não tenho acompanhado essa questão diretamente, acredito que o Antônio está mais a par dessa questão. Quem conhece a minha história de vida sabe que nos cargos que ocupei eu não só patrocinei quanto cultivei a questão da medicina alternativa. Para quem não sabe, eu até escrevi um livro sobre medicinas alternativas. Eu estive na Índia e

fiquei muito impressionado. Assim, escrevi o livro chamado “Encontro com o mundo da medicina das plantas e dos minerais”. Eu acho que a Lúcia lembra (*Dra. Lúcia Figueiredo, da Secretaria-Executiva do CNS*) da época que eu fiquei dois ou três meses na Índia, estudando exatamente a utilização de plantas medicinais, o que acabou resultando em um relatório. Eu não tinha nenhuma cópia, mas alguém conseguiu uma e, quando eu assumi o mandato, a Câmara resolveu fazer uma publicação de duzentos exemplares. Acho que ainda têm alguns desses. Quanto eu era Secretário de Serviços Médicos e coordenador da CIPLAN, nós assumimos uma postura nesse sentido e, na época, havia muito mais preconceito do que hoje. Faz mais de 20 anos. Para vocês terem uma idéia, eu respondi, por causa da Fitoterapia, um processo ético no Conselho Federal de Medicina que achou que eu estava patrocinando o charlatanismo. Hoje a visão é outra e o próprio Conselho Federal de Medicina foi incorporando várias dessas práticas complementares dentro do seu elenco. Mas naquela época, tudo isso estava excluído. Então eu vou pedir para a Eliane (*Secretária-Executiva do CNS*) e o Antônio (*Conselheiro Antônio Alves de Souza*) para agilizar, porque eu gostaria de homologar a resolução (CNS, 2006c. pág, 2)

Na reunião seguinte do CNS (164^a), realizada nos dias cinco e seis de abril de 2006, o conselheiro Francisco Batista Júnior, representante das Entidades Nacionais de Trabalhadores da Área da Saúde, solicitou do Ministro Interino de Estado da Saúde, José Agenor Alves da Silva que se manifestasse a respeito da não homologação da PNPIC. Em resposta, o ministro, mostrando não estar a par da questão, afirmou que se comprometeria a verificar os motivos da não promulgação da política e disse se lembrar de que havia um ruído em relação a essa questão e, por isto, teria que verificar (CNS, 2006b).

O ruído a que o ministro se referia era o posicionamento contrário das entidades médicas à publicação da política por ela possibilitar que as práticas integrativas nelas incluídas pudessem ser utilizadas por outros profissionais de saúde além dos médicos. Daí porque defendiam a não publicação da política.

Logo após a aprovação da PNPIC no CNS, em 2005, diante da exiguidade de tempo em que o ministro permaneceria no cargo e prevendo que a postergação da assinatura da portaria levaria a decisão para o futuro titular da pasta, as entidades representativas destas práticas e as demais profissões da área da saúde se mobilizaram no sentido de cobrar do ministro a assinatura da portaria que instituía a política tendo em vista que ela foi gestada no âmbito do MS e aprovada pelo CNS. Portanto, com a legitimidade necessária para ser posta para a implementação.

As diversas entidades e profissionais que defendiam a política acordaram que haveria uma campanha, em âmbito nacional, de solicitação ao ministro para que ele assinasse a portaria, através de e-mails, cartas, telefonemas e abaixo-assinados.

A PNPIC voltou à discussão na 165ª reunião do CNS realizada nos dias 10 e 11 de maio de 2006, isto é, logo após a sua publicação, que ocorreu no dia 03 de maio, em função da não inclusão da Medicina Antoposófica devido a dúvidas em relação ao posicionamento desta prática sobre alguns procedimentos tidos como fundamentais no âmbito da saúde pública, em especial, a vacinação (CNS, 2006a).

Na ocasião o Ministro Interino de Estado da Saúde, José Agenor Álvares da Silva, explicou que a exclusão da Medicina Antroposófica ocorreu porque havia pontos a serem esclarecidos em relação a esta prática e que a espera pelo esclarecimento destes pontos atrasaria a publicação da PNPIC (CNS, 2006a).

Sobre que categorias profissionais poderiam utilizar estas práticas no SUS, trazida de forma recorrente pelo representante da categoria médica, o ministro interino foi enfático em dizer que não caberia ao MS definir isto e sim ao Ministério do Trabalho. Na ocasião, afirmou: *que não compete ao Ministério da Saúde estar estabelecendo aquilo que é atribuição do Ministério do Trabalho, salvo engano meu, de como é o exercício profissional* (CNS, 2006a. pág.8).

Nesta reunião, o ministro informou que já estava pronta e assinada pelos ministros, a cujos ministérios estava vinculada, e pelo presidente Lula uma política específica para a Fitoterapia (CNS, 2006a), ou seja a PNPMF. O ministro afirmou que:

Articulado a isso eu lembro que nós temos uma política de plantas medicinais e fitoterápicos já assinada por todos os ministérios e o Presidente Lula deve estar assinando esse decreto que foi saudado por toda a comunidade, por todas as sociedades, o fato de o governo brasileiro estar estabelecendo uma política, estar procurando ordenar esta atividade (CNS, 2006a. pág.8). .

A PNPIC é uma política que abrange racionalidades e terapêuticas diferentes. Pela tradição e amplitude de seu uso, a Fitoterapia é a mais importante delas. A Fitoterapia é uma forma de tratamento presentes em várias racionalidades médicas, como a Medicina Tradicional Chinesa, a Medicina Ayurvédica e a Biomedicina e em cada racionalidade, ela é utilizada de forma diferente.

Na Biomedicina, a Fitoterapia é usada através de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos. Em ambos os casos, a indicação e a eficácia terapêuticas

estão baseadas no entendimento de que os princípios ativos presentes têm atividades farmacológicas no organismo, provocando a melhoria e a cura de sintomas e doenças. Portanto, esta utilização se baseia no mesmo entendimento que justifica o uso de medicamentos sintéticos. Diferentemente do que ocorre em outras racionalidades.

A inclusão da Fitoterapia na PNPIC e, posteriormente, na PNPMF é feita dentro destes parâmetros. E não poderia ser diferente, pois é desta forma que a população utiliza as plantas medicinais. O uso da Fitoterapia dentro de outra racionalidade traria grande perturbação em relação ao uso tradicional.

A PNPIC é uma política que abrange várias práticas e, por isto, nela não foi possível se fazer um aprofundamento e detalhamento de cada uma delas. Pelo fato de a Fitoterapia ser a prática de maior difusão e aceitação entre os usuários e os profissionais de saúde, surgiu a necessidade de, em relação a ela, se fazer uma política específica.

Durante o processo de formulação da PNPIC, na área da Fitoterapia, foi constituído um grupo de trabalho para fazer um levantamento a respeito da utilização da Fitoterapia nos serviços de saúde do SUS, da forma como isto ocorria e como os diversos atores envolvidos na questão entendiam e defendiam a sua implementação. Diversos eventos (fóruns, reuniões técnicas) ocorreram para o aprofundamento das discussões e foi o produto deste processo que forneceu subsídios para a formulação da PNPIC, no que tange aos aspectos ligados à Fitoterapia. Este mesmo produto serviu de base para a formulação da PNPMF (BRASIL, 2006b).

À primeira vista, seria contraditório que, havendo uma política de caráter amplo que envolve diversas práticas, nas quais se insere a Fitoterapia, se fizesse uma nova política especificamente para as plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos. Como já foi ressaltado, de longe, a Fitoterapia é prática mais utilizada e aceita pelos usuários e pelos profissionais de saúde.

Nas últimas décadas, a utilização de medicamentos sintéticos foi a forma de tratamento quase exclusiva nas prescrições médicas. Todavia, ao lado deste tratamento, as plantas medicinais e até mesmo os medicamentos fitoterápicos foram utilizados através da automedicação ou por indicação de familiares, vizinhos, amigos ou pessoas detentoras de conhecimentos nesta área, como raizeiros, curandeiros, benzedores e agentes comunitários de saúde.

Já entre os profissionais de saúde, a utilização e a aceitação da Fitoterapia ocorre devido a várias razões. Uma delas é o acúmulo de estudos e pesquisas acadêmicas que

comprovam a eficácia e a segurança das plantas medicinais. E a categoria médica é muito ciosa da comprovação científica de tratamentos e procedimentos a ela disponibilizados.

Outra razão é o crescente o número de medicamentos fitoterápicos produzidos pela indústria farmacêutica (CARVALHO et al., 2008). As diversas formas de publicidade utilizadas por esta indústria têm possibilitado que os médicos tenham conhecimento destes medicamentos, levando à sua prescrição, com base nas informações a eles disponibilizadas pela indústria farmacêutica, mesmo que eles não tenham conhecimento aprofundado sobre a Fitoterapia.

Como decorrência deste fato, o crescimento das vendas dos medicamentos fitoterápicos se dá em percentuais superiores aos dos medicamentos sintéticos (CARVALHO et al. 2008). Mas a razão principal para que a Fitoterapia seja mais aceita e utilizada do que outras práticas integrativas, como a Homeopatia e a Acupuntura é o fato de ela ser uma terapêutica do campo da Biomedicina.

O entendimento que norteia a prescrição de uma planta medicinal ou de um medicamento fitoterápico é o mesmo que norteia a prescrição de um medicamento sintético. Plantas e medicamentos fitoterápicos têm ação farmacológica devido aos princípios ativos que eles contêm, tal qual o medicamento sintético. Em relação a este, a diferença primordial é que na planta e no medicamento fitoterápico há uma variedade de princípios ativos, mais ou menos atuantes farmacologicamente, enquanto o medicamento sintético geralmente tem um ou poucos princípios ativos.

Medicamentos sintéticos, medicamentos fitoterápicos ou plantas medicinais são prescritos visando à melhora ou à cura de sintomas e doenças, dentro de uma visão que privilegia a atuação segmentada, diferente de outras práticas contidas na PNPIC, como a Homeopatia e a Acupuntura que visam à cura do indivíduo na sua totalidade. Isto explica porque o processo de formulação da PNPIC teve restrições de profissionais de saúde e gestores, principalmente da categoria médica. Algumas das práticas incluídas na política não têm a chancela das entidades médicas por não haver estudos científicos que comprovem a sua eficácia e segurança, além da resistência já explicitada acima devido à possibilidade de outros profissionais de saúde poder utilizá-las no SUS.

Mesmo que a resistência da corporação médica seja menor em relação à Fitoterapia, ela aparece em duas situações: o seu uso por outros profissionais e a

utilização de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos com base no conhecimento popular.

A normatização do registro de medicamentos fitoterápicos de plantas que têm eficácia e segurança comprovadas apenas pelo conhecimento popular, sem que isto ocorra de forma conclusiva por estudos científicos sempre teve a oposição de representantes de médicos e de suas entidades. Vale ressaltar que alguns pesquisadores do campo da Fitoterapia, mesmo de outras profissões da área da saúde também fazem esta ressalva. Num caso e no outro, há que se questionar se esta oposição se fundamenta na opinião de que o conhecimento popular é insuficiente para atestar eficácia e segurança de plantas e medicamentos fitoterápicos ou se há, de forma implícita, a defesa de interesses particulares.

Em relação aos médicos, o fato de outros profissionais de saúde prescreverem, indicarem e orientarem o uso e a população utilizar por conta própria a Fitoterapia sem recorrer ao médico implica a perda de mercado e de prestígio e domínio científicos. O mesmo raciocínio pode ser aplicado para explicar a oposição de alguns pesquisadores. Aceitar a comprovação da eficácia e segurança de plantas e medicamentos fitoterápicos com base no conhecimento popular implica a perda da exclusividade que têm os pesquisadores de afirmar estas condições.

Embora, à primeira vista, pareça uma temeridade dar ao conhecimento popular este papel, a resolução da ANVISA que trata do registro de fitoterápicos estabelece alguns critérios para que isto ocorra. Na resolução ora em vigência, a RDC 14/2010, os critérios são:

- I - indicação de uso episódico ou para curtos períodos de tempo;
- II - indicação para doenças de baixa gravidade;
- III - coerência das indicações terapêuticas propostas com as comprovadas pelo uso tradicional;
- IV - ausência de risco tóxico ao usuário;
- V - ausência de grupos ou substâncias químicas tóxicas ou presentes dentro de limites comprovadamente seguros;
- VI - comprovação de continuidade de uso seguro por período igual ou superior a 20 anos (BRASIL, 2010b. pág.30)

Apesar da exigência destes requisitos, entre os profissionais de saúde (notadamente os médicos) e os pesquisadores, há muitos que não defendem esta possibilidade.

Em 2009, pela primeira vez, houve a introdução de medicamentos fitoterápicos na assistência farmacêutica da atenção básica. Inicialmente apenas fitoterápicos de duas plantas (Espinheira Santa e Guaco) foram introduzidos (BRASIL, 2009). Atualmente, há treze plantas na relação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012b).

Desde a primeira introdução de fitoterápicos na assistência farmacêutica na atenção básica, houve diversas manifestações contrárias de médicos a este processo sob a alegação de que algumas destas plantas não têm estudos pré-clínicos e clínicos conclusivos que atestem a eficácia e a segurança para as doenças para as quais elas são prescritas (FEDERAÇÃO NACIONAL DE FARMACÊUTICOS, 2013).

Também há críticas à possibilidade de que medicamentos fitoterápicos sejam manipulados em espaços sem a devida adequação, fato que ocorre com frequência nos municípios e estados que possuem programas para o uso da Fitoterapia nos serviços de saúde.

Visando a sanar estes problemas, o MS constituiu grupos de trabalho para elaborar monografias das plantas a serem utilizadas no SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011), criou as Farmácias Vivas, dando-lhes uma conformação diferenciada dos laboratórios de manipulação de fitoterápicos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010) e prepara uma resolução que disciplina todo o processo de manejo das plantas medicinais e de preparação dos medicamentos fitoterápicos que vai do cultivo à dispensação da planta ou do medicamento. Estas medidas sanam, em parte, o problema da falta de comprovação científica do uso de muitas plantas e a qualidade da matéria prima vegetal e do medicamento fitoterápico manipulado para atender à demanda dos serviços de saúde.

6.6 O processo da política em João Pessoa

Nas eleições municipais de 2004, o candidato eleito para prefeito de João Pessoa, Ricardo Vieira Coutinho, em suas propostas de governo, incluiu a implantação das práticas integrativas nos serviços de saúde do município de João Pessoa. Especificamente, prometeu criar um centro de práticas integrativas, espaço onde se concentrariam os profissionais que lidam com essas práticas, sem prejuízo da atuação de outros profissionais, em outros serviços da rede.

Como vereador, apresentou na Câmara Municipal de João Pessoa, um projeto de lei criando o Programa Municipal de Plantas Medicinais. O projeto foi aprovado e transformado em lei, mas o programa nunca foi posto em prática, pois a ideia não foi encampada pelo prefeito da época, nem pelos seus sucessores, todos adversários do então vereador.

A sua eleição, tal qual ocorreu com a eleição de Lula, criou uma janela de oportunidades para mudanças substanciais na maneira de conduzir a saúde e no bojo destas mudanças se incluía a questão das práticas integrativas.

Até então, nos serviços de saúde do município de João Pessoa, eram raros os profissionais de saúde que utilizavam as práticas integrativas, mesmo a Fitoterapia. De forma sistemática, apenas na Unidade de Saúde do Bairro dos Ipês, havia uma experiência neste sentido. A médica, Maria de Fátima Lacerda, uma entusiasta da Fitoterapia, criou na própria unidade um canteiro de plantas medicinais que era cuidado por pessoas da comunidade. Também criou uma pequena oficina de manipulação de preparações caseiras à base de plantas medicinais, que eram preparadas por uma farmacêutica, com experiência na área da Fitoterapia.

Nesta unidade de saúde, muitos pacientes eram tratados com a Fitoterapia, exclusivamente ou conjuntamente com o medicamento sintético. No entanto, a referida médica se queixava da falta de apoio da gestão no fornecimento de insumos para manter o canteiro de plantas medicinais e a oficina de manipulação, tendo ela que arcar com estes custos ou adquirindo recursos com um bazar onde se vendia objetos usados doados pela comunidade.

É importante ressaltar que na gestão anterior, correspondente ao período 2001-2004, já tinha havido tentativas de implementação da Fitoterapia, com a realização de um curso de capacitação de médicos, enfermeiros e farmacêuticos, num total de 40 profissionais, curso este feito através de uma parceria entre o Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas (SEBRAE), a UFPB e a Secretaria Municipal de Saúde.

Além disto, foi implantada uma oficina de manipulação de fitoterápicos, com ajuda do governo do Estado, por meio de cessão de equipamentos que tinham sido comprados com recursos do governo federal. Esta oficina funcionou em um espaço da Aldeia SOS, inicialmente destinado a um laboratório didático. Nesta oficina, eram produzidos cerca de 20 diferentes fitoterápicos, como xaropes, tinturas, alcoolaturas,

sabonetes e sabão líquido de plantas com atividade terapêutica nas principais doenças prevalentes no município.

Logo após Ricardo Coutinho assumir o cargo de prefeito do município a vigilância sanitária do Estado da Paraíba fechou a oficina, alegando que ela não preenchia os requisitos estabelecidos pelas normas sanitárias.

Uma das primeiras medidas da nova gestão na saúde foi a reformulação do organograma da secretaria de saúde para adequá-lo às propostas do governo. Na reformulação, foram criadas uma coordenação de Medicinas Naturais e Práticas Complementares e uma seção de Medicamentos Homeopáticos e Fitoterápicos.

A criação de estruturas administrativas, apenas, não garante o avanço de propostas a ela vinculadas, mas é importante quando há a vontade política de implementar as ações atinentes às propostas. Para assumir a coordenação de Medicinas Naturais e Práticas Complementares foi convidada a Professora Rinalda Guerra de Araújo, professora aposentada da UFPB e militante histórica na defesa das práticas integrativas, principalmente da Fitoterapia, da qual era professora.

Pela sua dedicação à Fitoterapia e pela rede de relacionamentos que dispunha nesta área, a sua nomeação renderia bons frutos e, certamente, daria impulso à implementação da Fitoterapia no SUS em João Pessoa. No entanto, ela pouco tempo ficou à frente da coordenação de Medicinas Naturais e Práticas Complementares, por achar que não tinha perfil para ser gestora. As pessoas que a sucederam, apesar da boa vontade, não tiveram força política e articulação com outros atores do campo da Fitoterapia para fazer a implementação da política tal qual foi formulada no âmbito nacional ou de formular uma política que, mesmo seguindo os moldes nacionais, contemplasse as peculiaridades locais.

Como foi dito acima, com a nova gestão abriu-se uma janela de oportunidade para a implementação da Fitoterapia no SUS. Outro fator importante foi a UFPB ter tradição no ensino, na pesquisa e na extensão da Fitoterapia.

Em relação ao ensino na pós-graduação e à pesquisa pode-se ressaltar a existência de um consolidado e bem avaliado programa de pós-graduação em nível de mestrado e doutorado em produtos naturais, com ênfase no estudo e na pesquisa de plantas da região. Em relação ao ensino na graduação, desde 1990, há o ensino da Fitoterapia nos cursos de graduação do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFPB e no curso de Farmácia da Universidade Estadual da Paraíba.

No campo da extensão, a UFPB tem tradição em trabalhos comunitários com plantas medicinais. Em 1993, foi criado o NEPHF, no Centro de Ciências da Saúde da UFPB. Este núcleo tem como objetivo o ensino, a pesquisa e a extensão na área das práticas integrativas.

A consolidação do ensino, da pesquisa e da extensão da Fitoterapia na UFPB confere legitimidade a esta prática de cura e cria um ambiente propício à sua implementação, visto que entre os entraves ao uso da Fitoterapia temos o desconhecimento, por parte dos profissionais de saúde e gestores, de noções mais aprofundadas sobre este tipo de tratamento, gerando desinteresse e preconceito em relação à sua prática.

O ensino, a pesquisa e a extensão na área da Fitoterapia na UFPB possibilitou a formação de um grupo de pessoas com conhecimento das propriedades farmacológicas e das indicações terapêuticas das plantas medicinais e em relação à formulação de políticas na área.

Devido a esta experiência, logo no início da gestão correspondente ao período 2005-2008, a UFPB foi chamada a colaborar na formulação de uma política municipal para as práticas integrativas e complementares. Ainda em 2005, com a colaboração entre a universidade e a secretaria municipal de saúde, foi produzido um esboço de uma política para o setor (SSMJP, 2005).

Esta política, em relação à Fitoterapia, previa a capacitação de profissionais da rede de serviços da atenção básica, principalmente de médicos, enfermeiros, dentistas e agentes comunitários da ESF para que eles pudessem prescrever plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos e, também, para que eles pudessem orientar o uso espontâneo que a população faz das plantas medicinais (SMSJP, 2005).

Para a viabilização da capacitação foi elaborado um formulário para ser preenchido pelos profissionais de saúde de nível superior inseridos na ESF para que eles informassem a respeito de seu interesse em trabalhar com a Fitoterapia, o seu nível de conhecimento a respeito desta terapêutica e a disposição para se capacitarem com esta finalidade.

O formulário foi encaminhado à direção de todos os distritos sanitários para que ele fosse repassado às equipes da ESF, o que foi feito. No entanto, o processo de devolução foi muito lento e mais da metade dos profissionais não o devolveu. Segundo relato feito por representante da secretaria municipal de saúde encarregado de analisar

os formulários, os dados neles contidos mostravam que era pequeno o número de profissionais de saúde que tinham conhecimento suficiente para utilizar a Fitoterapia no dia a dia dos serviços, mas que a maioria dos profissionais desejava fazer capacitação para que pudessem utilizá-la.

Em 2005, a equipe de planejamento da secretaria municipal de saúde elaborou um projeto para a construção de um CPIC, inclusive com o projeto arquitetônico que previa a existência de espaços para as diversas práticas e um laboratório para a produção de fitoterápicos.

Apesar deste intenso movimento no ano de 2005, nos anos subsequentes o processo arrefeceu. Diversas causas podem ser apontadas para isto. Uma delas é o fato de as pessoas da secretaria municipal de saúde que estavam encarregadas de comandar o processo não tinham muito peso político. Por isto suas demandas não tiveram a necessária acolhida.

Outro motivo diz respeito à complexidade e à quantidade das demandas na área da saúde. Quando a gestão correspondente ao período 2005- 2009 iniciou, encontrou sérios problemas no funcionamento dos serviços de saúde, tanto na assistência básica quanto nos níveis secundários e terciários. Na ESF, espaço privilegiado para a implementação da Fitoterapia, as equipes funcionavam em instalações precárias e com inadequado suprimento de equipamentos e insumos.

Então, a prioridade da gestão voltou-se para a consolidação das equipes da ESF, a construção física das USF e o seu aparelhamento. Além disto, houve uma desestruturação da parceria com a UFPB/NEPHF, o que prejudicou o processo.

Esta falta de prioridade necessariamente não quer dizer que não houvesse interesse da gestão municipal em implementar as práticas integrativas e a Fitoterapia no SUS. Ocorre que toda a assistência à saúde no Brasil e em João Pessoa está estruturada na lógica da Biomedicina e do tratamento com o medicamento sintético. Então, é dentro dela que se dá a demanda dos usuários por melhorias, mesmo que esta demanda ocorra de forma difusa e desorganizada. Desta forma, é mais lógico a gestão buscar incrementar os serviços de saúde, no modelo existente.

A implementação da Fitoterapia e das outras práticas integrativas implica a estruturação de serviços a partir do nada, ou quase isto, sendo necessário, pois, construir os espaços físicos, adquirir os insumos, capacitar os recursos humanos.

Enquanto o processo se encontrava no estágio da discussão teórica, da formulação da política, da definição de ações, ele foi mantido. Mas quando ele atingiu a etapa da implementação, houve a desaceleração.

Além dos motivos acima expostos, há que se considerar outro que diz respeito à forma como o processo foi posto em prática. Em nenhum momento, a discussão da implementação da Fitoterapia ocorreu em um cenário que envolvesse muitos atores. Praticamente, apenas um grupo de pessoas do corpo técnico da secretaria municipal de saúde, alguns profissionais de saúde e professores da UFPB se envolveram no processo. De fato, nunca houve uma demanda consistente e organizada vinda de usuários, profissionais de saúde, gestores e pessoas que militam no campo da Fitoterapia e das demais práticas integrativas para que fosse formulada e implementada uma política.

Esta era um desejo e uma aspiração de um grupo restrito que entendia ser importante a inserção destas práticas nos serviços de saúde por diversas razões, entre elas o fato de haver uma política de âmbito nacional para estas terapêuticas. Portanto, a construção da política ocorria no formato que, no campo das políticas públicas, se denomina *top down* (VIANA; BAPTISTA, 2008).

Este tipo de processo implica diversos riscos, como a falta de uma base de apoio mais ampla e consistente capaz de dar suporte à continuidade da política, nos momentos em que os cenários lhes são desfavoráveis. A formulação do tipo *top down*, em oposição ao tipo *bottom up*, à primeira vista pode parecer mais fácil de ocorrer, pois não lida com muitos conflitos, por restringir os atores (VIANA; BAPTISTA, 2008). No entanto, ela perde em termos de legitimidade e resistência aos percalços que ocorrem no ciclo de qualquer política, mesmo sendo esta uma política setorial, que não contraria tantos interesses.

A partir do segundo ano, o processo de formulação da política ficou em estagnação. Apesar do grupo constituído no âmbito da secretaria para tratar da questão ter permanecido, ele não tinha a vitalidade de antes. Em termos de ação prática, quase que não havia movimento. De forma isolada, alguns profissionais de saúde utilizavam as plantas medicinais em suas prescrições.

Em 2007, a coordenação do NEPHF, por sugestão de uma médica do município, que utilizava a Homeopatia e a Fitoterapia na ESF, solicitou uma audiência ao prefeito municipal na qual lhe foi cobrada a retomada das discussões sobre a política, com ações concretas para a sua implementação.

Na ocasião, ele reconheceu que a implementação da política estava estagnada, mas afirmou que a sua disposição para levar a cabo esta tarefa permanecia. Alegou a sobrecarga da secretaria municipal de saúde para atender às demandas corriqueiras da assistência do modelo tradicional, o que dificultava a utilização de recursos financeiros e humanos para implementar a política de práticas integrativas, na qual se inseria a Fitoterapia. Apesar de ter afirmado que tomaria providências para a retomada do processo, isto não ocorreu.

Concretamente, o processo só foi retomado quando o prefeito iniciou a segunda gestão, correspondente ao período de 2009-2013. Embora tenha permanecido a secretária de saúde da gestão anterior, para chefiar a coordenação de Medicinas Naturais e Práticas Complementares foi designada nova pessoa, que conseguiu retomar as ações para a implementação da política.

Houve o fortalecimento do grupo no âmbito da secretaria municipal de saúde e sua ampliação com a entrada de profissionais da ESF, principalmente os apoiadores do NASF. Mas permaneceu o mesmo formato da primeira gestão, isto é, sem o envolvimento dos usuários e de um contingente mais significativo de profissionais de saúde. As ações pensadas ou realizadas eram mais afinadas com a necessidade da gestão do que com as necessidades de uma política que considerasse as necessidades dos usuários.

Em nenhum momento, houve participação de pessoas com maior força política nas discussões atinentes à política como a secretária da saúde, sua secretária adjunta, o chefe de gabinete ou diretores de outras seções, o que mostra que a implementação das práticas integrativas não era uma prioridade do governo municipal.

Nos dois primeiros anos da segunda gestão (2009 e 2010), houve eventos como oficinas de sensibilização para profissionais da rede e um seminário sobre as práticas integrativas no qual esteve presente Carmen de Simoni, a coordenadora da PNPIC, no âmbito nacional. Este seminário foi amplamente divulgado e dele participaram cerca de 300 profissionais da rede, pessoas do corpo técnico da secretaria municipal de saúde e a titular da secretaria de saúde que reafirmou o compromisso da gestão de fazer a implementação das práticas integrativas nos serviços de saúde (SSMJP, 2011a).

No ano de 2011, foram tomadas as providências para a instalação de centros de práticas integrativas. Iniciou-se a construção do CPIC no bairro dos Bancários. Também

foi iniciada a reforma de um prédio no bairro Valentina Figueiredo para a instalação de um CPIC de menor porte (SSMJP, 2012b).

Em abril de 2011, foi inaugurado, no Parque Arruda Câmara, um núcleo de práticas integrativas, de pequeno porte. Devido à característica do parque e por nele funcionar uma escola de meio ambiente, neste núcleo há um horto medicinal que produz mudas para a distribuição com os usuários e para o fornecimento de matéria prima vegetal para suprir a demanda das prescrições deste núcleo (SSMJP, 2012b).

No segundo semestre de 2011, foi feito um curso de capacitação em Fitoterapia para médicos, enfermeiros e dentistas da ESF, com carga horária de 60 horas e 40 vagas disponíveis. O objetivo deste curso era fornecer a estes profissionais os conhecimentos necessários para que eles utilizassem as plantas medicinais e os medicamentos fitoterápicos nas suas prescrições e pudessem orientar o uso espontâneo que a população faz das plantas medicinais (SSMJP, 2012b). As vagas foram preenchidas mediante levantamento informal dos profissionais que tinham interesse na Fitoterapia.

O desenvolvimento do curso deixou a desejar, por vários motivos. Um deles diz respeito ao conteúdo programático. Mesmo sendo um curso de Fitoterapia, nele foram incluídos assuntos relacionados à terapia comunitária, o que subtraiu tempo que seria utilizado para assuntos da Fitoterapia. Outra deficiência estava relacionada ao corpo docente. Em cursos deste tipo é aconselhável que os professores tenham suficiente conhecimento em Fitoterapia e habilidade na forma de transmiti-lo. Por estes critérios, os professores ministrantes deveriam ser da UFPB. Devido a questões técnicas, optou-se por profissionais da própria secretaria municipal de saúde, o que comprometeu a qualidade do curso.

Também houve falhas em relação à exigência de assiduidade e pontualidade às aulas. Mesmo tendo sido colocado no início do curso que isto seria aferido, no decorrer dele, este controle foi sendo relaxado, o que acarretou o esvaziamento do curso. É possível afirmar que o aporte de conhecimento não foi suficiente para que os profissionais que dele participaram passassem a utilizar a Fitoterapia, a não ser que haja por parte deles um esforço de adquirir conhecimentos por conta própria, o que não é algo difícil, em se tratando da Fitoterapia.

Teria sido diferente se o curso tivesse sido ministrado pelo NEPHF. Em 2009, houve negociações para que o NEPHF realizasse um curso de capacitação para profissionais da rede, com carga horária de 60 horas. Diversas reuniões ocorreram para

montar o conteúdo programático, a metodologia de ensino e o período de realização. Mas a capacitação não chegou a se realizar devido a problemas burocráticos.

Tendo em vista que os profissionais da rede não têm o necessário embasamento teórico e prático com a Fitoterapia que os habilite a usar este tipo de tratamento, a capacitação daqueles que têm interesse em adquirir este conhecimento é necessária para que ocorra a implementação. A não resolução de problemas que dificultam ou impedem a capacitação é uma demonstração da falta de prioridade para a política.

Como explicitado anteriormente, diversos fatores dificultaram a implementação da política entre eles a falta de envolvimento de atores que seriam imprescindíveis. Nas reuniões que houve para discutir a sua formulação ou para definir ações e atividades a elas relacionadas, não houve envolvimento dos usuários. Os que foram entrevistados afirmaram que não participaram de eventos relacionados à implementação da Fitoterapia e das práticas integrativas e quando tomaram conhecimento isto ocorreu de forma muito vaga.

Olha, eu tomei conhecimento da reunião, inclusive foi ventilado isso lá no SESC e eu achei o projeto muito benéfico. Agora, eu pensei de não ir avante haja vista o bloqueio que existe por causa do fator financeiro, porque hoje tudo gira em torno das finanças, né? (E17)

Não, não, nunca tomei conhecimento não (...). A primeira vez que eu vi foi justamente nessa reunião de agora, que o senhor abordou esse assunto. Mas eu não sabia. (E19)

Dos profissionais de saúde que foram entrevistados, alguns não participaram deste processo, embora todos tenham tomado conhecimento de que ele estava ocorrendo.

Não, não participei de nenhuma reunião. Não soube de nada (E5)

Não, eu respondi um questionário (que) chegou aqui na unidade pra responder se você gostava de trabalhar com fito, se conhecia, se tinha interesse em participar, mas até agora, eu não fui chamada pra participar de nada, não. (E3)

Eu participei de alguns encontros de práticas integrativas aqui em João Pessoa. Teve um que houve há um ano ou dois anos atrás, lá no UNIPÊ (...) isso tá sendo proposto já há muito tempo, mas aos poucos tá sendo colocado em prática. (E4)

Diferentemente, os gestores e os professores/pesquisadores da UFPB, unanimemente, disseram que participaram do processo de discussão da política, mas reconhecem que ele foi esvaziado em relação à participação dos atores que têm envolvimento com a Fitoterapia e com as práticas integrativas e dos usuários a quem se destina a política.

Tenho participado das discussões, inclusive da formulação... Então, ao longo dessa minha formação, eu acompanhei inúmeras discussões com relação às políticas das práticas integrativas e complementares e da Política Nacional de Plantas Medicinais e de Fitoterápicos (E14)

Bem, aqui dentro da universidade nós fomos chamados, enquanto professores, né? Nós somos professores de Fitoterapia, fomos chamados por alguns (...) pelo município e nós nos dispusemos, nos colocamos à disposição de dar apoio, de participar, de fazer cursos formadores, de ajudar com relação à pesquisa, mas essas reuniões elas, do ponto de vista do retorno para a universidade, ainda têm muito a desejar. Nada ficou consolidado, pelo menos naquela forma como nós percebíamos (E12).

O Conselho Municipal de Saúde (CMS), instância máxima de discussão e deliberação em relação às políticas de saúde do município ficou à margem do processo. Somente em quatro reuniões houve menção à política. Duas vezes como informes a respeito de eventos da secretaria de saúde relacionados à política e duas vezes como ponto de pauta para a aprovação da construção dos CPIC, conforme comprovam as atas de reunião do período.

Além do caráter restrito das discussões relacionadas à política, tanto as que diziam respeito à formulação quanto as referentes à implementação, este alheamento do CMS demonstra o seu caráter burocrático e homologador das demandas vindas da gestão. O CMS deveria ter sido importante agente neste processo, pois, legalmente, é o mais importante órgão de controle social, no âmbito municipal.

O ano de 2012 corresponde ao período mais rico em relação à implementação da Fitoterapia no SUS em João Pessoa. Foi neste ano que a programação anual de saúde trouxe uma seção exclusiva com as ações e as atividades previstas para a implementação das práticas integrativas, bem como a especificação de recursos para o seu custeio (SMSJP, 2013c).

As ações e as atividades propostas tinham um caráter amplo e envolviam capacitação de profissionais, aquisição de insumos e instalação de canteiros de plantas medicinais em algumas USF (SMSJP, 2012c).

De todas as ações e atividades previstas na programação anual de saúde de 2012, destacamos a capacitação dos profissionais de saúde, pelas razões já expostas acima, e a instalação de canteiros de plantas medicinais.

Já afirmamos que uma das dificuldades em relação à implementação da Fitoterapia é a estruturação da assistência farmacêutica ser focada no medicamento sintético. Para que a implementação seja feita, é necessário que haja acesso às plantas medicinais e ao medicamento fitoterápico, conforme as diretrizes da PNPIC (BRASIL, 2006b).

O acesso dos usuários às plantas medicinais será possível se o município implantar hortos centrais com a finalidade de suprir as demandas dos serviços e canteiros de plantas medicinais nas USF onde houver terreno e pessoas disponíveis para a sua implantação e manutenção.

Os canteiros nas USF, além da importância relacionada ao fornecimento das plantas para suprir as prescrições, também são importantes para o fornecimento de mudas para que os usuários cultivem em suas casas as plantas que podem ser utilizadas nas doenças mais prevalentes. A tudo isto, soma-se a possibilidade de envolvimento de pessoas da comunidade na construção e manutenção destes canteiros, o que favorece a participação popular na implementação da política, que é uma das diretrizes da PNPIC (BRASIL, 2006b).

Em relação ao fornecimento de fitoterápicos industrializados, mesmo havendo esta possibilidade legal praticamente nunca houve a aquisição de medicamentos fitoterápicos pelo município de João Pessoa, conforme já foi explicitado anteriormente.

Em João Pessoa, a produção de fitoterápicos manipulados nas oficinas de manipulação/Farmácias Vivas, ainda não foi viabilizada. No projeto do CPIC do bairro dos Bancários estava previsto um laboratório e um canteiro de plantas medicinais. O CPIC está em funcionamento desde agosto de 2012, mas o laboratório (Farmácia Viva) não está em funcionamento devido à ausência de equipamentos necessários para a produção de fitoterápicos (SMSJP, 2013b).

Na programação anual de saúde de 2012 estava prevista a implantação de canteiros de plantas medicinais em 50% da USF, mas só foram implantados cinco, três

deles pelo NEPHF que tem um projeto de extensão de apoio à implementação da Fitoterapia no SUS (SMSJP, 2013a).

Além de haver poucos profissionais de saúde com conhecimento sobre a Fitoterapia, pela inexistência de capacitação, dificultando a utilização deste tratamento nos serviços de saúde há a quase impossibilidade de acesso às plantas medicinais e o medicamento fitoterápico, quer seja ele manipulado ou industrializado.

Estes movimentos de avanços e estagnação demonstram que a implementação da Fitoterapia tem ocorrido sem a definição de uma política de forma consistente, com clareza nos objetivos, ações, metas e atividades.

A política existe, mas de forma inconsistente e assistemática, construída de forma restrita e sem a participação de atores importantes, e de cima para baixo. É emblemática deste processo a construção formal de um projeto de política. Em dois momentos isto ocorreu. Um, em 2005. O outro, em 2012.

Nesse último momento, aproveitando o acúmulo de discussão e de experiências concretas de todo o período, a Coordenação de Práticas Integrativas realizou uma série de reuniões com pessoas do corpo técnico da secretaria, profissionais da rede e professores da UFPB e formulou um projeto de Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares (PMPIC).

No entanto, ao invés deste projeto ser encaminhado ao CMS para discussão e aprovação para depois ser encaminhado à Câmara Municipal como proposta do executivo para ser transformado em lei, ele foi “doado” ao vereador Ubiratan Pereira que o apresentou à câmara como um projeto individual.

A aprovação de uma política mediante projeto oriundo do executivo, discutido e aprovado no CMS e aprovado no legislativo, tem legitimidade muito maior e de forma mais intensa obriga o gestor municipal a colocá-la em prática.

6.7 Os atores da política no âmbito nacional

Na construção da PNPIC e da PNPMF, em âmbito nacional, diversos atores estiveram implicados: entidades nacionais que representam as práticas integrativas e especificamente a Fitoterapia, as entidades nacionais representativas das categorias de profissionais da área da saúde, o Ministro de Estado da Saúde e seus subordinados imediatos, corpo técnico do Ministério da Saúde, o CNS, gestores estaduais e

municipais com experiência na implementação da Fitoterapia e de outras práticas integrativas, usuários, professores/pesquisadores das universidades e instituições afins.

Quando ocorreu a primeira reunião das entidades ligadas às práticas integrativas e o Ministro de Estado da Saúde, elas demonstraram ao ministro a necessidade da construção de uma política para as práticas integrativas para dar suporte legal, técnico e financeiro às experiências de implementação destas práticas que já vinham ocorrendo na rede pública de alguns municípios e estados. A ausência de uma política de âmbito nacional acarretava a ausência de diretrizes específicas, fazendo com que estas experiências tivessem processos desiguais e descontinuados, sem a devida formalização e registro bem como acarretando um inadequado fornecimento de insumos. Esta desigualdade na implementação acarretava dificuldade no acompanhamento e avaliação destas experiências (BRASIL, 2006b).

O ministro se mostrou receptivo à ideia e, por sua recomendação, foi instituído um grupo de trabalho coordenado pelo Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Assistência à Saúde e pela secretaria executiva, com a participação de representantes das Secretarias de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos e de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde/MS; Agência Nacional de Vigilância Sanitária e associações brasileiras de Fitoterapia, Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica, para a discussão e implementação das ações no sentido de se elaborar a política nacional (BRASIL, 2006b).

Para Thomas e Gilson (2004), considerando-se as categorias interesse e poder, os atores podem ser classificados em quatro tipos. Os que têm muito interesse e muito poder são denominados jogadores. Os que têm muito interesse e pouco poder, eles são chamados de sujeitos. Os que têm pouco interesse e muito poder são os líderes e os que têm pouco interesse e pouco poder, que é a população (usuários).

De acordo com esta tipologia, podemos afirmar que o Ministro Humberto Costa pode ser considerado um jogador, pois demonstrou muito interesse na construção da política, como pode ser deduzido do fato de ter dado seguimento à ideia através da constituição de grupos de trabalho.

Durante o período em que esteve à frente do Ministério da Saúde, de 01/01/2003 a 08/07/2005, deu o respaldo político ao trabalho de formulação da PNPIC, patrocinando a realização de eventos para discutir esta questão e dando apoio aos grupos e subgrupos de trabalho que foram encarregados da discussão das diversas

práticas integrativas que foram contempladas na PNPIC e na PNPMF e conduziu o processo de avaliação pelas câmaras técnicas do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde e a pactuação na Comissão Intergestores Tripartite, que ocorreu no dia 17 de fevereiro de 2005 (BRASIL, 2006b).

Após sua saída, o novo ministro José Saraiva Felipe, que esteve à frente do MS no período de 08/07/2005 a 31/03/2006 também foi um ator com interesse na questão e deu suporte aos que defendiam a construção da PNPIC. Foi neste período que ocorreu a discussão e aprovação da política no CNS.

Após a aprovação no CNS, na reunião realizada nos dias 14 e 15 de dezembro de 2005, o texto da PNPIC foi para o gabinete do ministro da saúde, para ser publicado sob a forma de portaria. Devido à demora na publicação, o ministro foi cobrado a este respeito na reunião do CMS, realizada nos dias 08 e 09 de março de 2006, ocasião em que ele ressaltou o seu posicionamento favorável à política e seu histórico de posicionamento favorável às práticas integrativas, especialmente a Fitoterapia.

(...) Quem conhece a minha história de vida sabe que nos cargos que ocupei eu não só patrocinei quanto cultivei a questão da medicina alternativa. Para quem não sabe, eu até escrevi um livro sobre medicinas alternativas. Eu estive na Índia e fiquei muito impressionado. Assim, escrevi o livro chamado “Encontro com o mundo da medicina das plantas e dos minerais”.

(...) Quando eu era Secretário de Serviços Médicos e coordenador da CIPLAN, nós assumirmos uma postura nesse sentido e, na época, havia muito mais preconceito do que hoje. Faz mais de 20 anos. Para vocês terem uma ideia, eu respondi, por causa da Fitoterapia, um processo ético no Conselho Federal de Medicina que achou que eu estava patrocinando o charlatanismo. Hoje a visão é outra e o próprio Conselho Federal de Medicina foi incorporando várias dessas práticas complementares dentro do seu elenco. Mas naquela época, tudo isso estava excluído (CMS, 2006c. pág. 2).

No entanto, ao deixar o ministério, no dia 31 de março de 2006, para cumprir a desincompatibilização necessária para que pudesse concorrer a novo mandato de deputado federal por Minas Gerais, a portaria que continha a PNPIC ainda não havia sido publicada o que veio a ocorrer em maio do mesmo ano quando o ministro da saúde era José Agenor Álvares da Silva, até então secretário executivo do ministério e que ocupou a titularidade do cargo de ministro no período de 31/03/2006 a 16/03/2007. Foi

na sua gestão que foi publicada a PNPMF, o que demonstra a sua importância como ator no processo.

Outros importantes atores foram as entidades nacionais representativas das práticas integrativas. As práticas integrativas entraram na agenda política devido à solicitação destas entidades que foi feita ao Ministro de Estado da Saúde, logo no início do governo Lula. Todavia, anteriormente, diversos eventos importantes da área da saúde aprovaram a implementação destas práticas nos serviços de saúde como a 8ª (1988), 10ª (1996), 11ª (2000) e 12ª (2003) Conferências Nacionais de Saúde e a 1ª Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica (2003), (BRASIL, 2006b).

A aprovação desta demanda nestas conferências e em outros eventos afins foi fruto de intenso trabalho destas entidades, não apenas na fase nacional, mas também nas fases locais, regionais e estaduais (BRASIL, 2006b).

Estas entidades tiveram importante papel na fase de discussão da política, No caso da Fitoterapia, elas participaram dos fóruns que precederam a formulação da PNPIC e PNPMF. No subgrupo de trabalho denominado de Plantas Medicinais e Fitoterapia que era coordenado pela Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, ao lado da Secretaria Executiva do MS, da Secretaria de Atenção à Saúde, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, da Fiocruz – Farmanguinhos e da Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina participaram cinco entidades representativas da Fitoterapia, de âmbito nacional: Associação Nacional de Fitoterapia em Serviços Públicos (ASSOCIOFITO), Instituto Brasileiro de Plantas Medicinais (IBPM), Associação Brasileira de Fitomedicina (SOBRAFITO); Rede Latino-Americana Interdisciplinar de Plantas Medicinais (RELIPLAN) (BRASIL, 2006a).

Além da fase de formulação, as entidades que representam as práticas integrativas fizeram intenso trabalho de pressão quando a portaria estava para ser assinada no gabinete do ministro da saúde, Saraiva Felipe e, posteriormente, José Agenor visto que as entidades médicas, tendo à frente o CFM, se opunham à publicação da portaria com a PNPIC da mesma forma que se opuseram à sua aprovação no CNS.

Artigo intitulado “Ao persistirem os sintomas, consulte um médico”, publicado no site do CFM, no dia 13 de agosto de 2006, expressa fielmente o posicionamento das entidades médicas a respeito das práticas integrativas:

O Ministério da Saúde criou recentemente a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, por intermédio da polêmica Portaria 971. Sem levar em consideração a opinião de entidades médicas de todo o Brasil, abriu a possibilidade da Acupuntura ser aplicada no Sistema Único de Saúde (SUS) por quaisquer profissionais de saúde. Também deu aval para que os pacientes da rede pública sejam “tratados” com terapias sobre as quais não existem evidências científicas de eficácia (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2006. pág.1).

(...) Pensam assim: quem tem dinheiro contrata um plano de saúde ou vai à consulta particular. Os outros, cerca de 150 milhões de brasileiros, que se submetam a tratamentos sem eficiência comprovada e à assistência sem médicos, pois, dizem eles, médicos fazem tudo custar caro demais. Não passa de uma grande falácia (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2006. pág.1).

Na reunião do CNS realizada nos dias 08, 09 e 10 de novembro de 2005, na qual foi discutida a PNPIC, Francisco das Chagas Monteiro Filho, representante das entidades nacionais de representação dos médicos e do CFM solicitou:

(...) que fosse reproduzido o documento “Medicina Natural e Práticas Complementares”, produzido pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), a fim de também servir de subsídio para discussão do tema. Também apresentou a sugestão do CFM de substituir o termo “Política de Medicina Natural” por “Política de Medicina Integrativa”, que consiste na medicina que utiliza o conhecimento científico convencional agregado ao conhecimento tradicional (milênar ou centenário), também científico, excluindo práticas alternativas baseadas em credices, mitos e magias e está associada a modelos terapêuticos complementares, tais como Acupuntura, Homeopatia e Fitoterapia, acrescida de modelos propedêuticos tais como a Medicina Antroposófica. Considerou, ainda, que as práticas terapêuticas (Acupuntura, Homeopatia e Fitoterapia) necessitavam de diagnóstico prévio e que a Medicina Tradicional Chinesa não se resumia à acupuntura. Por fim, destacou que as práticas medicinais eram feitas por médicos e as terapêuticas poderiam ser praticadas por outros profissionais da área da saúde (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2005a. pág. 3).

Em relação à Fitoterapia, as resistências são menores. Desde 1992, o CFM reconhece a Fitoterapia como um método de tratamento. Mas este reconhecimento não implicou o incentivo para o uso de plantas medicinais e de fitoterápicos por parte dos médicos. Como regra, eles resistem a usá-los de forma mais intensa por desconhecimento das suas indicações terapêuticas e por acharem que não há estudos científicos que comprovem a sua eficácia e sua segurança.

Enquanto as entidades médicas, notadamente o CFM, se opuseram a formulação da PNPIC (principalmente) e da PNPMF as demais entidades de profissionais de saúde se mostraram favoráveis a elas. Aproveitando a ausência do profissional médico neste campo, a demais profissões da área da saúde as reconhecem como próprias do seu campo de atuação.

A Enfermagem foi uma das primeiras a reconhecer as terapias integrativas (na resolução, chamadas de alternativas), através da Resolução 197/1997 do Conselho Federal de Enfermagem. Esta resolução não especifica que terapias ela contempla, dando a entender que todas elas podem ser exercidas pelos enfermeiros, desde que o profissional de Enfermagem tenha concluído e sido aprovado em curso reconhecido por instituição de ensino ou entidade congênere, com uma carga horária mínima de 360 horas (CONSELHO NACIONAL DE ENFERMAGEM, 1997).

A possibilidade de extensão do mercado de trabalho para os profissionais de sua área explica a forte atuação destas entidades na defesa da PNPIC e da PNPMF.

Outro ator importante na formulação e na implementação da Fitoterapia e das demais praticas integrativas foi o corpo técnico do MS. No subgrupo de Fitoterapia que formulou a PNPIC participaram técnicos da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, da Secretaria Executiva do MS, da Secretaria de Atenção à Saúde, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária e da Fiocruz–Farmanguinhos (BRASIL, 2006b).

E para a elaboração da PNPMF, o governo federal instituiu, por meio do Decreto Presidencial de 17 de fevereiro de 2005, uma comissão interministerial que envolveu, transversalmente, vários níveis e instâncias governamentais na coleta sistemática de subsídios com este intuito (BRASIL, 2006a).

Idêntico procedimento ocorreu na elaboração do Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e em outras ações relacionadas à implementação da PNPMF, como a elaboração da RENISUS, a inclusão de medicamentos fitoterápicos na assistência farmacêutica da atenção básica, a elaboração do Formulário de Fitoterápicos da Farmacopeia Brasileira e a elaboração de resoluções da ANVISA que tratam de diversos aspectos do medicamento fitoterápico como a que trata do registro o que demonstra a visão elitista da formulação da política e o caráter *top down* de sua implementação.

Para Kingdon (1995), o espaço político onde se forma a lista de assuntos e problemas que são considerados importantes para o governo e para sociedade se chama agenda e ela é de três tipos: a sistêmica, a governamental e a decisória ou política.

Os professores/pesquisadores foram atores que deram à Fitoterapia e às práticas integrativas a legitimidade para que elas entrassem na agenda política ou decisória no sentido que Kingdon (1995) dá aos diversos tipos de agenda.

Por muito tempo, a Fitoterapia foi relegada ao segundo plano e tida como prática de cura ligada ao conhecimento popular sobre as plantas medicinais, sem comprovação científica e com capacidade limitada de cura das doenças. Quando as plantas medicinais começaram a ser objeto de pesquisa que comprovaram a sua eficácia e a sua segurança e o ensino da Fitoterapia começou a ser reintroduzido nos cursos de graduação, a Fitoterapia ganhou legitimidade para demandar uma política de âmbito nacional. Para isto também foi importante as experiências de implementação em alguns municípios. Neste processo, os professores/pesquisadores foram peça chave, pois ao ensiná-la e ao pesquisá-la, na academia, lhe deram o *status* de confiabilidade.

Para fundamentar a formulação da política, houve eventos de âmbito nacional (fóruns, seminários, reuniões de trabalho) e a constituição de grupos de trabalho onde a participação destes atores foi marcante, pois eles detêm o conhecimento não apenas sobre a Fitoterapia, mas também sobre a formulação de políticas de saúde.

Além da PNPIC e da PNPMF, estes atores foram atuantes em outras ações da implementação como a introdução de fitoterápicos na assistência farmacêutica da atenção básica, a criação da RENISUS, a elaboração do Formulário Fitoterápico da Farmacopeia Brasileira, entre outras (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Igualmente, atuaram quando os opositores da implementação utilizaram a mídia para criticar a medida sob o argumento de que a PNPIC e a PNPMF são formas de criar uma medicina para pobres (CFM, 2006) e uma temeridade por fornecer à população medicamentos fitoterápicos sem a devida comprovação científica de sua eficácia e segurança

Professores/pesquisadores replicaram que a implementação da Fitoterapia e das outras práticas integrativas é uma medida que reforça os princípios do SUS como a integralidade e a participação popular (BRASIL, 2006b), além de promover a equidade, pois os usuários que têm planos de saúde têm acesso a profissionais que lidam com

algumas destas práticas, principalmente a Fitoterapia, a Homeopatia e a Acupuntura e os que não têm precisam recorrer aos serviços de saúde do SUS.

Com a criação da política, o ensino da Fitoterapia foi incrementado e estes atores ganharam mais importância, pois como consequência do aumento do ensino da Fitoterapia também aumentarão os programas de pós-graduação nesta área bem como haverá o crescimento de dissertações e teses sobre diversos aspectos da Fitoterapia em programas de pós-graduação com linhas de pesquisas afins a esta forma de tratamento.

Devido a isto, professores/pesquisadores ganharam mais visibilidade e suas opiniões a respeito da Fitoterapia e das outras práticas integrativas passaram a ter peso significativo na formação de um entendimento de que a implementação destas práticas no SUS é necessária e oportuna.

No que concerne aos usuários, a sua participação como atores na formulação da proposta foi insignificante, tanto nos eventos quanto nos grupos de trabalhos onde se discutiu a política. O mesmo ocorreu no processo de discussão da PNPIC no CNS. Os representantes dos usuários pouco participaram dos debates que foram polarizados entre o representante da categoria médica e os representantes das demais categorias de profissionais de saúde. Este fato se explica, em parte, por os representantes dos usuários não serem vinculados a movimentos e entidades que lidam com a questão da Fitoterapia (CNS, 2005b).

No entanto, o motivo maior foi a forma de condução da formulação da política dentro de uma visão elitista, que privilegia aqueles atores que detém o conhecimento técnico e político que envolve a formulação de uma política (VIANA; BAPTISTA, 2008)

Entretanto, quando se analisa a implementação da política, a participação dos usuários como atores cresce de importância e isto se dá basicamente pela demanda pelos serviços e pelo apoio ao seu funcionamento. É crucial para a implementação da Fitoterapia e das demais práticas integrativas que os serviços que as oferecem sejam bastante procurados pela população e que esta os avalie bem.

Por ocasião da deflagração do processo de formulação da PNPIC foi feito um levantamento dos municípios que tinham serviços de saúde que ofereciam as práticas integrativas. Em 2004, quando os dados foram consolidados, dos municípios que enviaram o formulário que buscava esta informação, em 230 deles havia serviços que

ofertavam as práticas integrativas com concentração nas capitais e nas cidades de grande porte (BRASIL, 2006b)

Em 2008, dois anos após a aprovação da PNPIC e da PNPMF, havia 1340 municípios com serviços de saúde que ofertavam as práticas integrativas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011) Na área da Fitoterapia há o favorecimento da participação dos usuários como atores na implementação de canteiros de plantas medicinais, de hortos municipais para a produção de matéria prima e também nas oficinas de manipulação, além da troca de conhecimento entre população e profissionais de saúde.

Conforme Capela, (2007) nas diversas fases do ciclo de uma política, os atores podem assumir posicionamentos variáveis e adotar diferentes estratégias visando a melhor defender seus interesses. Por esta razão, eles podem ter uma atuação visível ou invisível. Neste caso, eles podem se utilizar de atores visíveis para explicitar seu ponto de vista.

Nesta categoria de ator invisível, podemos incluir a indústria farmacêutica. Não é do seu interesse o desenvolvimento das práticas integrativas tendo em vista que a maior parte delas não utiliza medicamentos industrializados. E quando isto ocorre, os medicamentos são de outra natureza dos medicamentos sintéticos, como ocorre com a Homeopatia.

No caso da Fitoterapia, que é uma forma de tratamento do campo da Biomedicina, embora também o seja da Medicina Tradicional Chinesa e da Medicina Ayurvédica, ela pode ser utilizada através de medicamentos fitoterápicos industrializados, mas pode também ser utilizada através de medicamentos fitoterápicos manipulados em oficinas de manipulação/Farmácias Vivas dos serviços públicos que são espaços de manipulação de características mais simples do que um laboratório ou uma indústria farmacêutica.

Com a regulamentação das Farmácias Vivas estas oficinas de manipulação foram englobadas neste novo espaço de produção de fitoterápicos e drogas vegetais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). No entanto, pelo menos até agora, no Brasil, a Fitoterapia tem seu uso majoritário através de plantas medicinais *in natura* ou de drogas vegetais o que implica que ela retira muitos consumidores da indústria farmacêutica.

A busca por formas de tratamento menos agressivas é um fenômeno mundial. E neste contexto se insere o crescimento do uso de medicamentos fitoterápicos industrializados (CARVALHO, 2008). Considerando o fato de que o Brasil é um dos

países mais populosos do mundo e que o mercado consumidor de medicamentos tem crescido tanto na esfera pública quanto na esfera privada, é plausível supor que valores vultosos estão envolvidos nesta questão.

As indústrias farmacêuticas que produzem os medicamentos sintéticos também produzem medicamentos fitoterápicos. À primeira vista, a migração para a Fitoterapia não implicaria perda de consumidores. No entanto, a migração do tratamento com medicamento sintético para o tratamento com a Fitoterapia não necessariamente ocorre para os medicamentos fitoterápicos industrializados. Ela pode ocorrer para os medicamentos fitoterápicos manipulados nas oficinas de manipulação/Farmácias Vivas ou para o uso de plantas medicinais *in natura* ou processadas (drogas vegetais), o que acarretaria prejuízos à indústria farmacêutica.

Mesmo que ocorresse a migração para o uso do medicamento fitoterápico industrializado não compensaria as perdas do não uso do medicamento sintético. Sendo o medicamento fitoterápico feito da planta, tal qual está na natureza, sem acréscimo de substâncias que não sejam vegetais e estas não podendo ser princípios ativos isolados, o medicamento fitoterápico não pode ser patenteado. Em tese, qualquer indústria farmacêutica pode produzir medicamentos fitoterápicos de uma planta que tem indicação terapêutica comprovada. E é da venda de medicamentos sintéticos patenteados que a indústria farmacêutica mais auferir lucros, principalmente se o medicamento patenteado tem grande apelo comercial.

De forma visível e explícita, a indústria farmacêutica não se posicionou durante o processo de formulação e decisão da PNPIC e da PNPMF, o que não quer dizer que ela estivesse neutra em relação à política, pois, segundo Alford (1995) os interesses estruturais dominantes se beneficiam de uma rede de instituições políticas, legais e econômicas que garantem a sua predominância sobre os interesses desafiadores que garantem que a situação que beneficia estes interesses será mantida.

A formação dos profissionais de saúde e a estruturação do sistema de saúde de acordo com a visão da Biomedicina garante que o medicamento sintético seja a principal ferramenta de cura das doenças. Esta sintonia implica que os próprios profissionais de saúde, notadamente os médicos, saiam em defesa da superioridade do medicamento sintético sobre o uso de plantas medicinais e de medicamentos fitoterápicos.

Ao longo deste período, em diversas ocasiões, apareceram reportagens na mídia em que representantes da categoria médica lançaram dúvidas, ou negaram peremptoriamente, a eficácia e a segurança da Fitoterapia e de outras práticas integrativas (CARRARA, 2010).

É emblemático da forma como as consolidadas estruturas políticas, econômicas, legais e científicas garantem a prevalência dos interesses estruturais dominantes o fato de em sucessivas licitações da Prefeitura Municipal de João Pessoa haver a inclusão de medicamentos fitoterápicos na lista de medicamentos para serem adquiridos e as indústrias farmacêuticas e as distribuidoras não se interessarem em vendê-los. E quando este interesse ocorreu, os medicamentos oferecidos foram aqueles de plantas que não são nativas, como o ginkgo biloba, sendo o medicamento fitoterápico a única forma acessível ao consumidor.

A análise da atuação dos principais atores envolvidos nas diversas etapas do ciclo da PNPIC e da PNPMF, principalmente na fase de discussão e aprovação no CNS (CNS, 2005a; CNS, 2005b; CNS, 2006a) segundo a teoria de Alford (1975), mostra que as entidades e a categoria médicas se opuseram à sua formulação e à sua implementação nos moldes em que foram feitas para preservar os interesses estruturais dominantes que se fundamentam na estruturação da atenção à saúde dentro da lógica da Biomedicina, tendo no medicamento sintético a principal forma de tratamento e no médico o principal profissional envolvido na oferta de serviços. Defendendo os interesses desafiadores, tivemos as entidades representativas das práticas integrativas, as entidades representativas das demais profissões de saúde, professores/pesquisadores ligados à Fitoterapia e às outras práticas integrativas e os técnicos do Ministério da Saúde.

Em relação aos interesses reprimidos que dizem respeito aos usuários, nas fases de entrada na agenda política, formulação da política e decisão, não houve participação de seus representantes. De forma assistemática, eles têm se manifestado na fase da implementação, em alguns estados e municípios, se aliando àqueles que defendem a implementação, através de ações políticas, em grupos de discussão, nos conselhos municipais e principalmente na utilização dos serviços, reforçando a necessidade de sua consolidação e expansão.

O embate entre os interesses estruturais dominantes e desafiadores praticamente não ocorreu nas fases de entrada na agenda e na formulação e foi intensa na fase de

decisão que correspondeu à discussão e à aprovação da PNPIC no CNS. Este embate também ocorre no dia a dia da implementação.

No CNS, a principal disputa foi a respeito de quem poderia utilizar a Fitoterapia e as práticas integrativas no SUS. O representante das entidades médicas defendeu ardorosamente que as práticas integrativas tidas como cientificamente comprovadas seriam privativas do médico e as demais, por ele chamadas de práticas complementares, poderiam ser utilizadas pelos demais profissionais de saúde. E explicitou que este posicionamento era o das entidades médicas que ele representava.

Este posicionamento contrário à PNPIC e à PNPMF tem ocorrido na implementação. De forma majoritária, a categoria médica não tem colaborado no sentido de incrementar o uso da Fitoterapia e das demais práticas integrativas no SUS.

Diferentemente, os representantes das demais profissões da área de saúde, principalmente Francisco Batista Junior, defenderam que todos os profissionais de saúde poderiam utilizá-las (CNS, 2005a) e para isto contou com a concordância dos técnicos do Ministério da Saúde que incluíram no documento final para a apreciação do CNS as propostas do FENTAS.

Na implementação da PNPIC e da PNPMF, os profissionais de saúde não médicos têm tido uma participação ativa nas ações e atividades relacionadas a este processo e tem sido majoritariamente os profissionais que as tem utilizado, diferentemente dos médicos que são em número reduzido nos serviços que oferecem a Fitoterapia e as demais práticas integrativas.

6.8 Os atores da política em João Pessoa

No processo de formulação e implementação da PMPIC no município de João Pessoa, diversos atores interagiram. Como o conteúdo e o processo desta política se referem às práticas integrativas, no seu conjunto, faremos a discussão considerando esta peculiaridade. Quando possível, especificaremos a discussão atinente à Fitoterapia.

Tendo em vista estas considerações, podemos situar melhor a atuação dos diversos atores envolvidos no processo, com a ressalva de que a atuação de um ator pode ocorrer pela ação ou pela omissão, pois em determinadas questões e momentos, o silêncio pode ser uma estratégia de ação (ARAÚJO, 2000).

De forma genérica, podemos considerar como atores potenciais neste processo, o prefeito municipal, os gestores (secretária, chefes e gerentes de setores, diretores de distritos sanitários), os técnicos da secretaria municipal de saúde, os trabalhadores da saúde (principalmente os que estão vinculados à ESF) e suas entidades representativas, os usuários, o CMS e os professores/pesquisadores da UFPB que lidam com a Fitoterapia.

Iniciando pelo ator que detém mais poder para dar rumo à questão da formulação e implementação da política de práticas integrativas no município que é o prefeito municipal, por ser o principal ator visível com poder de determinar a agenda governamental (KINGDON, 1995).

Devido ao seu histórico de militância, poder-se-ia considerar o prefeito um importante ator favorável à formulação e à implementação das práticas integrativas, principalmente a Fitoterapia, por ser esta a prática mais difundida entre a população e sobre a qual havia o maior consenso a respeito de sua utilização. Todavia, todo o seu primeiro mandato foi consumido no enfrentamento de problemas relevantes em todas as áreas da administração pública, principalmente na área da saúde.

Na saúde, havia demandas reprimidas e problemas crônicos nos serviços já instalados que demandavam ações e recursos que extrapolavam a capacidade da gestão para a sua resolução. Então, em todo o primeiro mandato, não houve empenho do prefeito no sentido de formular e implementar uma política municipal para as práticas integrativas. Usando a terminologia de Matus (1996), o prefeito, no seu primeiro mandato, foi um ator favorável, mas pouco mobilizado. Em uma reunião com a coordenação do NEPHF e professores da UFPB, no segundo ano de seu primeiro mandato o prefeito garantiu que era do seu interesse a implementação desta política, mas que os problemas existentes nos serviços de saúde estavam impedindo a gestão de agilizar esta questão.

Na segunda gestão (2009-2012), que foi compartilhada pelos prefeitos Ricardo Coutinho e Luciano Agra, o prefeito que estava no comando do município foi um ator favorável e mobilizado. Os movimentos que foram feitos pela Secretaria Municipal de Saúde tiveram o apoio do prefeito não só em termos de dar suporte político, mas também em termos de investimento de recursos financeiros.

Exemplo emblemático desta mobilização favorável pode ser considerado a instalação do núcleo de práticas integrativas e complementares do parque Arruda

Câmara, ocorrida em 2011 (SMSJP, 2012b), e dos CPIC dos bairros dos Bancários e do Valentina Figueiredo. A construção deste núcleo e dos centros foi feita com recursos próprios. Além dos recursos para construção, houve o investimento em equipamentos e com a contratação de pessoal (SMSJP, 2013a).

Idêntica avaliação feita em relação ao prefeito aplica-se à secretária de saúde, à secretária adjunta e ao chefe de gabinete. Embora tenham reiterado, várias vezes, o interesse na implementação das práticas integrativas, estes atores não se mobilizaram favoravelmente o suficiente para que isto ocorresse. No segundo mandato, este cenário se modificou para melhor, de forma substancial.

No processo de formulação e implementação de uma política, os atores podem se posicionar pela ação ou pela inação. A aparente inação do prefeito, da secretária, da secretária adjunta e do chefe de gabinete, na primeira gestão, pode ser creditada à desarticulação das estruturas da secretaria municipal de saúde, envolvidas com a questão.

Apesar da criação da Coordenação de Medicinas Naturais e Práticas Complementares, na primeira gestão, as pessoas que assumiram a chefia desta coordenação não tiveram a competência de articular a formulação e a implementação da política. Posteriormente, a seção ficou acéfala, por muito tempo, até ser reativada, em 2009.

Em todo o processo, gestores de estruturas inferiores, como os distritos sanitários e chefes de divisão e também técnicos da secretaria foram atores importantes. Em 2009, foi criado um grupo de trabalho para tratar da questão, com um cronograma de reuniões em torno do qual se juntaram estes atores. Foi a partir deste momento que a formulação e a implementação ganharam uma dinâmica de crescimento.

Assim, quando chegamos, tivemos contato primeiramente com os distritos. Fizemos reunião de matriciamento. Todas as quintas-feiras a gente ia visitar um distrito levando essa proposta, levando a proposta das práticas. Fizemos reuniões aqui dentro da secretaria, no nosso GT de práticas, e fomos discutindo quais eram as dificuldades da gente retomar isso. E7

As pessoas que se articularam neste GT foram responsáveis pela construção da proposta de política, pelos projetos de instalação dos núcleos e centros de práticas integrativas, pela organização das capacitações de profissionais da rede, pela elaboração

dos objetivos, das ações, das atividades e das metas da programação anual em saúde. Portanto, foram atores motivados, favoravelmente.

Os profissionais de saúde foram atores importantes no processo, na ação e na inação. Entre os profissionais de saúde, houve diferenciação de envolvimento. Enquanto que os profissionais do NASF foram atores que se mobilizaram ativamente, participando das reuniões do grupo de trabalho sobre práticas integrativas e das ações e das atividades referente a estas práticas, os profissionais que formavam as equipes da ESF não tiveram maior envolvimento, principalmente os médicos, o que foi apontado como uma das principais dificuldades da implementação.

Do NASF podem participar os seguintes profissionais: médicos (pediatras, ginecologistas, psiquiatras, homeopatas e acupunturistas) farmacêuticos, nutricionistas, odontólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, educadores físicos, psicólogos e assistentes sociais.

Em João Pessoa, os NASF foram formados quase que exclusivamente por profissionais não médicos. Entre estes profissionais, grande parte era de recém-saídos da universidade e com alguma formação ou interesse nas práticas integrativas. Foram estes profissionais do NASF que mais se envolveram com o grupo de trabalho das práticas integrativas. Foram eles, também, os principais responsáveis pela capacitação de pessoas nestas práticas e formavam uma parcela significativa da clientela dos cursos.

Eles viram nas práticas integrativas, uma forma de ampliar as suas perspectivas de atuação profissional, principalmente naquelas que não são tidas como especialidades médicas ou formas de tratamentos cientificamente comprovadas e reconhecidas pelas entidades médicas, principalmente o CFM.

Diferentemente, os profissionais que compunham as equipes da ESF tiveram uma participação insignificante no processo, notadamente médicos e dentistas. No grupo de trabalho das práticas integrativas e nas atividades por ele propostas e executadas praticamente não houve a participação destes dois profissionais, sendo maior a participação dos enfermeiros.

Uma das explicações para esta fato pode ser a dificuldade de se ausentar das atividades das USF. Como uma rotina pré-estabelecida, a participação em outras atividades implicava uma sobrecarga de trabalho ou o descumprimento das atividades agendadas, diferentemente dos profissionais do NASF que tinham maior flexibilidade na agenda.

Outra explicação que se aplica aos médicos e aos dentistas é a não saturação do mercado de trabalho para estes profissionais. Não tendo dificuldade de colocação no mercado de trabalho, estes profissionais não sentem a necessidade de se capacitarem em outras áreas do conhecimento como forma de reforçar as suas competências e habilidades.

Além disto, médicos e dentistas, com maior acentuação entre os médicos, não veem as práticas integrativas como formas de tratamento com comprovação científica de sua eficácia e de sua segurança. Algumas delas têm o uso desaconselhado por resolução do CFM. Então, reforçar a implementação destas práticas significava fortalecer um campo onde não podem e/ou não querem atuar e onde atores com quem disputam espaços podem e querem fazê-lo.

Mesmo em relação à Fitoterapia, que é um tratamento da Biomedicina, há muita resistência para o seu uso pelos médicos, pois eles se sentem inseguros em prescrever plantas medicinais e fitoterápicos por não terem o conhecimento suficientes e porque não acreditam que já haja estudos suficientes para a comprovação da eficácia e da segurança.

Eles ainda não se sentem seguros de abandonar a prescrição tradicional e assim assumir a prescrição dos fitoterápicos. Então os profissionais ainda resistem. Falta essa segurança neles. E8

Entre os profissionais de saúde da ESF que foram entrevistados, o conhecimento sobre o conteúdo da política nas duas esferas, a nacional e a municipal, e sobre o processo que envolvia a formulação e a implementação da política era muito incipiente, mostrando o seu alheamento à questão. As respostas abordavam apenas aspectos genéricos do conteúdo e do processo.

Não, não tenho conhecimento desta política. Que eu me lembre, agora, nesse momento, não. E3

(A política) foi muito bem implementada. Já devia ter sido feito isso há muito tempo. Ficou muito tempo no papel e eu acho que de uns três anos pra cá ela tá sendo bem implementada, na prática. E2

Os usuários do SUS, a quem se destinam as práticas integrativas implementadas nos serviços, não participaram do processo. As falas dos entrevistados mostram este alheamento. Todos os usuários entrevistados só vagamente tomaram conhecimento da

existência, nos âmbitos nacional e municipal, da formulação e da implementação da política.

Não, não, nunca tomei conhecimento. A primeira vez que eu vi foi justamente nessa reunião de agora que o senhor abordou esse assunto. Mas eu não sabia. E19

Apenas em relação aos serviços que oferecem as práticas foi feita alguma referência que dava a ideia de seu conhecimento, mas isto só ocorreu quando o entrevistado era usuário deste serviço ou residente no território onde ele estava situado.

Os professores e os pesquisadores das práticas integrativas pertencentes à UFPB poderiam ter sido atores importantes no processo, atuando de forma mobilizada e favorável. Na UFPB, há dois setores que trabalham com as práticas integrativas: o NEPHF (com muitas delas) e o Programa de Pós-Graduação em Produtos Naturais e Sintéticos Bioativos, nos níveis de mestrado e doutorado (com plantas medicinais, na pesquisa química e farmacológica).

O NEPHF tem uma atuação mais ampla neste campo. Em colaboração com o Departamento de Fisiologia e Patologia, do Centro de Ciências da Saúde da UFPB, oferece as disciplinas nas áreas de Fitoterapia, Homeopatia e Acupuntura, tem ambulatório de Homeopatia, Florais e Acupuntura, realiza cursos de extensão e tem projetos de extensão na área das práticas integrativas. Devido a isto, o NEPHF participou de algumas reuniões do grupo das práticas integrativas, com gestores da secretaria municipal de saúde, com o prefeito municipal e de outras atividades, como simpósio, feiras, oficinas.

Também colaborou na elaboração do curso de capacitação em Fitoterapia para profissionais de saúde, promovido pela secretaria de saúde e da formulação da PMPIC. Entretanto, devido à experiência com o ensino e com a extensão na área das práticas integrativas e ao conhecimento mais aprofundado no campo de políticas públicas e do arcabouço jurídico relacionado às práticas integrativas, a colaboração deste ator deveria ser mais intensa, principalmente no que se refere à capacitação dos profissionais de saúde da rede e na formulação da política.

A falta do adequado entrosamento entre a secretaria municipal de saúde e o NEPHF, a escassez de tempo de seus membros devido às suas atividades na UFPB são

fatores que explicam o fato de o NEPHF não ter dado uma colaboração à altura de suas potencialidades.

Em relação ao CMS, podemos observar que ele ficou praticamente alheio a este processo. Por ser o principal instrumento de participação e controle social, por ter a incumbência de discutir e aprovar as políticas de saúde do município e por nele estarem representados os segmentos e as entidades mais diretamente vinculados com a saúde no município, esperava-se que o CMS estivesse presente em todo o processo de formulação e implementação da política.

A análise das atas das reuniões do CMS no período considerado demonstra que a questão das práticas integrativas foi mencionada nas reuniões apenas quatro vezes. Como ponto de pauta, o conselho discutiu os projetos de construção dos CPIC dos bairros dos Bancários e Valentina de Figueiredo. Nesta ocasião, os projetos foram apresentados por técnicos da secretaria de saúde que fizeram a vinculação dos referidos centros à política municipal de práticas integrativas. Após a apresentação, praticamente não houve discussão sobre os projetos e eles foram aprovados por unanimidade, o que mostra o completo alheamento do CMS com a implementação das práticas integrativas.

Este alheamento demonstra que os segmentos e as entidades nele representados não tiveram envolvimento com o processo de construção e implementação da política, refletindo o desinteresse deles nas práticas integrativas. Ao longo deste período, categorias profissionais da área da saúde, como os médicos, os enfermeiros, os odontólogos e os farmacêuticos tiveram ou têm assento no CMS.

Vale ressaltar que os dois projetos foram aprovados pelo CMS após a conclusão da construção dos dois CPIC, demonstrando que a gestão municipal não considera o CMS como um importante ator na discussão e formulação de políticas, cabendo a ele, quase tão somente, a função homologatória das decisões da gestão municipal, algumas vezes de forma extemporânea, como no caso em questão.

Todavia, mais emblemático do que os exemplos citados foi o encaminhamento dado à proposta da PMPIC. Não bastasse o CMS não ter sido procurado para participar de sua formulação, quando finalizada, a proposta construída ao longo do período 2010-2012 não foi encaminhada para o CMS discuti-la e aprová-la. Ela foi encaminhada a um vereador que tinha vinculações com a cúpula da secretaria municipal de saúde para que ele a apresentasse à câmara. Isto ocorrendo, do ponto de vista formal, a proposta seria

uma iniciativa do vereador e não uma proposta construída no âmbito da secretaria, envolvendo vários atores.

Fundamentando a análise da atuação dos atores na teoria de Alford (1975), segundo a qual no processo político é possível identificar três tipos de interesses: o dominante, o desafiador e o reprimido, podemos afirmar que categorias profissionais que se beneficiam do modelo de atenção à saúde com base na Biomedicina e na utilização do medicamento sintético, como as categorias médica e a de dentistas, não demonstraram interesse na formulação e na implementação de uma política que trará para os serviços práticas que suas entidades não consideram como válidas ou que não têm comprovação científica da eficácia e segurança de forma incontestável.

Mesmo em relação à Homeopatia, à Acupuntura e à Fitoterapia (terapias validadas pelos conselhos federais de Medicina e de Odontologia) há fortes rejeições à sua implementação. No caso da Homeopatia e da Acupuntura porque se baseiam em uma lógica totalmente diversa da lógica que norteia a Biomedicina. No caso da Fitoterapia, a rejeição se fundamenta no preconceito em relação ao conhecimento popular e no desconhecimento de que muitas das plantas cujo uso faz parte do arsenal terapêutico da fitoterapia popular já têm estudos comprobatórios de sua eficácia e de sua eficiência.

Estes atores atuaram pela inação. Poucos foram os médicos e dentistas que se envolveram nas atividades que possibilitaram a construção da política e na sua implementação. As entidades que os representam, no âmbito local ou estadual, também não se mobilizaram. Em parte por desconhecerem a existência do processo e em parte por achar que o não envolvimento seria a melhor estratégia para não dar visibilidade a um processo de pouca visibilidade, mas principalmente porque, segundo Alford (1975), os interesses dominantes por serem servidos pela estrutura social e econômica e pelas instituições políticas, como elas existem em um momento determinado não precisam se organizar e atuar para defender seus interesses

Como o funcionamento da ESF é muito dependente do trabalho e da prescrição dos médicos e dos dentistas, o não envolvimento destes profissionais com as práticas integrativas implica um obstáculo quase intransponível para a sua implementação. Pouco vale o interesse dos outros profissionais da ESF (apoiadores do NASF, enfermeiros e agentes comunitários de saúde) nas práticas integrativas, sem o

envolvimento de médicos e dentistas. Isto torna quase inviável o uso destas práticas nos serviços.

Se contrapondo aos interesses estruturais dominantes acima explicitados, no processo da formulação e implementação das práticas integrativas, havia os interesses estruturais desafiantes representados por técnicos da secretaria de saúde, apoiadores do NASF, alguns gestores, alguns profissionais da ESF (principalmente enfermeiros), professores/pesquisadores do NEPHF e alguns médicos que já eram envolvidos com as práticas integrativas, mas que encontravam grandes dificuldades na sua utilização nos serviços de saúde.

Compartilhando a crença na eficácia e na segurança das práticas integrativas no tratamento das pessoas de uma forma mais humana e integral e compreendendo que estas práticas nos serviços de saúde reforçam o caráter integral do SUS, bem como aumentam a resolubilidade dos serviços, estes atores tiveram uma atuação motivada, superaram obstáculos, agruparam forças no sentido de formular e implementar a política.

Entre estes atores favoráveis, destacaram-se os apoiadores do NASF e os técnicos da secretaria de saúde graduados em cursos da área da saúde e áreas afins que tinham com o município contrato de trabalho precário e que viam nas práticas integrativas uma possibilidade concreta de se estabelecerem em um nicho de mercado de trabalho sem muita competição das categorias profissionais dominantes, principalmente a categoria médica.

Foram estes atores os principais formuladores da PMPIC, organizadores e clientela dos cursos de capacitação. Acupuntura, Reiki, Terapia Comunitária, Florais foram as práticas que mais tiveram capacitações e que mais se inseriram nos serviços (SMSJP, 2013a).

Segundo Silva e Melo (2000), os formuladores expressam, nas políticas, nos programas, nos projetos e nas ações que constroem as suas preferências individuais ou grupais, fazendo com que o conteúdo expresso nestas produções seja divergente do que mais interessa à coletividade.

Isto explica por que nas programações anuais de saúde as práticas integrativas que eram mais condizentes com os interesses destes atores eram as mais contempladas. Assim também ocorreu na implementação dos CPIC e na formulação da PMPIC.

Diferentemente do que ocorreu no âmbito nacional em que houve a inclusão de poucas práticas integrativas na PNPIC (BRASIL, 2006b) e houve a formulação de uma política específica para as plantas medicinais e os fitoterápicos (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2008), no âmbito municipal, a PMPIC e os CPIC contemplam um grande número de práticas integrativas, algumas delas ainda pouco aceitas no meio científico, no meio acadêmico e entre os profissionais de saúde, sem que isto, no entanto, implique a afirmação de que elas não sejam eficazes e seguras para o tratamento dos usuários.

Na PMPIC, estão listadas mais de 40 práticas (SMSJP, 2012a). No CPIC do bairro dos Bancários estão implantadas 21 práticas (SMSJP 2013b) No CPIC do Valentina de Figueiredo, 19 práticas (SMSJP, 2012a). Nos dois CPIC, as práticas oferecidas são individuais e coletivas. Pode-se dizer que foram incluídas todas as práticas nas quais havia profissionais capacitados que participaram do processo de formulação da política, do projeto de construção dos CPIC e de sua implementação.

Completando o trio de interesses estruturais propostos por Alford, os interesses reprimidos podem ser identificados como os interesses dos usuários. Estes interesses não são servidos pelas instituições existentes a menos que forças políticas extraordinárias sejam mobilizadas (ALFORD, 1975).

A implementação das práticas integrativas, nas quais se inclui a Fitoterapia, nos serviços de saúde do SUS, conforme a PNPIC e a PMNF, visa a aumentar a resolubilidade do sistema, a resgatar o conhecimento popular, a tornar mais humanizado o atendimento, a estimular a participação popular entre outros (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b) e que são objetivos que vêm ao encontro dos interesses dos usuários.

No entanto, a fragilidade da organização dos usuários e o caráter clientelista de suas entidades impedem que estes se mobilizem para que suas demandas sejam atendidas. Além disto, a formulação e a implementação da política das práticas integrativas foi feita no modelo *top down* que é aquele que é concebido nas instâncias superiores, sem a participação de todos os atores que têm interesse na questão (VIANA; BATISTA, 2008). Todo o processo no âmbito municipal não contou com a participação dos usuários e de suas entidades representativas, do CMS e outros atores participaram apenas superficialmente.

Os usuários entrevistados desconheciam completamente a existência da política, tanto na esfera nacional quanto na esfera municipal, a existência de reuniões e atividades a ela referentes e até mesmo desconheciam a existência de serviços, exceto

aqueles que são usuários das praticas integrativas ou que estão no território dos serviços que as oferecem.

Não sei se tem algum médico que já trabalha com planta, mas parece que já tem. Mas eu sei que tem um pessoal que faz um trabalho, agora, assim, aquele pessoal da (ONG) AFYA, né? Que é lá no... no Alto do Mateus. E16

No processo de formulação e implementação de uma política, os diversos atores afetos a ela, se posicionam de acordo com suas crenças, valores e ideias a respeito das questões centrais da política. Devido a isto, para entendermos o posicionamento de quatro importantes atores relacionados à implementação da Fitoterapia, no SUS de João Pessoa (gestores, profissionais de saúde, usuários e professores/pesquisadores da Fitoterapia), no roteiro de entrevistas a respeito da política, algumas das perguntas estavam relacionada à Fitoterapia, como forma de tratamento do campo da Biomedicina.

Uma das perguntas era a respeito da eficácia e da segurança do uso da Fitoterapia. Os entrevistados dos quatro grupos foram unânimes em dizer que ela é eficaz, o que era esperado, visto que eles foram escolhidos para ser entrevistado justamente por terem envolvimento com a Fitoterapia, o que pressupõe que acreditam na sua eficácia. No entanto, quando estes atores se reportam ao conjunto do qual fazem parte (profissões, população), eles afirmam que nem todos acreditam em que a Fitoterapia seja uma forma de tratamento eficaz, em todos os tipos de doenças.

Os usuários, principalmente, acham que as plantas medicinais e os medicamentos fitoterápicos curam apenas doenças mais simples, corriqueiras as quais podem ser tratadas sem uma consulta ao médico. Quando se trata de doenças mais complexas, ou mais graves, é imprescindível a consulta a este profissional e a prescrição de medicamentos sintéticos. A planta medicinal e os medicamentos fitoterápicos, no máximo, podem ser tomados como um complemento ao tratamento convencional.

Olha, eu uso muito as plantas medicinais quando eu adoço destas doenças bestas. Mas se for uma doença séria eu fico com medo de usar e vou logo procurar um médico. E18

Com uma pequena diferenciação, os profissionais de saúde e os gestores também acreditam que a eficácia da Fitoterapia é limitada às doenças menos graves. Entre os professores/pesquisadores, o entendimento é diferente. Como estudiosos da questão, eles sabem e afirmam que esta terapêutica pode, de forma genérica, ser utilizada em qualquer tipo de doença, isoladamente ou em conjunto com o medicamento sintético. Inclusive, não veem problemas nesta junção de formas de tratamento, desde que se atente para o fato de que as plantas medicinais e os medicamentos fitoterápicos podem interagir, entre si, e com os medicamentos sintéticos, de forma positiva ou negativa.

De fato, o uso da Fitoterapia conjuntamente com os medicamentos sintéticos é algo normalmente aceito entre os profissionais de saúde, gestores e professores/pesquisadores, com as devidas precauções, visto que ambos são formas de tratamento de uma mesma racionalidade médica, a Biomedicina. Plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos, como os medicamentos sintéticos, atuam quimicamente e muitos medicamentos sintéticos são feitos a partir de substância vegetal, tal qual se encontra nas plantas ou com pequenas modificações na sua estrutura.

Sim, é possível usar a Fitoterapia e o medicamento sintético, ao mesmo tempo, desde que se saiba o que é que tá usando e como se tá usando, pela possibilidade de interações, de sinergismos, antagonismos. Então, sempre o prescritor tem que ter conhecimento do que tá fazendo. E13

Apenas os usuários entendem que a Fitoterapia é algo bem diverso do tratamento com o medicamento sintético e, por isto, muitos acham que não pode ser usada conjuntamente. O conhecimento de que plantas medicinais, medicamentos fitoterápicos e medicamentos sintéticos, em comum, têm o fato de possuírem princípios ativos que atuam quimicamente não faz parte do seu saber. Devido a isto, os usuários entendem que há uma grande diferença entre a Fitoterapia, uma forma de tratamento natural, e o medicamento sintético que faz parte de uma medicina que usa a tecnologia e cujos conhecimentos são do domínio de profissionais que são formados nas universidades.

Em consonância com o senso comum que acha que não é correto juntar coisas diferentes, os usuários acham desaconselhável utilizar estes dois tratamentos, simultaneamente.

A respeito de uma suposta superioridade de um sobre outro, profissionais de saúde, gestores e professores/ pesquisadores acreditam que não há superioridade e até

mesmo que esta não é uma questão importante. Plantas medicinais, medicamentos fitoterápicos e medicamentos sintéticos têm indicações específicas e, dependendo da situação, um ou outro pode ser mais eficaz. Então, o importante não é considerar um tipo de tratamento superior ao outro, mas de usar cada um no momento adequado.

A minha opinião é que a Fitoterapia, quando ela bem indicada, ela sendo manuseada por pessoas, principalmente os profissionais da saúde, que tem um conhecimento, que tem um bom conhecimento de fisiopatologia, que tem um bom conhecimento da indicação da planta, de seus constituintes químicos, eu acho que ela, bem empregada. Ela é tanto quanto. E12

Entre os usuários, os que são adeptos da Fitoterapia consideram as plantas medicinais mais eficazes do que o medicamento sintético, principalmente daqueles de uso mais corriqueiro. Estes, por serem muito prescritos e serem conhecidos não têm a credibilidade necessária.

É aquela história: Depende do remédio. Porque iodeto de potássio, que eu conheço ele desde quando eu tinha 17 anos, aquilo ali é uma coisa que é mesmo que água. E isso não serve. Mas os remédios de plantas são muito bons. Em relação a alguns alopáticos, ôxe, dá de 10 a 0. E16

No entanto, entre os usuários que não são adeptos da Fitoterapia, o entendimento que prevalece é o de que o medicamento sintético é mais eficaz do que as plantas medicinais. E que estas devem ser usadas apenas para tratar doenças mais simples. Daí porque eles não ficam satisfeitos quando o médico prescreve plantas medicinais para o tratamento de doenças que os levaram a procurar a USF. Acham que para usar plantas não necessitariam de ir ao serviço de saúde.

No que concerne à segurança do uso da Fitoterapia, profissionais de saúde, gestores e professores/pesquisadores acreditam que as plantas medicinais e os medicamentos fitoterápicos, da mesma forma que os medicamentos sintéticos, podem provocar interações e efeitos adversos o que implica a necessidade de conhecimentos e cuidados na hora de prescrevê-los. Mas que se observando estas ressalvas, o seu uso é seguro.

Nem tudo que é natural não tem efeito colateral. Então, a planta, nem sempre ela é isenta de efeito colateral, ou quase sempre ela não é isenta de efeitos. E é interessante levantar essa questão, porque muitas

plantas que não apresentam toxicidade aguda, mas com uso contínuo, com uso crônico, elas poderão ter efeitos tóxicos. Então, isso tem que se levar em consideração. E14

Os usuários, majoritariamente, acreditam que por serem naturais as plantas medicinais são isentas de efeitos adversos, o que pode levar ao seu uso indiscriminado e irracional.

Não, de maneira nenhuma, não tem nenhum efeito colateral, é um tratamento seguro. Agora, uma das coisas fundamental (*sic*) é que o cliente precisa entender a eficiência e a filosofia do tratamento. E17

Embora tenham entendimentos diferenciados a respeito de aspectos fundamentais da Fitoterapia, como eficácia, segurança, uso concomitante com os medicamentos sintéticos, vantagens e desvantagens em comparação com outros tipos de tratamentos da Biomedicina, todos os entrevistados consideraram oportuna a implementação da Fitoterapia no SUS por várias razões como a facilidade do acesso às plantas, a inserção cultural da Fitoterapia, a possibilidade de resgate do conhecimento popular, a menor probabilidade de provocar efeitos adversos, o menor custo do tratamento, além de reforçar os princípios do SUS.

É de grande importância, visto que a Fitoterapia é uma terapia que tem muitos benefícios e a população carente vai ter o acesso a ela. Segue, também, os princípios do SUS, onde constam a integralidade, a participação popular, a universalidade. Então, isso vai fazer com que, o cidadão exerça esse direito, o exercício da cidadania, com direito a escolher uma terapia adequada... E11

Conhecer a visão dos diversos atores em relação à eficácia e à segurança da Fitoterapia é importante porque isto ajuda a compreender como estes atores se posicionaram em relação à política.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo partiu da suposição de que a partir de 2005, quando Ricardo Coutinho assumiu a prefeitura de João Pessoa em seu primeiro mandato, começou a haver movimentos, ações e atividades no âmbito da Secretaria de Saúde de João Pessoa no sentido de implementar as práticas integrativas, entre elas a Fitoterapia, nos serviços de saúde, mas verificou-se que isto foi feito de forma assistemática, sem a definição de uma política clara que norteasse a implementação e sem o envolvimento de todos os atores que têm interesses na questão, principalmente os gestores, os profissionais de saúde, os usuários e os professores/pesquisadores ligados a estas práticas e sem a priorização, de fato, desta implementação. Além disto, em nenhum momento, houve a preocupação de definir uma política específica para a Fitoterapia.

A análise dos documentos oriundos da secretaria de saúde, como os Planos de Saúde, as Programações Anuais de Saúde e os Relatórios Anuais de Gestão comprova esta suposição. A proposta de uma política municipal para as práticas integrativas, elaborada em 2005, não teve a devida acolhida mostrando que esta não era uma prioridade da gestão.

Até o ano de 2009, praticamente não houve avanços em relação a esta questão. Isto voltou a ocorrer, em 2009, quando Carla Couto assumiu a gerência de atenção especializada e Daniel Amado assumiu a GT de práticas integrativas. Este momento coincide com a estruturação dos NASF, o que trouxe para a secretaria de saúde um grupo de profissionais recém-formados com interesses nas práticas integrativas. Embora a movimentação em torno da questão tenha tomado consistência, ela não foi capaz de envolver, de forma massiva, os diversos atores interessados na questão o que deu à implementação das práticas integrativa um caráter elitista, *top down*.

Um aspecto importante é o fato de não haver uma política específica para a Fitoterapia, no âmbito municipal. Diferentemente do que ocorreu no âmbito nacional em que houve a preocupação com a definição de uma política específica para a Fitoterapia, em João Pessoa, a Fitoterapia sempre esteve inserida nas práticas integrativas e sem receber a devida ênfase. No âmbito nacional, mesmo quando as práticas integrativas foram objeto de uma política conjunta, a PNPIC, a Fitoterapia teve um tratamento específico, com o estabelecimento de diretrizes próprias.

A falta de uma política específica para a Fitoterapia e o fato de os profissionais de saúde que se envolveram com as práticas integrativas, serem profissionais não

médicos e que optaram por se inserir no trabalho com outras práticas integrativas como a Acupuntura, fez com que, na implementação destas práticas, a Fitoterapia tivesse uma presença apenas marginal. Nos três serviços criados em 2011 e 2012, o Núcleo de Práticas Integrativas do Parque Arruda Câmara e os Centros de Práticas Integrativas dos Bancários e do Valentina de Figueiredo, a Fitoterapia praticamente não é oferecida. E nas Unidades da Saúde da Família, a sua utilização é incipiente e resultado do interesse individual de profissionais e não como resultado de uma ação articulada da secretaria de saúde.

A negligência da gestão municipal em relação à Fitoterapia é um contrassenso visto que, de longe, é a prática integrativa mais conhecida e utilizada pela população. Independente de ela não ser muito prescrita ou recomendada pelos profissionais médicos, ela é muito utilizada pela população o que deveria ser objeto da atenção destes profissionais tendo em vista que as plantas medicinais podem interagir com os medicamentos sintéticos.

Entre as práticas integrativas, a Fitoterapia é a que tem maior potencial de aceitação pelos profissionais de saúde do SUS devido ao seu uso ser coerente com a compreensão da Biomedicina sobre o processo saúde-doença e a maneira de tratá-lo, diferentemente do que ocorre com outras práticas integrativas como a Acupuntura e a Homeopatia. E isto poderia ser utilizado como um fator importante para a disseminação do seu uso nos serviços de saúde. Pelo fato de a Fitoterapia ser ensinada nos cursos de saúde do CCS, da UFPB, uma parcela significativa dos profissionais de saúde do SUS de João Pessoa tem informações sobre a eficácia e a segurança das plantas medicinais, mas precisam ter maior aporte de conhecimento sobre este tipo de tratamento. No entanto, nos oito anos objeto deste estudo, houve diversas atividades de capacitação de profissionais de saúde nas práticas integrativas, mas só uma delas sobre a Fitoterapia o que é mais uma demonstração da secundarização de sua implementação.

Contudo, o fato mais emblemático do caráter elitista da formulação e implementação da política das práticas integrativas e da não priorização da Fitoterapia foi o fato do texto da política para o setor, finalizado no segundo semestre de 2012, não ter sido submetido à discussão e à aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde e, sim, ser encaminhado a um vereador para ser apresentado por este como um projeto de lei, na Câmara Municipal e nele não haver um tratamento específico para a Fitoterapia.

A adequada implementação da Fitoterapia no SUS de João Pessoa traria muitas vantagens, como o seu menor custo como forma de tratamento, o resgate do conhecimento popular sobre as plantas medicinais, o incentivo à participação da população nos serviços, a menor possibilidade de efeitos adversos e a facilidade de acesso às plantas medicinais. Estas foram as vantagens mais apontadas pelos entrevistados, independente do grupo a que pertenciam. Embora haja parcela de usuários que se mostra refratária ao uso da Fitoterapia, a maioria deles aceita bem este tratamento, principalmente quando é indicado para doenças de menor gravidade e mais comuns no dia a dia das pessoas.

Extrapolando para o âmbito nacional, a implementação da Fitoterapia poderia incrementar um nicho de pesquisas estratégicas e a consequente produção de medicamentos fitoterápicos e fitofármacos. Pela riqueza de nossa biodiversidade vegetal este é uma alternativa viável e necessária. No âmbito nacional, o estudo verificou que houve uma melhor sistematização na formulação e na implementação da Fitoterapia no SUS. Além da PNPIC e da PNPMF, diversas normas legais foram produzidas e ações foram executadas para dar suporte à implementação e para a regulamentação do uso da Fitoterapia. Todavia, em relação à liberação de recursos financeiros e à capacitação de profissionais de saúde, o que foi feito ficou muito aquém do necessário.

Espera-se que daqui para diante, este processo se torne mais dinâmico, mais consistente e mais rápido para que a Fitoterapia seja uma forma de tratamento importante nos serviços de saúde, o que seria algo lógico em um país que tem uma grande tradição no uso das plantas medicinais, que tem uma rica biodiversidade vegetal e que tem dificuldade de prover aos usuários do SUS os medicamentos que lhes são prescritos devido ao elevado custo para sua aquisição.

REFERÊNCIAS

ALFORD, R. R. **Health Care Politics, Ideological and Interest Group Barriers to Reform**. Chicago, IL: Chicago University Press, 1975.

ALMEIDA, P. R. **Balanço do governo Lula, 2003-2010: uma avaliação não complacente**. IG Economia 26/10/2010, Disponível em: <http://economia.ig.com.br>. Acesso em 26 jul 2013.

ALONSO, J. **Tratado de Fitofármacos e Nutracêuticos**. Rosário/Argentina: Corpus Libros, 2004.

ANDERSON, P. **O Brasil de Lula**. 2011. Disponível em: <http://www.academicoo.com/texto-completo/o-brasil-de-lula>. Acesso em 01 ago. 2013.

ANUATTI-NETO, F. A; BAROSSO-FILHO, M; CARVALHO, A. G; MACEDO, R. **Os efeitos da privatização sobre o desempenho econômico e financeiro das empresas privatizadas**. Rev. Bras. Econ. vol.59 no.2 Rio de Janeiro Apr./June 2005

ARÃO, L. C.; CHAVES, A. C. **Estratégias Didáticas para o Ensino da Fitoterapia por Competências**. Belo Horizonte: PUC-Minas, 2013.

ARAÚJO, H.N. **João Pessoa: um passeio eleitoral**. 2008. Disponível em: <http://www.fundaj.gov.br/geral/observanordeste>. Acesso em 25 ago.2013.

ARAUJO JUNIOR, J.L.C. – **Health sector Reform in Brasil, 1995-1998: An Health Policy Analysis of a developing Health System**, These (Phd-Public Health). Nuffield Instituto for Health, Leeds, United Kigdon, 2000

_____, J.L.C; MACIEL FILHO, R. **Developping an Operation Framework for Health Policy Analysis**. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Recife, (3):203-221, set-dez, 2001.

BAUMGARTNER, F. R.; JONES, B. D. **Agendas and instability, in American politics**. Chicago: University of Chicago, 1993.

BRASIL. **Atenção Básica e a Saúde da Família**. 2013. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php>. Acesso em 01 ago.2013

_____. Presidência da República. Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei Complementar 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal**. Brasília: Casa Civil, 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil> Acesso em: 09 ago. 2013.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Formulário de Fitoterápicos da Farmacopeia Brasileira**. Brasília: ANVISA, 2011a. 126p

_____. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Brasília, 2011b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>. Acesso em: 02 ago. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Consolidado de Normas da COFID.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em <HTTP://www.anvisa.gov.br>. Acesso em: 28 jun. 2013.

_____. Governo Federal. **Balço de governo: 2003 a 2010.** Brasília, 2010b. Disponível em: <www.balancodegoverno.presidencia.gov.br>. Acesso em: 30 jul. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.982/GM, de 26 de novembro de 2009.** Aprova as normas de execução e de financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 01dez. 2009. Seção 1, p. 120.2009a

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica. **Relação Nacional de Plantas Mediciniais de Interesse do SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. Disponível em; <http://portal saude.gov.br>. Acesso em: 08 abr. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica. **Programa Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos.** Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://portalsaude.gov.br>. Acesso em: 13 abr.. 2009.

_____, Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 204, de 29 de janeiro de 2007.** 2007. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br>. Acesso em: 06 ago. 2013

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica. **Política Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos.** Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS.** Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão /** Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006c.

_____. Ministério da Saúde. **O Papel da Medicina Natural e Práticas Complementares de Saúde na Consolidação dos Princípios e Diretrizes da Reforma Sanitária.** Ministério da Saúde: Brasília, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1, p.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Assembléia Nacional Constituinte: Brasília, 1988.

BUSS, P. M., PELEGRINI FILHO, A.. **Determinantes Sociais da Doença**. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007

CAPELLA, A. C. Perspectivas Teóricas sobre o Processo de Formulação de Políticas Públicas. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M; MARQUES, E. (Org.). Políticas públicas no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. Pag.. 87-122

CARRARA, D. **Dráuzio Varella e a Fitoterapia no Brasil**. Disponível em: <http://portalverde.wordpress.com>. 2010. Acesso em: 10 jul. 2013

CARVALHO, A. C. B; BRANCO, P. F; FERNANDES, L. A.; MARQUES, R.F.O; CUNHA,S.C; PERFEITO, J.P.S. **Regulação Brasileira em Plantas Medicinais e Fitoterápicos**. Revista Fitos Vol. 7- nº 01 - janeiro / março 2012

_____, A.C.B. ; BALBINO, E.E.; MACIEL, A.; PERFEITO, J.P.S. **Situação de Registro de Medicamentos Fitoterápicos no Brasil**. Revista Brasileira de Farmacognosia, 18(2) 314-319, Abr/jun.2008.

CARVALHO, G. I, SANTOS, L **Sistema Único de Saúde: comentários à lei orgânica da saúde**. 3ª ed. Editora UNICAMP: Campinas, 2002.

CARVALHO, G. C. O. **Financiamento Público Federal do Sistema Único de Saúde, 1988-2001**. São Paulo: PaperCrom Editora e Gráfica, 2002.

CASTRO, A. L. B.; MACHADO, C. V. **A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.26, n.4, p.693-705, 2010.

CENTRO DE PESQUISA E APOIO AOS TRABALHADORES – CEPAT. **10 anos do PT no poder: Da utopia à distopia?** Disponível em: <http://www.ihu.unisinos.br/cepat>. Acesso em: 10 ago. 2013

CHEVALLIER, A. **The Encyclopedia of Medicinal Plants**. London: Dorling Kindersley, 1996.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **RESOLUÇÃO COFEN-197/1997**

Estabelece e reconhece as Terapias Alternativas como especialidade e/ou qualificação do profissional de Enfermagem. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/>. Acesso em: 24 jun. 2013

_____. **Cresce número de pacientes de Terapias Alternativas do SUS.** Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/>. Acesso em: 24 jun 2013

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Ao persistirem os sintomas, procure um médico.** CFM 13 de agosto de 2006. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br>. Acesso em: 23 jun. 2013.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **O Financiamento da Saúde.** Brasília, 2011. Disponível em: http://www.conass.org.br/colecao2011/livro_2.pdf. Acesso em: 06 ago. 2013.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Ata da 165ª reunião ordinária do Conselho Nacional de Saúde. 2006a.** Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/>. Acesso em: 03 jun. 2013

_____. **Ata da 164ª reunião ordinária do Conselho Nacional de Saúde. 2006b.** Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/>. Acesso em: 03 jun. 2013

_____. **Ata da 163ª reunião ordinária do Conselho Nacional de Saúde. 2006c.** Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/>. Acesso em: 03 jun. 2013

_____. **Ata da 162ª reunião ordinária do Conselho Nacional de Saúde. 2006d.** Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/>. Acesso em: 03 jun. 2013

_____. **Ata da 161ª reunião ordinária do Conselho Nacional de Saúde. 2005a.** Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/>. Acesso em: 03 jun. 2013

_____. **Ata da 160ª reunião ordinária do Conselho Nacional de Saúde. 2005b.** Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/>. Acesso em: 03 jun. 2013

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. Introduction: The Discipline and Practice of Qualitative Research. In.: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (Org.). *Handbook of Qualitative Research*. 2. ed. London: Sage, p. 1-28, 2000.

FARIA, C. A. P. **Idéias, Conhecimento e Políticas Públicas. Um inventário sucinto das principais vertentes analíticas recentes.** Revista Brasileira de Ciências Sociais. Vol. 18. Nº 51. Fev 2003.

FARIAS, S. F. **Interesse Estruturais na Regulação da Assistência Médico-hospitalar do SUS / Tese (Doutorado em Saúde Pública).** Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães. Fundação Oswaldo Cruz, Recife: 2009.

FEDERAÇÃO NACIONAL DE FARMACÊUTICOS. **Fitoterapia popular e medicamentos fitoterápicos: uma grande diferença. 2013.** Disponível em: <http://www.fenafar.org.br/portal/medicamentos> Acesso em: 24 jun. 20013.

FERREIRA, H. C.; NEVES, L.L.M.; BINSFIEL, P.C. A Inserção dos Fitoterápicos no Complexo Produtivo e Inovação em Saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Inovação em temas estratégicos de saúde pública**. Brasil. Ministério da Saúde- Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

FIGUEREDO, C. A. **Fitoterapia** (Texto didático). João Pessoa: NEPHF, 2010.

FLEURY, S., OUVENERY, A. M. **Política de Saúde: uma Política Social**. In: GIOVANELLA, L. at al.(ORG). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: CEBES/FioCruz, 2008.

FRANÇA, J. R. M.; COSTA, N. R. **A Dinâmica da vinculação de recursos para a saúde no Brasil: 1995 a 2004**. Ciênc. saúde colet., Rio de Janeiro, v.16, n.1, p.241-257, 2011.

FREY, K. **Políticas Públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de Políticas Públicas no Brasil**. Planejamento e Políticas Públicas, nº 21, jun 2000.

GELINSKI, C. R., SEIBEL, E. J. **Formulação de Políticas: questões metodológicas relevantes**. Revista de Ciências Humanas, Florianópolis, EDUUFSC, v. 42. nº 1 e 2, p.237-240, abril e outubro de 2008

GOBBO-NETO, L; LOPES, N.P. **Plantas Mediciniais: fatores de influência no conteúdo de metabólitos secundários**. Ribeirão Preto. *Quim. Nova*, Vol. 30, No. 2, 374-381, 2007

GURGEL, I.D.G. **A pesquisa Científica na Condução de Políticas de Controle de Doenças Transmitidas por Vetores**. 2007. Tese (Doutorado). Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães. Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007.

ILLICH, I. **A Expropriação da Saúde**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

KINGDON, J. W. *Agendas, alternatives and public policies*. 2. ed. Nova York: Addison Wesley, 1995.

KLUPPEL, B. L. P; SOUSA, M. S; FIGUEREDO, C. A. **As Práticas Integrativas e o Desafio de um Novo Paradigma em Saúde**. *Religare - Revistas de Ciências da Religião*. Nº 2, 09/2007.

KVALE, S. **Interviews: an introductin to qualitativa research interviewing**. London: Sage, 1966.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de Metodologia Científica**. Atlas, 5. ed. São Paulo, 2003.

LEME, A. A. **Neoliberalismo, Globalização e Reformas do Estado: reflexões acerca da temática**. *Barbarói*, Santa Cruz do Sul, n. 32, p.114-138, 2010.

- LIMA, F. R. F. **Inflação e política monetária no governo Dilma. Análise conjuntural**, Curitiba, v.33, n.3/4, p.8-9, 2011. Disponível em: <http://www.ipardes.pr.gov.br/biblioteca>. Acesso em: 30 jul. 2013
- LINDBLOM, C. E. **The Science of Muddling Through**, Public Administration Review 19: 78-88. 1959.
- LIPP, F. J. **Herborismo: Tradición, simbolismo y uso de las plantas medicinales en oriente y occidente**. Singapore: Ducan Baird Publishers, 2002.
- LISBOA, M. B. **Intuição e Arte de Curar: pensamento e ação na clínica médica**. Disponível em www/fw2/clientes/revista de medicina integral. Acesso em: 10 abr. 2009.
- LOPES, I. I. **Influências do neoliberalismo no Brasil, 2009**. Disponível em: <http://www2.fpa.org.br/influencias-do-neoliberalismo-no-brasil-por-iole-iliada>. Acesso em: 31 jul 2013.
- LORENSI, H. e MATOS, F.J. A, **Plantas medicinais do Brasil: Nativas e Exóticas**. Nova Odessa, SP: Instituto Plantarum, 2002.
- LOUREIRO, M. R.; SANTOS, F. P.; GOMIDE, A. A. **Democracia, arenas decisórias e política econômica no governo Lula**. RBCS, São Paulo, v.26, n.76, p.63-76, 2011.
- LUZ, M. T. **Racionalidades e Terapêuticas Médicas**. Rio de Janeiro: IMS/ Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 1996.
- _____, **Novos Saberes e Práticas em Saúde Coletiva**, São Paulo, Editora Hucitec, 2003.
- MARTINS, M. S. M. **A Implementação de Políticas Públicas por Meio de Agências Reguladas**. Contéudo Jurídico, 2010. Disponível em: <http://conteudojuridico.com.br> Acesso em: 11 jul. 2011.
- MATTOS, R.A. **Sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. (ORG.). PINHEIRO, R e MATOS, R.A. Rio de Janeiro: IMS, UERJ, ABRASCO, 2006
- MATTOS, R. A.. **Repensando a organização da rede de serviços de saúde a partir do princípio da integralidade**. In: (ORG.) PINHEIRO, R e MATTOS, R.A. Razões Públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. 2ª edição. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPES; ABRASCO, 2009
- MATTEI, L.; MAGALHÃES, L. F. A política econômica durante o Governo Lula (2003-2010): cenários, resultados e perspectivas. In: PAULA, M. de. (Org.). **“Nunca antes na história desse país”...? Um balanço das políticas do Governo Lula**. Rio de Janeiro: Fundação Heinrich Böll, 2011. p.134-151.
- MATUS, C. O Triângulo de Governo. In: _____ **Política, Planejamento & Governo**. Brasília: IPEA, 1996.

MENDES, A.; LEITE, M. G.; MARQUES, R. M. Discutindo uma Metodologia para a Alocação Equitativa de Recursos Federais para o Sistema Único de Saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.20, n.3, p.673-690, 2011.

MICHILES, E. **Diagnóstico Situacional dos Serviços de Fitoterapia no Estado do Rio de Janeiro**. Rev. bras. farmacogn. vol.14 suppl.0 Maringá, 2004

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, **Resolução - RDC Nº 18, de 3 de abril de 2013. Dispõe sobre as boas práticas de processamento e armazenamento de plantas medicinais**. 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa>. Acesso em 26 ago. 2013

_____. **Fitoterápicos são alternativa de tratamento no SUS**. 2012a. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia>. Acesso em 01 ago. 2013

_____. **Fitoterapia no SUS, 2012b**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br>. Acesso em 17 de Nov. 2012

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. **Relatório de Gestão 2006/2010**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Gabinete do Ministro **Portaria Nº 886, DE 20 DE ABRIL DE 2010 Institui a Farmácia Viva no âmbito do Sistema Único de Saúde**. 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis>. Acesso em 02 jul 2013

MUNHOZ, D. B. *et al.* **Neoliberalismo e Estado Mínimo: Repercussões na Atenção à Saúde no Distrito Federal**. Comun. Ciênc. Saúde, Brasília, v.20, n.3, p. 271-276, 2009.

NETO JUNIOR, N.L; RIBEIRO, J.E. G; RODRIGUES, A.G. O Programa de Pesquisas de Plantas Medicinais da Central de Medicamentos. In: **A Fitoterapia no SUS e o Programa de Pesquisas de Plantas Medicinais da Central de Medicamentos**. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

OLIVEIRA, J.M.O. **Análise da implementação da Política de Gestão do Trabalho na Saúde no município de Recife-PE** Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2013

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C.F. **Política, Planejamento e Gestão em Saúde: balanço do estado da arte**. Revista de Saúde Pública, 2006. 40(nº esp.) 73-79.

PARAIBA. **Governo divulga PIB do municípios paraibanos**. Disponível em: <http://www.paraiba.pb.gov.br>. Acesso em:30 jul. 2013

PARSONS, Wayne. **Public Policy: An Introduction to the Theory and Practice of Policy Analysis**. Cheltenham: Edward Elgas, 1997.

PINHEIRO, R. As Práticas do Cotidiano na Relação Oferta e Demandas de Serviços de Saúde: um campo de estudo e construção da Integralidade. In: (ORG.) PINHEIRO, R e MATOS, R.A. **Sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** (ORG.). PINHEIRO, R e MATOS, R.A. Rio de Janeiro: IMS, UERJ, ABRASCO, 2006.

PINTO, E.P. P; AMOROZO, M.C. M; FURLAN, A. **Conhecimento popular sobre plantas medicinais em comunidades rurais de mata atlântica – Itacaré, BA, Brasil** Acta bot. bras. 20(4): 751-762. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abb/v20n4/01.pdf> Acesso em: 23 ago. 2013

PREFEITURA DE JOÃO PESSOA. **Empreender João Pessoa.** Disponível em: <http://www.joaopessoa.pb.gov.br/secretarias/sedesp/empreender/>. Acesso em: 29 jul.13

RICHARDSON, R. et al. **Pesquisa Social: métodos e técnicas.** São Paulo: Atlas, 1989.

RODRIGUES, A. G; SANTOS, M. G; AMARAL, A.C.F. Políticas Públicas em Plantas Mediciniais e Fitoterápicas. In: **A Fitoterapia no SUS e o Programa de Pesquisas de Plantas Mediciniais da Central de Medicamentos.** Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

RODRIGUES, E. ; CARLINI, E. A. **A importância dos Levantamentos Etnofarmacológicos no Desenvolvimento de Fitomedicamentos.** Revista Racine, São Paulo, n.70, p.30-35, 2002.

ROSA, C; CÂMARA, S.G; BERIA, J. U. **Representações e intenção de uso da fitoterapia na atenção básica à saúde.** Ciênc. saúde coletiva vol.16 no.1 Rio de Janeiro Jan. 2011

SABATIER, P. A.; JENKINS-SMITH, H. C. The Advocacy Coalition Framework: An Assessment. In.: SABATIER, P.A.(Org.). *Theories of the Policy Process.* Boulder: Westview, p.117-166,1999.

SANTOS, F.A.S. **Análise da Política de Práticas Integrativas e Complementares no Recife.** Dissertação (Mestrado). Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/ Fundação Oswaldo Cruz, 2010.

SANTOS, M. A. P. **Estratégia de Saúde da Família e Fitoterapia: Avanços, Desafios e Perspectivas.** Dissertação (Mestrado). Universidade Estácio de Sá. Rio de Janeiro, 2008.

SCHULZ, V., HANSEL, R.; TYLER, V. E. **Fitoterapia Racional: um guia de fitoterapia para as ciências da saúde.** Manole. São Paulo, 2002. Tradução de Glenda M. de Sousa.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE JOÃO PESSOA. **Relatório Anual de Gestão de 2012.** João Pessoa: Secretaria Municipal de Saúde, 2013a.

_____. Centro de Práticas Integrativas e Complementares “Equilíbrio do Ser”. **Relatório Trimestral de Gestão**. João Pessoa: Secretaria de Saúde de João Pessoa, 2013b.

_____. **Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares**. João Pessoa: Secretaria Municipal de Saúde, 2012a.

_____. **Relatório Anual de Gestão de 2011**. João Pessoa: Secretaria Municipal de Saúde, 2012b.

_____. **Programação Anual de Saúde de 2012**. João Pessoa: Secretaria Municipal de Saúde, 2012c.

_____. **Relatório Anual de Gestão de 2010**. João Pessoa: Secretaria Municipal de Saúde, 2011a.

_____. **Programação Anual de Saúde de 2011**. João Pessoa: Secretaria Municipal de Saúde, 2011b.

_____. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013, 2ª versão**. João Pessoa: Secretaria Municipal de Saúde, 2011c.

_____. **Programação Anual de Saúde de 2010**. João Pessoa: Secretaria Municipal de Saúde, 2010a.

_____. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013**, João Pessoa: Secretaria Municipal de Saúde, 2010b.

_____. Seção de Medicinas Naturais e Práticas Complementares. **Proposta de Política Municipal de Medicinas Naturais e Práticas Complementares**. João Pessoa: Secretaria Municipal de Saúde, 2005.

SEIBEL, E. J.; GELINSKI, C. R. **Concepção do Estado e Escolha da Metodologia de Avaliação de Políticas Públicas**. Sociedade Brasileira de Políticas Econômicas, 2007. Disponível em: <http://www.sep.org.br/artigo>. Acesso em: 23 nov. 2010.

SELAN, B.; KANNEBLEY JÚNIOR, S.; PORTO, G. S. **Relatório setorial sobre inovação tecnológica na indústria farmacêutica brasileira: uma análise a partir dos indicadores de inovação**. Ribeirão Preto: Parque Tecnológico de Ribeirão Preto/FIPASE, 2007. Disponível em: <http://www.fipase.org.br>. Acesso em: 01 ago. 2013.

SILVA, P. L. B., MELO, M. A. B. **O Processo de Implementação de Políticas Públicas no Brasil: Características e Determinantes da Avaliação de Programas e Projetos**. Campinas: Núcleo de Estudos de Políticas Públicas – NEPP, 2000. Disponível em: <http://www.nepp.unicamp.br/d.php2f=42>. Acesso em: 11 jul. 2011.

SILVA, M. R. F., NAVARRETE, M. L. V.. Introdução aos Fundamentos Teóricos da Pesquisa Qualitativa: (ORG.) NAVARRETE M. L. V. et al. **Introdução às técnicas qualitativas de pesquisas aplicadas em saúde**. Recife: IMIP, 2009.

- SILVEIRA, P. F.; BANDEIRA, M.A.M.; ARRAIS, P.S.D. **Farmacovigilância e reações adversas às plantas medicinais e fitoterápicos: uma realidade**, Rev. bras. farmacogn. vol.18 no.4 João Pessoa Oct./Dec. 2008
- SISSON, M. C *et al.* **Estratégia de Saúde da Família em Florianópolis: integração, coordenação e posição na rede assistencial**. Saúde Soc., São Paulo, v.20, n.4, p.991-1004, 2011
- SOUZA, C. **Estado da Arte da Pesquisa em Políticas Públicas**. In: HOCHMAN, G.; ARRETICHE, M.; MARQUES, E.; (ORG). Políticas Públicas no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. P 67-86.
- TESSE, C.D. LUZ, M. T. **Racionalidades Médicas e Integralidade**. Ciências e Saúde Coletiva 13(1) p.105-206, 2008. Disponível em: <http://www.cielo.br> acesso em: 28 jun. 2013
- THOMAS, S.; GILSON, L. **Actor management in the development of health financing reform: health insurance in South Africa, 1994–1999**. Health Policy and Planning, Oxford, v. 19, n. 5, p. 279–291, 2004.
- VASCONCELOS. L.F. **Ricardo Coutinho na História, 2010**. Disponível em: <http://www.wscom.com.br>. Acesso em: 01 ago. 2013
- VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G.W. *et al.* (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. 2ª.ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2009. cap. 16, p. 531-562. Disponível em: <http://www.ufjf.br>. Acesso em 02 ago. 2013
- VIANA, A. L. D.; BAPTISTA, T. V. F.. Análise de Políticas de Saúde. In: GIOVANELLA, L. *et al.*(ORG). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: CEBES/FioCruz, 2008.
- VIANA, A.L. **Políticas Públicas: uma revisão da literatura**. Sociologias. Porto Alegre. Ano 8, jul/dez 2006. P.20-45.
- WALT, G.; GILSON, L. **Reforming the Health Sector in Developing Countries: the central role of policy analysis**. Health Policy and Plannin. Oxford. V-9,n-4, p.353-370, 1994.
- W.H.O. **Traditional Medicine Strategy 2002-2005**. Geneve: WHO, 2002. 65p.
- WILLIAMSON, C. **Alford's theoretical political framework and its application to interests in health care now**. British Journal of General Practice 58(552):512 (2008)PMID 18611324. Disponível em <http://pubget.com/paper>. Acesso em 13mai2013
- YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 4. ed. Bookman, Porto Alegre: 2010.

YUNES, R. A; PEDROSA, R.C; CECHINEL FILHO, V. **Fármacos e Fitoterápicos: A necessidade do Desenvolvimento da Indústria de Fitoterápicos e Fitofármacos no Brasil** *Quim. Nova*, Vol. 24, No. 1, 147-152, 2001.

YUNES, R. A; CECHINEL FILHO, V. Breve análise histórica da química de plantas medicinais: sua importância na atual concepção de fármaco segundo os paradigmas ocidental e oriental in: **Plantas Medicinais sob a Ótica da Química Medicinal Moderna**. (YUNES, R. A; CALIXTO, J.B.) Chapecó: Argos, 2001.

APÊNDICE A

Roteiro de Entrevista

Gestores:

- Conhecimento sobre a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares e sobre a Política Nacional de Plantas Medicinais e de Fitoterápicos;
- Conhecimento sobre o aparato normativo sobre a Fitoterapia;
- Participação nas discussões sobre a formulação e a implementação da política em João Pessoa;
- Importância da Implementação da Fitoterapia no SUS
- Benefícios, facilidades e dificuldades da implementação da Fitoterapia;
- Aceitação da Fitoterapia por parte de gestores, profissionais de saúde e usuários; - Eficácia e segurança do uso da Fitoterapia;
- Conhecimento de serviços de saúde onde está implementada a Fitoterapia;
- Vantagens e desvantagens do tratamento com a Fitoterapia em relação ao tratamento com medicamento sintético;
- O uso da Fitoterapia em relação com outras formas de tratamento da Biomedicina.

Profissionais de saúde:

- Conhecimento sobre a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares e sobre a Política Nacional de Plantas Medicinais e de Fitoterápicos;
- Conhecimento sobre o aparato normativo sobre a Fitoterapia;
- Participação nas discussões sobre a formulação e a implementação da política em João Pessoa;
- Importância da Implementação da Fitoterapia no SUS
- Benefícios, facilidades e dificuldades da implementação da Fitoterapia;
- Aceitação da Fitoterapia por parte de gestores, profissionais de saúde e usuários;
- Eficácia e segurança do uso da Fitoterapia;
- Conhecimento de serviços de saúde onde está implementada a Fitoterapia;

- Vantagens e desvantagens do tratamento com a Fitoterapia em relação ao tratamento com medicamento sintético;
- O uso da Fitoterapia em relação com outras formas de tratamento da Biomedicina;
- Valorização do conhecimento popular;
- Tipos de doenças tratáveis com a Fitoterapia.

Pesquisadores:

- Conhecimento sobre a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares e sobre a Política Nacional de Plantas Medicinais e de Fitoterápicos;
- Conhecimento sobre o aparato normativo sobre a Fitoterapia;
- Participação nas discussões sobre a formulação e a implementação da política em João Pessoa;
- Importância da Implementação da Fitoterapia no SUS
- Benefícios, facilidades e dificuldades da implementação da Fitoterapia;
- Aceitação da Fitoterapia por parte de gestores, profissionais de saúde e usuários;
- Eficácia e segurança do uso da Fitoterapia;
- Conhecimento de serviços de saúde onde está implementada a Fitoterapia;
- Vantagens e desvantagens do tratamento com a Fitoterapia em relação ao tratamento com medicamento sintético;
- O uso da Fitoterapia em relação com outras formas de tratamento da Biomedicina.

Usuários

- Participação nas discussões sobre a formulação e a implementação da política em João Pessoa;
- Importância da Implementação da Fitoterapia no SUS
- Benefícios, facilidades e dificuldades da implementação da Fitoterapia;
- Aceitação da Fitoterapia por parte de profissionais de saúde e usuários;
- Eficácia e segurança do uso da Fitoterapia;

- Conhecimento de serviços de saúde onde está implementada a Fitoterapia;
- Vantagens e desvantagens do tratamento com a Fitoterapia em relação ao tratamento com o medicamento sintético;
- O uso da Fitoterapia em relação com outras formas de tratamento da Biomedicina;
- Valorização do conhecimento popular;
- Tipos de doenças tratáveis com a Fitoterapia.

APÊNDICE B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA
DOUTORADO INSTITUCIONAL EM SAÚDE PÚBLICA**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Este TCLE refere-se à pesquisa para a coleta de dados para a tese de doutoramento intitulada **A Implementação da Fitoterapia no SUS de João Pessoa**, sendo o pesquisador responsável o doutorando Climério Avelino de Figueredo, sob a orientação de Idê Gomes Dantas Gurgel.

As informações a seguir descreverão esta pesquisa e o papel que você terá como participante. O pesquisador poderá esclarecerá quaisquer dúvidas que você possa ter sobre este termo e sobre este estudo. **Por favor, leia-o cuidadosamente.** Concordando em participar, você assinará este termo em duas vias e receberá uma cópia.

A pesquisa visa a obter dados sobre a implementação da Fitoterapia no SUS de João Pessoa, objeto de minha tese de doutoramento do Doutorado Institucional em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ) em parceria com a Universidade Federal da Paraíba.

Sua participação neste estudo, através de uma entrevista, é espontânea e você poderá se recusar a participar ou poderá interromper sua participação a qualquer momento, sem constrangimentos. Não haverá, por qualquer meio, discriminação aos participantes do estudo.

Dela participando, **você não terá benefícios diretos imediatos**, mas sua participação é importante, pois a pesquisa sobre a implementação da Fitoterapia no SUS de João Pessoa poderá oferecer dados, informações e propostas que facilitem esta implementação e isto poderá trazer benefícios para você, individualmente, e para a sociedade, como um todo, a médio e longo prazos. **A participação em qualquer pesquisa sempre implica riscos.** Nesta, devido a sua natureza, eles são menos prováveis, mas poderá ocorrer, como um eventual constrangimento perante pessoas ou instituições, caso suas respostas se tornem públicas e elas desagradem a estas pessoas e instituições. Neste caso, o pesquisador terá a obrigação de colaborar na resolução do problema, que por ventura ocorra.

Todas as informações obtidas em relação a esse estudo permanecerão em sigilo, sob a responsabilidade do pesquisador, assegurando proteção de sua imagem e respeitando valores morais, culturais, religiosos, sociais e éticos. Como condição de sua participação na pesquisa, você permitirá ao pesquisador a coleta de dados necessários ao estudo. Os resultados desta pesquisa poderão ser apresentados em congressos ou publicações científicas, porém sua identidade não será divulgada nestas apresentações, nem serão utilizadas quaisquer imagens ou informações que permitam a sua identificação.

Ao final da pesquisa, cada participante será informado do resultado, mediante encontro com o pesquisador. Se houver qualquer dúvida sobre o estudo, você poderá receber esclarecimentos com o pesquisador *Climério Avelino de Figueredo*, telefone (83) 8801 0711, e-mail: climerioaf@bol.com.br, local de trabalho no Departamento de Fisiologia e Patologia,

Campus I da Universidade Federal da Paraíba, fone (83) 3216 7575, João Pessoa-PB ou pela sua orientadora, Idê Gomes Dantas Gurgel, telefone (81) 2101 2605, e-mail: idegurgel44@gmail.com, local de trabalho, no Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM), Departamento de Saúde Coletiva, Av. Professor Moraes Rego, s/n - Campus da UFPE - Cidade Universitária, Recife/PE.

Este projeto foi submetido ao **Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública - CEP / ENSP**, Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 – Térreo, Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ / CEP. 21041-210. Tel e Fax - (21) 2598-2863. E-mail: cep@ensp.fiocruz.br. <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>.

João Pessoa, _____ de _____ de 2012

Assinatura do pesquisador

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benéficos de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Assinatura do participante

ANEXO

Projeto de lei que cria a Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares

PROJETO DE LEI ____/2012

Institui a Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares no âmbito do Sistema Único de Saúde no Município de João Pessoa, define a estrutura de gestão desta Política e dá outras providências.

Considerando o inciso II do art. 198 da Constituição Federal de 1988, que dispõe sobre a integralidade das ações e dos serviços no SUS.

Considerando o parágrafo único do art. 3º da Lei nº 8.080/90, que diz respeito às ações destinadas a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social, como fatores determinantes e condicionantes da saúde.

Considerando o parágrafo único da Portaria GM/MS nº 971, de 3 de Maio de 2006 que aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), que recomenda a adoção pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, da implantação e implementação das ações e serviços relativos às Práticas Integrativas e Complementares.

A CÂMARA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA DECRETA:

Art. 1º - Esta lei institui as normas gerais para a Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares do Sistema Único de Saúde – SUS - no âmbito do Município de João Pessoa e estabelece as suas diretrizes em consonância com a legislação do SUS, em relação aos fluxos de acesso dos usuários, à estruturação dos serviços, aos registros de atendimentos e procedimentos e à garantia da disponibilização de medicamentos e insumos relacionados.

§ 1º - Para os efeitos desta lei, o termo “Práticas Integrativas e Complementares” baseia-se no que a Organização Mundial de Saúde – OMS – denomina como “Medicinas Tradicionais, Complementares e Alternativas”.

§ 2º - As Práticas Integrativas e Complementares contemplam ações de prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde, observando-se os preceitos legais e os requisitos de segurança, eficácia, qualidade, acessibilidade e seu uso racional, e a necessária abordagem de modo integral e dinâmico do processo saúde-doença, no ser humano e na sociedade.

CAPÍTULO I

DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE DE JOÃO PESSOA

Art. 2º - O campo da Política Municipal de PIC contempla sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos, os quais são também denominados pela Organização Mundial de Saúde – OMS – de medicina tradicional e complementar/alternativa (MT/MCA).

§ 1º Tais sistemas e recursos envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade.

§ 2º Tem por objetivo promover a melhoria dos serviços, o aumento da resolutividade e o incremento de diferentes abordagens, tornando disponíveis opções preventivas e terapêuticas aos usuários do SUS, como também, a racionalização no uso dos serviços e ações de saúde, estimulando alternativas inovadoras e socialmente contributivas ao desenvolvimento sustentável de comunidades.

Art. 3º - As Práticas Integrativas e Complementares identificadas no município de João Pessoa são: a Medicina Tradicional Chinesa (MTC), apresentando-se como recursos terapêuticos desta estão a Acupuntura, a Auriculoterapia, o uso da Moxa e Ventosas, as Práticas Mentais, Respiratórias e Corporais (Lian Gong, Tai Chi Chuan, entre outras), a Dietoterapia Chinesa e o Uso de Plantas Medicinais; a Medicina Tradicional Indiana (Ayurveda) apresentando-se como recursos terapêuticos desta estão as Práticas Mentais, Respiratórias e Corporais (Meditação, Yoga, entre outras), a Dietoterapia e o uso de Plantas Medicinais; a Medicina Antroposófica; a Medicina Homeopática; a Terapia Floral; a Terapia Reikiana; a Massoterapia; a Reflexologia; a Radiestesia; a Fitoterapia; a Hidroterapia; a Cromoterapia; a Trofoterapia, a Geoterapia; a Aromaterapia; a Magnetoterapia; a Psicoterapia e Terapias Psicossomáticas; a Psicopedagogia; a Neurolinguística; a Terapia através da Constelação Familiar Sistêmica; a Terapia

através da Hipnose/Regressão; a Terapia Ortomolecular; a Terapia Antroposófica; a Quiropraxia; a Gestalt Terapia; a Terapia Comunitária Integrativa; a Terapia Bioenergética; a Yogaterapia; o Uso da Arte (teatro, dança, circo, música, artes plásticas, artesanato, entre outras) como terapia, assim como as suas especialidades, Arteterapia, Biodança, entre outras; as Práticas Populares Tradicionais Brasileiras, entre outras.

CAPÍTULO II

DA ESTRUTURA ORGANIZATIVA

Art. 4º – A estruturação dos serviços de PIC definidos na Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares dar-se-á com ênfase na Atenção Básica de Saúde, e terão como referência os Centros de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (CPICS), organizados através da Rede Municipal de Saúde.

Art. 5º – Os profissionais que atuam com Práticas Integrativas e Complementares deverão comprovar habilitação para a prática, devidamente reconhecidos pelos Órgãos Reguladores e Entidades aos quais estão vinculados.

Art. 6º – Os servidores efetivos e trabalhadores de saúde da Secretaria Municipal de Saúde já habilitados em utilizar as Práticas Integrativas e Complementares de Saúde, poderão exercer suas atividades de recursos terapêuticos neste campo de conhecimento sem prejuízo das suas atribuições e responsabilidades de seu cargo ou função.

Art. 7º – Cria a Comissão de Práticas Integrativas e Complementares da Secretaria Municipal de Saúde, Grupo Técnico e Operativo das PIC de apoio à Chefia da Divisão de PIC.

§ 1º A Comissão de Práticas Integrativas e Complementares será composta de representantes da Secretaria Municipal de Saúde e dos Distritos Sanitários que atuam com estas práticas, da Direção dos Centros de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, dos representantes de Instituições de Ensino que atuem com ensino e pesquisa neste campo, de Entidades legalmente credenciadas e reconhecidas da área de PIC que serão formalmente designados através de portaria da Secretaria Municipal de Saúde.

§ 2º À Comissão de Práticas Integrativas e Complementares compete:

I - Fornecer assessoramento técnico sobre o tema à Atenção à Saúde, compreendendo a Atenção Básica, Média Complexidade Especializada e Atenção Hospitalar.

II - Desenvolver, juntamente com a Divisão de Educação em Saúde, estratégias de Educação Permanente para os profissionais do SUS no âmbito do município.

III - Desenvolver estratégias de sensibilização, através de atividades educativas, para os profissionais de saúde e usuários do SUS sobre a importância da visão ampliada dos “processos saúde-doença”, estimulando o autocuidado, favorecendo o debate e implantação da Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares.

IV - Fornecer assessoramento técnico em Práticas Integrativas e Complementares ao Conselho Municipal de Saúde e demais Conselhos no âmbito da Gestão Municipal.

V - Estimular as ações referentes ao controle/participação social, promovendo o envolvimento responsável e continuado dos usuários, gestores e trabalhadores, nas diferentes instâncias de efetivação da política de saúde.

VI - Estimular parcerias com instituições formadoras, incentivando projetos de pesquisa, extensão e estágios para contribuir com a formação dos profissionais dentro deste campo de atuação.

VII - Estimular parcerias entre a Secretaria Municipal de Saúde com Instituições e Entidades envolvidas com esse tema que propiciem o desenvolvimento integral das ações dessa Política.

VIII - Articular-se com as demais Secretarias e/ou outros Órgãos municipais, cujas ações se relacionem com o tema da Política ora instituída, que atuarão de modo integrado para a consecução dos objetivos de que trata esta Lei.

CAPÍTULO III

DO ACESSO DOS USUÁRIOS AOS SERVIÇOS

Art. 8º - O acesso dos usuários da Rede Municipal de Saúde de João Pessoa aos serviços de PIC dar-se-á, prioritariamente, no âmbito da Atenção Básica de Saúde e nos outros níveis de Atenção à Saúde Especializada, como os Centros de Referência de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (CPICS) e à Rede Hospitalar, utilizando-se de instrumentos de Referência e Contra Referência.

CAPÍTULO IV

DAS RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS E ATRIBUIÇÕES DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE COM AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES

Art. 9º - São responsabilidades da Gestão da Política de Práticas Integrativas e Complementares e da Gestão Municipal de Saúde:

I - Elaborar normas técnicas para inserção das Práticas Integrativas e Complementares na Rede Municipal de Saúde.

II – Estabelecer instrumentos de gestão e indicadores para o acompanhamento e avaliação do impacto da implantação/implementação da Política.

III – Divulgar a Política Nacional e Municipal de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no SUS.

IV – Participar da definição da Política de Medicamentos e de Assistência Farmacêutica, conjuntamente com a Gerência de Medicamentos e Assistência Farmacêutica da Secretaria Municipal de Saúde, relacionado à garantia da disponibilização de plantas medicinais, fitoterápicos, homeopáticos e florais para a Rede Municipal de Serviços de Saúde, que comporá a Relação Municipal de Medicamentos (REMUME).

V – Apresentar e aprovar proposta de inclusão da Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no Conselho Municipal de Saúde.

VI - Participar da elaboração do Plano Municipal de Saúde (PMS), da Programação Anual de Saúde (PAS) e do Relatório Anual de Gestão (RAS) no que compete a sua área de atuação com o conjunto das demais políticas a serem implantadas/implementadas pela Secretaria Municipal de Saúde.

VII – Incentivar, conjuntamente com a Vigilância Sanitária, o desenvolvimento de estudos de farmacovigilância e farmacoepidemiologia, com especial atenção às plantas medicinais e aos fitoterápicos, no âmbito de sua atuação, bem como instrumentalizar a Vigilância Sanitária municipal no tocante a esta política e suas ações decorrentes na sua jurisdição.

Art. 10º - O disposto nesta lei poderá ser desenvolvido diretamente pelo Poder Executivo, ou mediante acordos com entidades privadas, sob fiscalização e controle público.

Art. 11º - Os órgãos e entidades do Poder Executivo, cujas ações se relacionem com o tema da Política ora aprovada, devem promover a elaboração ou a readequação de seus Planos, Programas, Projetos e Atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas.

Art. 12º - O Poder Executivo regulamentará a presente lei no prazo de 60 (sessenta) dias, contados a partir da data de sua publicação.

Art. 13º - As despesas decorrentes da execução desta lei correrão por conta de dotações orçamentárias do Fundo Municipal de Saúde (FMS), do orçamento próprio do município, das transferências intergovernamentais previstas em Lei, de recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) e de contrapartidas da União realizadas através de recursos de convênios, estabelecidos e inseridos na Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) apresentada à Câmara Municipal de Vereadores, na Programação Plurianual (PPA) e no Quadro Demonstrativo de Despesas (QDD) de competência do Poder Executivo e suplementadas se necessário.

Art. 14º - Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Às Comissões competentes.