

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
FARMANGUINHOS  
COMPLEXO TECNOLÓGICO DE MEDICAMENTOS

**Análise Situacional de Seis Programas de Fitoterapia Brasileiros**

DENIZE GOMES MARANHÃO

Rio de Janeiro

2011



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
FARMANGUINHOS  
COMPLEXO TECNOLÓGICO DE MEDICAMENTOS

**Análise Situacional de Seis Programas de Fitoterapia Brasileiros**

DENIZE GOMES MARANHÃO

Orientadora: Dr<sup>a</sup> Sandra Aparecida Padilha Magalhães Fraga

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ/  
FARMANGUINHOS / como requisito parcial  
para obtenção do Título de Especialista em  
Gestão da Inovação em Fitomedicamentos.

Rio de Janeiro

2011

M311d Maranhão, Denize Gomes

Análise Situacional de Seis Programas de Fitoterapia Brasileiros./  
Denize Gomes Maranhão. Rio de Janeiro: [s.n.], 2011  
47f.

Trabalho de Conclusão de Curso. Fiocruz,  
Instituto de Tecnologia em Fármacos.  
Coordenação de Ensino.

Orientadora: Dr<sup>a</sup>. Sandra Aparecida Padilha Magalhães Fraga

Programas de Fitoterapia 2- Políticas de Saúde. 3- Assistência  
Farmacêutica 4- SUS

CDD 615.32

DENIZE GOMES MARANHÃO

## **Análise Situacional de Seis Programas de Fitoterapia Brasileiros**

Orientadora

---

Dr<sup>a</sup> Sandra Aparecida Padilha Magalhães Fraga

Banca Examinadora

---

Dr<sup>a</sup> Cristiane Silva Silveira

---

Dr<sup>a</sup> Maria das Dores Dutra Behrens

Dedico este trabalho à memória de  
minha mãe, Zilda Maranhão, por ter  
sido uma significativa referência de  
respeito, gratidão e amor, e aos  
amigos pela cumplicidade.

## AGRADECIMENTOS

A Deus pela vida de alegrias que compartilho.

Aos professores do curso Maria Behrens, Maria da Conceição e especialmente Regina Naciff pela elegância no desempenho de seu trabalho.

Aos colegas do curso pelos momentos de alegria e amizades geradas.

À orientadora Sandra Magalhães pela paciência.

Ao Ângelo Giovani Rodrigues da Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares DAB/SAS/MS.

Aos gestores dos Programas de Fitoterapia Helena Frangakis - RJ, Suzana Ogava - Maringa - PR, Henriqueta Tereza do Sacramento - ES, Jaqueline Guimarães - MG, Dr<sup>a</sup> Terezinha Rêgo - MA e aos Senhores Altevir Zardinello e Reinaldo. Shimabuki - Foz do Iguaçu - PR, que gentilmente atenderam nas diversas vezes em que foram solicitados.

Ao Paulo Henrique Leda pelos toques na elaboração do trabalho.

À Marcella Guimarães pelas tabelas e formatação e à Rita Nery, bibliotecária de Far.

Aos companheiros Sérgio Monteiro e José Eloizio Linhares, amantes das plantas.

À amiga Wanise B. Barroso pelos alertas e gentis pressões.

À Valéria Dantas Esteves por ter permitido que eu fizesse o curso.

A todas as pessoas que direta ou indiretamente participaram do trabalho.

“No meio da sua praça, de uma e outra margem do rio, está a árvore da vida, que produz doze frutos, dando o seu fruto de mês em mês, e as folhas da árvore são para a cura das nações.” (Apocalipse 22.2)

“A árvore que plantas dar-te-á, talvez amanhã, o remédio que precisas”. (Emmanuel)

|

## LISTA DE SIGLAS

**ATERS** - Secretarias de Agricultura e Redes de Extensão Rural

**ANVISA** - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

**ABFITO** - Associação Brasileira de Fitoterápicos

**ATER** - Assistência Técnica e Extensão Rural

**CEME** - Central de Medicamentos

**CEPLAM** - Conselho Estadual de Plantas Medicinais

**CIB** - Comissão Intergestores Bipartite

**CIPLAN** - Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação

**CNPq** - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

**DAF** - Departamento de Assistência Farmacêutica

**DRP** - Diagnóstico Rápido Participativo

**EAD** – Educação a Distância

**EMBRAPA** - Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária

**ERN** - Elenco de Referência Nacional

**FDA** - Food and Drug Administration

**FEBRAPLAME** - Federação Brasileira das Associações de Estudos e Pesquisa de Plantas Medicinais

**NGBS** - Núcleo de Gestão em Biodiversidade e Saúde

**OMS** - Organização Mundial de Saúde

**ONG** - Organização Não Governamental

**PNPIC** - Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

**PNPMF** - Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos

**PNPMF** - Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos

**PPPM** - Programa de Pesquisa de Plantas Medicinais

**PROPLAM** - Programa Estadual de Plantas Medicinais

**PSF** - Programa Saúde da Família

**RDC** - Resolução da Diretoria Colegiada

**RENAME** - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

**RENISUS** - Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS

**SMSDC** - Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil

**SUS** - Sistema Único de Saúde

**UBS** - Unidade Básica de Saúde

**UFMA** - Universidade Federal do Maranhão

**UFRRJ** - Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

**UNESCO** - United Nations Economic Social and Cultural Organization

**USF** - Unidade de Saúde da Família

## **LISTA DE FIGURAS**

<b>FIGURA 1 - PROGRAMA PROFITO - ÁREAS E PROJETOS</b>	<b>12</b>
<b>FIGURA 2 - PRINCIPAIS DIFICULDADES CITADAS PELOS PROGRAMAS DE FITOTERAPIA.</b>	<b>16</b>

## **LISTA DE QUADROS**

<b>QUADRO1 - ESPÉCIES UTILIZADAS NOS PROGRAMAS PESQUISADOS</b>	<b>19</b>
<b>QUADRO 2 – CONTRIBUIÇÕES SUGERIDAS PELOS GESTORES DOS PROGRAMAS</b>	<b>25</b>

## SUMÁRIO

<b>I. INTRODUÇÃO</b>	<b>1</b>
I.1 SITUAÇÃO MUNDIAL DOS FITOTERÁPICOS	3
I.2 POLÍTICAS E INSTRUMENTOS NORTEADORES DA FITOTERAPIA NO BRASIL	5
I.3 POLÍTICA DE ACESSO A FITOTERÁPICOS INDUSTRIALIZADOS	7
I.4 SITUAÇÃO DOS PROGRAMAS DE FITOTERAPIA	9
I.5 O PROGRAMA PROFITO DO NÚCLEO DE GESTÃO EM BIODIVERSIDADE E SAÚDE DE FARMANGUINHOS/FIOCRUZ	11
<b>II. OBJETIVOS</b>	<b>13</b>
II.1. GERAL	13
II.2. ESPECÍFICOS	13
<b>III. METODOLOGIA</b>	<b>14</b>
III.1. LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO	14
III.2. ENTREVISTAS E APLICAÇÃO DE QUESTIONÁRIOS	14
III.3. ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS	15
<b>IV. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>16</b>
IV.1. PRINCIPAIS DIFICULDADES ENFRENTADAS PELOS PROGRAMAS	16
IV.2. ESPÉCIES MAIS UTILIZADAS PELOS PROGRAMAS	17
IV.3. ANÁLISE SITUACIONAL DOS PROGRAMAS PESQUISADOS	20
<b>V. AÇÕES PROPOSTAS PARA O FORTALECIMENTO DOS PROGRAMAS DE FITOTERAPIA BRASILEIROS</b>	<b>26</b>
<b>VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>28</b>
<b>VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>30</b>
<b>VIII . ANEXO 1</b>	<b>32</b>

## RESUMO

O SUS – Sistema Único de Saúde, sistema público de saúde no Brasil, não possui uma política de Assistência Farmacêutica capaz de suprir as necessidades da população carente na obtenção de medicamentos essenciais. Atualmente com a descentralização do poder público, os municípios obtiveram maior autonomia em suas gestões para implantação de programas de assistência à saúde. Há décadas estados e municípios se utilizam do conhecimento tradicional do uso das plantas medicinais e do cultivo ecologicamente sustentável visando suprir as necessidades das comunidades no acesso aos fitoterápicos. Na pesquisa foram aplicados 11 questionários compostos por 37 questões a 11 gestores de diferentes programas, em diferentes regiões do país, sendo utilizados nos estudos os seis questionários respondidos pelos programas de fitoterapia das cidades de Betim (MG), Rio de Janeiro (RJ), Vitória (ES), Itaipu (PR), Maranhão (MA) e Maringá (PR). Além dos questionários foram realizadas entrevistas através de contatos telefônicos. Os questionários foram aplicados tendo como objetivo conhecer as atividades envolvidas no funcionamento dos programas selecionados, de forma a identificar as dificuldades enfrentadas por alguns gestores, e os motivos que permitiram com que outros programas tivessem êxito em seus projetos. A atuação de um Núcleo de Fomento a Programas de Fitoterapia em rede, integrado a outras ações realizadas por território, no âmbito do Programa Profíto, é uma proposta que pode apoiar o desenvolvimento e fortalecimento de programas de fitoterapia em todo o Brasil.

**Palavras-Chave:** Programas de Fitoterapia, Políticas de Saúde, Assistência Farmacêutica, SUS

## I. INTRODUÇÃO

O uso das plantas medicinais pelos homens no tratamento e alívio de dores remonta e se confunde com a sua própria existência, tendo assim, um forte caráter cultural e terapêutico que permaneceu nas sociedades industrializadas. Atualmente, o uso das plantas medicinais encontra-se em expansão não somente justificado pelas pesquisas que demonstraram a sua eficácia, mas também fomentado pelo movimento da contracultura dos anos 1960 e 1970 que preconizava um modo de vida mais ecossistêmico voltado para as práticas naturais de cura, por políticas e ações de organismos internacionais como OMS – Organização Mundial de Saúde e pela incapacidade dos governos de fornecerem assistência farmacêutica adequada à população, sobretudo nos países em desenvolvimento devido aos altos custos e baixo desenvolvimento tecnológico. Assim de maneira intuitiva, ou através da observação dos animais, os povos primitivos buscavam nas plantas remédios para o alívio do sofrimento humano provocado por doenças ou acidentes, bem como para a alimentação, ornamentação ou magia, cujo conhecimento das espécies medicinais e as suas utilizações foram passadas de geração em geração (CARRARA, 2000; BALMÉ, 1991).

Historicamente os chineses, egípcios, hindus e gregos foram os primeiros a catalogar as plantas medicinais, classificando-as de acordo com a sua forma, cor, sabor e aroma, incluindo ligações com os astros e, evidentemente, com seus atributos mágicos (LIMA, 2006). No Egito, antigos papiros mostram que, a partir de 2000 a.C., grande número de médicos utilizava as plantas como remédio e considerava a doença como resultado de causas naturais e não como consequência dos poderes de espíritos maléficos. No Papiro Ebers, que data de cerca de 1500 a.C., foram mencionadas cerca de 700 drogas diferentes, incluindo extratos de plantas, metais como chumbo e cobre, e venenos de animais de várias procedências. Neste mesmo papiro, mencionam-se ainda fórmulas específicas para doenças conhecidas e, dentre as espécies que aparecem na lista, estão incluídas algumas utilizadas por fitoterapeutas até hoje (ELDIN S, DUNFORD, 2001).

Os antigos egípcios, que se aprimoraram na arte de embalsamar os cadáveres para guardá-los da deteriorização, experimentaram muitas plantas, cujo poder curativo descobriram e confirmaram (BALBACH, 1970).

Tão adiantados quanto os egípcios são os babilônios que regulamentaram o exercício da medicina e da prescrição de remédios no Código de Hamurabi, estruturado mais ou menos no tempo do patriarca Abraão. Os assírios incluíram no seu receituário 250 plantas com fins terapêuticos, entre as quais o açafraão, assa-fétida, o cardamomo, a papoula,

tremoço e outros. Hipócrates da Grécia (460-361a.C.), que é considerado o pai da medicina, empregava centenas de drogas de origem vegetal. Teofrasto (372-285 a.C.), na sua história das plantas, catalogou 500 espécimes vegetais. Crateús, que viveu no século I antes de Cristo, publicou a primeira obra que se tem conhecimento na história – Rhizotomikon – sobre plantas medicinais com ilustrações.

No Ocidente, os registros da utilização da fitoterapia, terapêutica caracterizada pela utilização de plantas medicinais em suas diferentes preparações farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal são mais recentes, sendo primeiras prescrições datadas do século V a.C. No começo da Era Cristã, o grego Dioscórides, em sua obra "De Matéria Medica", catalogou e ilustrou cerca de 600 diferentes plantas usadas para fins medicinais, descrevendo o emprego terapêutico de muitas delas, sendo muitos os nomes, por ele apresentados, ainda hoje usados na botânica. Esta obra é tida como a principal referência ocidental para a área de plantas medicinais até o Renascimento, o que mostra sua importância (LORENZI, 2002).

No Brasil, a história da utilização de plantas, no tratamento de doenças, apresenta influências da cultura africana, indígena e européia (MARTINS, 2000). A contribuição dos escravos africanos com a tradição do uso de plantas medicinais, em nosso país, se deu por meio das plantas que trouxeram e que eram utilizadas em rituais religiosos e também por suas propriedades farmacológicas, empiricamente descobertas. Os índios que aqui viviam dispostos em inúmeras etnias utilizavam grande quantidade de plantas medicinais e, por intermédio dos pajés, este conhecimento das ervas locais e seus usos foi transmitido e aprimorado de geração em geração. Os primeiros europeus que chegaram ao Brasil depararam-se com estes conhecimentos, que foram absorvidos por aqueles que passaram a viver no país e a sentir a necessidade de viver do que a natureza lhes tinha a oferecer, e também pelo contato com os índios que passaram a auxiliá-los como especialistas. Tais fatos fizeram com que os europeus ampliassem seu contato com a flora medicinal brasileira e a utilizassem para satisfazer suas necessidades alimentares e medicamentosas (LORENZI, 2002).

Entre 1880 e 1900, começaram as mudanças com o desenvolvimento do primeiro medicamento sintético, as antipirinas, seguidas pela antifebrina e pela aspirina. Após a II Guerra Mundial, as pesquisas com ervas medicinais foram deixadas de lado pelo grande avanço das formas sintéticas, sendo retomadas nos dias de hoje (FRANCESCHINI FILHO, 2004). Assim, as plantas passaram a servir somente como fonte de matéria-prima para a indústria farmacêutica e o uso de plantas medicinais foi considerado como uma forma de terapia medicamentosa sem base científica. Portanto essa postura foi impulsionada pelo

desenvolvimento da indústria química e pelo modelo de educação introduzido nos cursos da saúde que priorizava o enfoque tecnicista, orientado para apoiar e desenvolver o Complexo Industrial da Saúde.

Assim, a utilização da fitoterapia para tratar doenças foi sendo substituída pelo uso dos medicamentos industrializados que foram estimulados pelo desenvolvimento da biomedicina. Entretanto, a medicina tradicional, continuou exercendo um importante papel na atenção primária de saúde, principalmente em países com dificuldades ao acesso a medicamentos alopáticos. Neste sentido, a OMS observou que cerca de 80% da população dos países em desenvolvimento utiliza-se de práticas tradicionais nos seus cuidados básicos de saúde e 85% destes utilizam plantas medicinais ou preparações obtidas destas (OMS, 2002b).

Nesse contexto, a OMS assumiu, desde a Declaração de Alma Ata em 1978, diretrizes a respeito da necessidade de valorizar a utilização de plantas medicinais no âmbito sanitário dos países signatários, dentre os quais, o Brasil faz parte (BRASIL, 2006).

## **I.1. SITUAÇÃO MUNDIAL DOS FITOTERÁPICOS**

Existem muitas diferenças entre os países quanto ao uso das plantas medicinais e dos produtos gerados na cadeia produtiva, que vão desde a definição dos conceitos até ao modo como são regulamentados e comercializados os produtos.

Na Comunidade Européia, há mais de uma forma de utilização da planta medicinal. De acordo com o *European Agency for Evaluation of Medicinal Products* (EMA) são conhecidas as seguintes categorias: a - droga vegetal (*herbal drug*), que é a parte da planta empregada com fins medicinais (folhas, galhos, caule, casca, sementes, flores, etc.), utilizada *in natura*, em pó, triturada, fresca ou seca, sempre registrando a origem geográfica e as condições sob as quais foi obtida; b - preparações de drogas vegetais (*herbal drug preparation*) que são extratos, tinturas, óleos e resinas obtidas de plantas; c. produtos medicinais vegetais (*herbal medicinal products*) que são produtos medicinais constituídos de derivados de plantas medicinais que devem passar por um controle da qualidade que permita a sua identificação e quantificação dos princípios ativos ou marcadores. Além de terem a sua identidade estabelecida, a atividade terapêutica deve ser conhecida (EMA, 2004).

Na Europa, a Alemanha é o país que mais incentiva o uso das terapias naturais no sistema médico oficial, notadamente a fitoterapia, uma vez que os fitoterápicos representam cerca de 40% das prescrições médicas (LEÃO, M. G., 1995).

Nos Estados Unidos, o *Food and Drug Administration* (FDA) classifica as preparações à base de plantas como alimentos, enquadrando-as na categoria de suplementos alimentares que, segundo essa classificação, a regulamentação não os considera como medicamentos e sim como produtos que servem como alimentos funcionais com as funções de manter, prevenir, recuperar ou estimular a saúde (COSTA et al., 2004).

No Canadá, os produtos oriundos de plantas medicinais ou outros recursos naturais são registrados como Produtos Naturais para Saúde (*Natural Health Product*). Assim, nesta classe, estão inclusos produtos advindos de plantas ou partes de plantas, algas, bactérias, fungos ou material animal não humano, na forma de extratos ou substâncias isoladas destes, associados ou não a vitaminas, aminoácidos, ácidos graxos essenciais, minerais ou probióticos, além de medicamentos homeopáticos. Os produtos naturais para saúde são preparados e vendidos para uso no diagnóstico, tratamento, mitigação ou prevenção de doenças, desordens ou estado fisiológico anormal ou seus sintomas e para restaurar, corrigir ou modificar as funções orgânicas de modo a manter ou promover a saúde (CANADÁ, 2003).

A China é campeã na utilização de medicamentos naturais, onde só se recorre à alopatia quando não se encontra um substituto de tal medicamento nos recursos terapêuticos da medicina tradicional chinesa. Mesmo nos longínquos países, tais como, Austrália, Índia, Coreia, deposita-se na flora medicinal um enorme crédito quanto ao apoio desta na terapia do dia-a-dia (LEÃO, M. G., 1995).

Já o México apresenta uma definição de medicamento herbolário como sendo o produto preparado de plantas medicinais ou suas partes individuais ou combinadas, definição muito parecida com a definição de medicamento fitoterápico do Brasil.

No Brasil, o comércio dos produtos naturais oriundos de plantas com fins medicinais somente é possível após seu registro junto a ANVISA, como fitoterápico que é definido como: 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 três (BRASIL, 2004a).

Tendo sido as plantas umas das primeiras terapêuticas utilizadas pelos homens e os chás umas das primeiras formas de consumo, e visando regulamentar a produção e

comercialização de Drogas Vegetais, é que foi publicada pela ANVISA a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 10, em 10 de março de 2010. A Resolução é composta por uma lista de 66 drogas vegetais, com usos, contra-indicações, reações adversas e alegações terapêuticas com base no uso tradicional, atendendo à Política Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos ao promover a produção e o comércio das drogas vegetais eficazes, seguras e de qualidade (BRASIL, 2009b).

Antes da criação da RDC 10/2010, o comércio de plantas medicinais era regulamentado no país pela Lei nº 5.991/73, que não descrevia os requisitos mínimos de qualidade, segurança e eficácia.

Apesar de voltada à indústria farmacêutica, a RDC10/2010 possui em seu conteúdo orientações que auxiliam e orientam o profissional da saúde e o usuário quanto à forma correta e segura de utilização das plantas medicinais.

## **I.2. POLÍTICAS E INSTRUMENTOS NORTEADORES DA FITOTERAPIA NO BRASIL**

A credibilidade e a vasta utilização das plantas medicinais pela população fizeram com que o Ministério da Saúde criasse regulamento que oficializasse o uso de plantas medicinais e fitoterápicos nos municípios e estados brasileiros, gerando diretrizes que incentivam, regulamentam e promovem a utilização no SUS destes recursos naturais.

Dentre as principais ações do governo federal em estabelecer políticas voltadas ao uso sustentável e estudo da utilização das plantas medicinais, duas tiveram papel de destaque. A primeira foi a criação do Programa de Pesquisa de Plantas Mediciniais (PPPM), através da Central de Medicamentos – CEME, e a segunda que foi a Resolução CIPLAN nº 08, de 08 de março de 1988.

A CEME foi criada em 25/06/1971 tendo suas atividades a princípio subordinadas a Presidência da República pelo Decreto 68.806. Em 1985, por meio do Decreto 91.439, passou do Ministério da Previdência e Assistência Social ao Ministério da Saúde, encerrando as suas atividades no ano de 1997, tendo como principal atividade a produção e distribuição de medicamentos destinados ao consumo da população de baixa renda. Entre as várias atividades desenvolvidas promoveu pesquisas voltadas ao aproveitamento das plantas medicinais no desenvolvimento de fármacos. Em 1982, o resultado das pesquisas permitiu a elaboração de um “Banco de Dados de Plantas Mediciniais”, que era distribuído por cinco regiões brasileiras. No mesmo ano foi realizado o “Encontro sobre Plantas Mediciniais” que reuniu especialistas do segmento de plantas medicinais e dirigentes de grandes empresas.

Durante esse encontro foi desenhada uma proposta para outro programa de pesquisa, intitulado “Programa de Pesquisa de Plantas Mediciniais (PPPM), que funcionou entre os anos de 1982 e 1997, tendo como objetivos promover a pesquisa científica das propriedades terapêuticas das espécies vegetais utilizadas pela população e o desenvolvimento de fitomedicamentos. Em termos práticos, das 74 espécies vegetais selecionadas para estudos pelo PPPM, poucos resultados foram publicados ou tornaram-se disponíveis (BRASIL, 2006). Com o encerramento das atividades da CEME em 1997 perdeu-se o principal estímulo à pesquisa de plantas medicinais no Brasil, diminuindo as possibilidades de desenvolvimento científico e tecnológico do segmento.

Outra ação do governo foi a criação da primeira regulamentação, a Resolução CIPLAN Nº 08, de 08 de março de 1988, que regulamentou a prática de Fitoterapia nos serviços de saúde, assim como criou os procedimentos necessários à prática da Fitoterapia nas Unidades Assistenciais Médicas (BRASIL, 1988).

No ano de 2006 foram publicadas duas políticas de grande importância para o setor de plantas medicinais e fitoterápicos no Brasil: a PNPIC - Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, aprovada pelo Ministério da Saúde através da Portaria nº 971, e a PNPMF – Política Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos.

Em 03 de maio de 2006 através da Portaria 971, o Ministério da Saúde aprovou a PNPIC, que contribuiu abrindo a possibilidade para adoção, no SUS, de formas de terapias alternativas e complementares, dentre as quais está a Fitoterapia. Como impactos positivos deste marco regulatório, destacam-se dois pontos: o primeiro diz respeito à democratização do acesso da população à Fitoterapia; e o segundo à abertura de mercado para os fitoterápicos, uma vez que o SUS é visto como o principal comprador de medicamentos no país (BRASIL, 2009c).

No mesmo ano e menos de dois meses após criada a PNPIC é também criada outra política que, tal qual a primeira, contempla as recomendações e as diretrizes da OMS no uso das plantas medicinais: a PNPMF.

A PNPMF- Política Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos criada por meio do Decreto Presidencial nº 5813, de 22 de junho de 2006, com caráter interministerial, teve como objetivo garantir à população brasileira o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, promovendo o uso sustentável da biodiversidade brasileira, estabelecendo diretrizes intersetoriais para o desenvolvimento de toda cadeia produtiva de plantas medicinais e fitoterápicos (BRASIL, 2006b).

Tais diretrizes da PNPMF foram publicadas em um Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF), aprovado em 09 de dezembro de 2008, através da Portaria Interministerial nº 2.960. (BRASIL, 2008 a).

### **I.3. POLÍTICA DE ACESSO A FITOTERÁPICOS INDUSTRIALIZADOS NO BRASIL**

Desde 2008, o SUS fornece medicamentos fitoterápicos feitos à base de espinheira santa (*Maytenus ilicifolia*) – para gastrites e úlceras – e guaco (*Mikania glomerata*) – para tosses e gripes, em diversas apresentações, financiados com os recursos da União, Estados e Municípios, que são oferecidos em 13 unidades federativas (RN, PB, SE, BA, TO, MT, DF, GO, RJ, PR, SC, RO e RS). Essas unidades pactuaram fitoterápicos e homeopáticos, segundo a Portaria nº 3.237/2007/GM/MS. Os medicamentos fitoterápicos utilizados pelo SUS são aprovados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), considerados seguros e eficazes para a produção. Seguindo desta forma um dos objetivos do PNPMF - Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, instituído em dezembro de 2008 pela Portaria nº 2.960, tem como um de seus objetivos inserir, com segurança, eficácia e qualidade, plantas medicinais, fitoterápicos e serviços relacionados à Fitoterapia no SUS através da RENISUS - Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS, constituída de 71 espécies vegetais com potencial de avançar nas etapas da cadeia produtiva e de gerar produtos de interesse ao SUS (Brasil, 2009b).

O programa busca também promover e reconhecer as práticas populares e tradicionais de uso de plantas medicinais e remédios caseiros. Visando atingir esses objetivos, o Ministério da Saúde ampliou de dois para oito os medicamentos fitoterápicos: espinheira-santa (*Maytenus ilicifolia*), guaco (*Mikania glomerata*), alcachofra (*Cynara scolymus*), aroeira (*Schinus terebenthifolius*), cáscara-sagrada (*Rhamnus purshiana*), garra-do-diabo (*Harpagophytum procumbens*), isoflavona-de-soja (*Glycine max*), unha-de-gato (*Uncaria tomentosa*), além dos medicamentos homeopáticos no Elenco de Referência Nacional – ERN para a Assistência Farmacêutica na Atenção Básica, conforme Farmacopéia Homeopática Brasileira 2ª edição. O ERN é composto por medicamentos alopáticos, fitoterápicos e homeopáticos integrantes da Relação Nacional de Medicamentos Essências (RENAME), destinados a atender aos agravos prevalentes e prioritários da Atenção Básica.

Para que os gestores dos programas possam adquirir os fitoterápicos constantes na RENAME, se faz necessário que as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde tenham pactuado a sua inclusão na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), permitindo que os recursos necessários às compras sejam repassados do Ministério da Saúde às prefeituras, nas quais estão inseridos os programas. Os valores foram definidos em 2009 após publicada a Portaria nº 2.982/ GM / MS, que aprovou as normas de execução e de financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica e os valores para o financiamento dos medicamentos do Elenco de Referência Nacional de Medicamentos e Insumos Complementares para à Assistência Farmacêutica na Atenção Básica , de responsabilidade das três esfera de gestão, devendo ser aplicados os seguintes valores mínimos: União: R\$5,10 por habitante/ ano; Estados e Distrito Federal: R\$ 1,86 por habitante/ ano e Municípios: R\$ 1,86 por habitante / ano.

Com relação a lista de fitoterápicos recomendados para o SUS, o governo promete revisar e ampliar a lista de fitoterápicos, em virtude das críticas de pesquisadores e estudiosos no assunto, referentes ao rol de parte das oito plantas incluídas de não trazerem benefícios e nem de valorizarem a flora nacional. Além de falta de fitoterápicos com ação comprovada no tratamento da depressão e ansiedade, segundo o diretor de assistência farmacêutica do Ministério da Saúde, José Miguel do Nascimento Júnior. "A comissão vai estudar e é óbvio que, se entender que são necessárias adequações, isso vai ser corrigido. Mas todas as plantas que estão lá têm uso, eficácia e segurança comprovados" (ESCOBAR, 2010).

O farmacêutico e vice-presidente da Febraplame – Federação Brasileira das Associações para o Estudo das Plantas Medicinais, Dr. Luis Marques, questiona a forma como foi feita a seleção das plantas, dando como exemplo a inclusão da cáscara sagrada que é importada dos EUA e que pode causar dependência. Afirma o Dr. Marques “A planta é um laxante, irritante intestinal, que pode causar dependência e mascarar outros problemas no órgão”. O Dr. Luis questiona também o fato de fazerem parte da lista, espécies não nativas. Diz o pesquisador: “A alcachofra, apesar de cultivada no Brasil , não é uma espécie nativa. E a aroeira, indicada para problemas ginecológicos, favoreceu um único produto existente no mercado. Não combina com uma política pública” (ESCOBAR, 2010).

O Dr. Roberto Boorhem, médico e presidente da Associação Brasileira de Fitoterápicos (Abfito), questiona o motivo da não inclusão dos fitoterápicos de ação antidepressiva no SUS, como o hipérico (ou erva-de-são-joão) de eficácia e segurança

comprovadas, que fazem parte da base de muitos produtos comercializados em farmácias, sem causar dependência.

#### **I.4. SITUAÇÃO DOS PROGRAMAS DE FITOTERAPIA BRASILEIROS**

Apesar de existirem centenas de instituições distribuídas por todo o território brasileiro trabalhando e desenvolvendo projetos de pesquisas com plantas medicinais e na assistência farmacêutica à população, há uma carência muito grande de atividades ou projetos consolidados em virtude da falta de recursos financeiros e humanos capacitados para a implantação de serviços voltados para a utilização de plantas medicinais e de fitoterapia no SUS.

Em um diagnóstico realizado pelo Ministério da Saúde, em 2004, foram detectadas 116 experiências municipais/ estaduais com plantas medicinais e fitoterapia em todo o país. Este documento menciona que as práticas integrativas e complementares, incluindo a fitoterapia, acontecem preferencialmente na atenção básica (BRASIL, 2006a).

Outro diagnóstico realizado em 2004/2005, pelo Departamento de Assistência Farmacêutica (DAF) do Ministério da Saúde, observou que a grande maioria das experiências ocorreu a partir das Secretarias Municipais de Saúde, em que 72,2% dos casos, a implantação e manutenção do programa municipal ocorrem a partir de recursos exclusivos do município, existindo variação nos modelos adotados para acesso da população às plantas medicinais e derivados (RODRIGUES *et al*, 2006).

A experiência de maior êxito e que influenciou a criação de programas de fitoterapia no Brasil foi o Programa Farmácias Vivas, criado pelo professor Francisco José de Abreu Matos da Universidade Federal do Ceará, há mais de vinte anos. É o primeiro programa de assistência social farmacêutica baseado no emprego científico de plantas medicinais desenvolvido no Brasil, tendo por objetivo produzir medicamentos fitoterápicos acessíveis à população carente (MATOS, 1998). Após a sua criação no estado do Ceará, tornou-se referência para o Nordeste brasileiro e, posteriormente, para todo o país (MALTA *et. al*, 1999).

No Estado do Rio de Janeiro, através da Lei Estadual nº 2.537, de 16 de abril de 1996, e regulamentação por Decreto Governamental nº 23.052 de 16 de abril de 1996, foram criados o Programa Estadual de Plantas Medicinais/ PROPLAM que tem como objetivo estabelecer políticas públicas nas áreas de preservação, pesquisa e utilização terapêutica de

plantas medicinais visando a exploração organizada dos recursos da flora medicinal do Estado, e o Conselho Estadual de Plantas Medicinais/ CEPLAM que tem como objetivo Institucionalizar o PROPLAM no âmbito dos instituições estaduais que desenvolvem atividades nas áreas de : preservação cultural, preservação de espécies medicinais, produção de matéria prima vegetal medicinal, pesquisa e desenvolvimento, produção de medicamentos, assistência e capacitação de recursos humanos.

Com relação ao município do Rio de Janeiro, as ações ocorreram com a oficialização do Programa Municipal de Plantas Medicinais e Fitoterapia no ano de 1992. Entretanto, somente em 2001 é que foi criado o regulamento técnico para o funcionamento dos serviços de fitoterapia no Estado do Rio de Janeiro. Seguindo as diretrizes do PROPLAM foi elaborado memento terapêutico e cartilhas que orientam o uso racional das plantas medicinais e fitoterápicos.

Como outro exemplo de programa de destaque, podemos citar o de Vitória-ES. Programa criado em 1990 e institucionalizado em 1998. Em 2009, o Programa de Vitória elaborou um manual intitulado “Roteiro para a Implantação de Projetos Locais de Plantas Medicinais” com os objetivos de orientar a implantação de projetos com plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos, e informar aos profissionais sobre a importância desta opção terapêutica na atenção primária em saúde na promoção da saúde bem como incentivar e apoiar as equipes para consolidação dos projetos já existentes.

Outro programa de nome Verde Vida, em Maringá, implantado em 2000, possui várias dinâmicas de integração, aproximação e esclarecimentos voltadas aos profissionais de saúde e comunidade onde o programa desenvolve suas atividades. Dentre as várias atividades, o principal destaque é para a “Hora do Chá”, que trabalha o uso racional de plantas medicinais utilizadas pela população.

Em Betim, o Programa de Fitoterapia executa as suas atividades, com um quadro qualificado de recursos humanos e aguarda a conclusão das obras de uma ampla farmácia de manipulação acoplada a áreas de rasura, moagem e manipulação de fitoterápicos com previsão de funcionamento no ano de 2010. O Programa também realiza projetos junto a agricultores urbanos a fim de que as matérias-primas sejam posteriormente adquiridas, seguindo diretriz do PNPMF que preconiza o estímulo à agricultura familiar na capacitação e geração de renda, promovendo a inclusão social e o desenvolvimento sustentável da cadeia produtiva de plantas medicinais.

## **I.5. O PROGRAMA PROFITO DO NÚCLEO DE GESTÃO EM BIODIVERSIDADE E SAÚDE DE FARMANGUINHOS/FIOCRUZ**

O Programa Profito teve início em julho de 2006, com atividades da área AMBIENTAL com o objetivo de trabalhar com agricultores do entorno do Campus Fiocruz da Mata Atlântica, e ao mesmo tempo do entorno do Parque Estadual da Pedra Branca. Foram realizados encontros onde através de dinâmicas de gestão participativa a primeira versão do projeto foi apresentada e discutida. Dos 150 agricultores contatados, 101 têm cadastro no Projeto e 89 responderam ao questionário do Diagnóstico Rápido Participativo (DRP).

Há três associações vinculadas ao projeto: Associação dos Lavradores e Criadores de Jacarepaguá (ALCRI-JPA), Associação dos Produtores Orgânicos da Pedra Branca (AGROPRATA), e Associação dos Agricultores Orgânicos de Vargem Grande (AGROVARGEM). O Projeto tem o objetivo de promover competências para cultivo sustentável, beneficiamento e comercialização de plantas medicinais, inserindo-os em um arranjo produtivo local para geração de trabalho e renda. Os dados levantados pelo DRP foram a base para a construção de um Seminário Político Pedagógico em novembro de 2009, que teve o objetivo de discutir e construir a segunda fase do Projeto: a Capacitação dos agricultores. Como resultado do Seminário o Projeto Político Pedagógico da Capacitação foi construído por agricultores, técnicos do Projeto e instituições parceiras. A capacitação aborda temas solicitados pelos agricultores e outros necessários para a promoção de competências para o cultivo e comercialização de plantas medicinais, distribuídos em quatro temas: Agroecologia, Gestão, Pós-Colheita e Fito, trabalhados em três módulos: Básico, Avançado e Formação de Multiplicadores. Uma das principais solicitações dos agricultores que veio ao encontro da Pedagogia da Alternância, foi atendida: a questão da capacitação com base prática. As oficinas estão sendo realizadas desde maio de 2010 (com previsão de término em maio de 2011), em encontros quinzenais alternando-se os locais entre Associações e no Campus Fiocruz da Mata Atlântica (BAPTISTA, 2010).

Na área de educação foi desenvolvido um Trabalho de Conclusão do Curso de Pós-graduação em Gestão da Inovação em Fitomedicamentos, pela aluna Maria de Fátima, sob coordenação da Dra. Sandra Aparecida P. M. Fraga, com o objetivo de desenvolver atividades para a promoção da saúde e desenvolvimento sustentável em unidade escolar, utilizando plantas medicinais como tema gerador (MAGALHÃES-FRAGA & OLIVEIRA, 2010).

Na área da saúde, um dos principais objetivos é o de apoiar e fortalecer os programas de fitoterapia brasileiros, através da realização de um diagnóstico dos programas de fitoterapia. Com base nesse diagnóstico, ações de apoio e fomento deverão ser desenvolvidas em rede junto a parceiros e gestores (Figura 1).

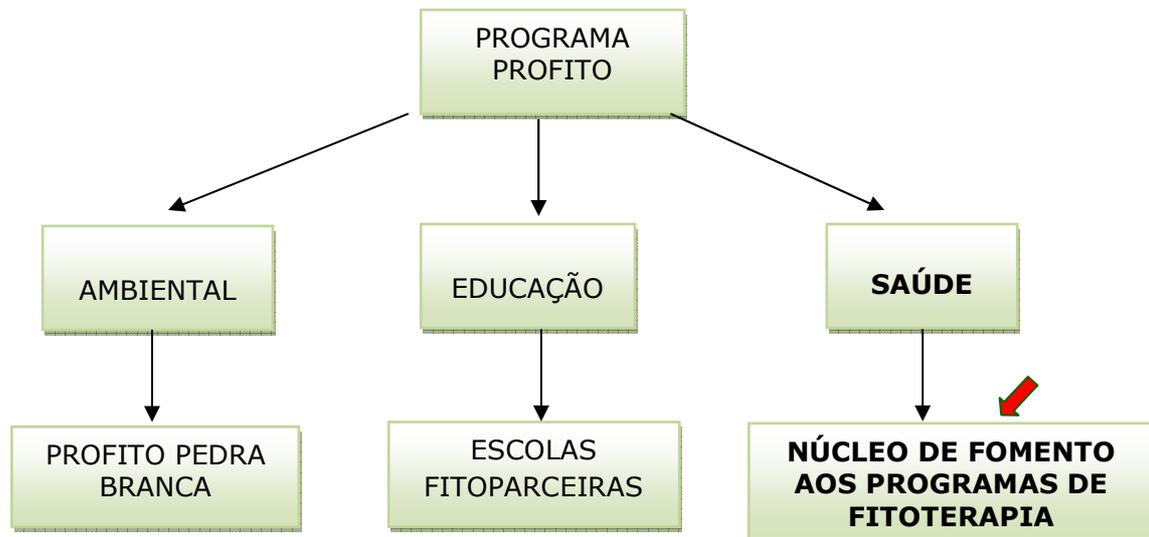


Fig. 1 - PROGRAMA PROFITO, suas áreas e projetos. Em negrito a área onde este trabalho está inserido.

Portanto, devemos reconhecer que hoje o cenário para o desenvolvimento de ações para a implantação da fitoterapia no país tornou-se mais favorável em virtude do reconhecimento oficial dessa prática pela PNPIC em consonância com as diretrizes do PNPMF. Entretanto, vários obstáculos devem ser vencidos para o uso racional das plantas medicinais e da fitoterapia no SUS face à complexidade da cadeia produtiva e dos vários gargalos que dificultam o desenvolvimento dos projetos.

## **II. OBJETIVOS**

### **II. 1. GERAL**

Realizar uma análise da situação dos Programas de Fitoterapia existentes em diferentes regiões do país, como ponto de partida para a busca de ações que promovam o fortalecimento e reestruturação dos mesmos.

### **II. 2. ESPECÍFICOS**

- 1) Realizar um diagnóstico situacional dos Programas de Fitoterapia
- 2) Propor ações de fortalecimento dos Programas de Fitoterapia Brasileiros

### **III. METODOLOGIA**

O método utilizado para descrever e explicar as atividades desenvolvidas nos Programas de Fitoterapia foi a pesquisa qualitativa com o uso de instrumentos que permitiram enumerar e medir os eventos, mediante contatos diretos e indiretos do pesquisador com a situação objeto de estudo. A pesquisa ocorreu em três etapas interligadas tendo como início um levantamento bibliográfico. Em seguida foram realizadas entrevistas através de contatos telefônicos, e aplicados questionários enviados via e-mails. Após o levantamento dos dados, foram feitas comparações e posterior análise dos dados.

#### **III. 1. LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO**

A primeira etapa consistiu em um levantamento e leitura da bibliografia existente em livros, sites, artigos e legislações voltadas ao assunto fitoterapia, plantas medicinais e Programas de Fitoterapia. Foram pesquisadas também as legislações sanitárias voltadas para a regulamentação do funcionamento dos serviços e das práticas do uso das plantas medicinais nos municípios e estados que desenvolvem atividades nessa área no SUS – Sistema Único de Saúde.

#### **III. 2. ENTREVISTAS E APLICAÇÃO DE QUESTIONÁRIOS**

A seleção dos programas participantes do projeto ocorreu não somente como resultado das informações levantadas nas literaturas estudadas, como também das observações das rotinas de alguns gestores, e de indicações de profissionais participantes da elaboração de ações da PNPIC no SUS.

Inicialmente foram realizados contatos com programas representativos de todas as regiões brasileiras para saber o interesse de seus gestores em participar da pesquisa, para posteriormente enviar os questionários.

As entrevistas junto aos gestores e profissionais envolvidos nos programas foram realizadas através de contatos telefônicos e correio eletrônico. Primeiro em virtude dos programas envolvidos se localizarem em diferentes regiões geográficas e distantes do Estado do Rio de Janeiro, local base das pesquisas. O segundo motivo foi intencional uma

vez que também se buscava observar diferenças de funcionamento das atividades que pudessem ser provocadas pelas desigualdades regionais.

O instrumento utilizado para a coleta de dados junto aos gestores foi um questionário com 37 perguntas distribuídas em questões fechadas e abertas, permitindo ao informante responder livremente, aplicado no período compreendido entre outubro de 2009 e abril de 2010.

A escolha do questionário como uma das formas de coleta de dados se deve ao fato de que, o questionário é uma das técnicas mais utilizadas nas pesquisas de cunho descritivo, apresentando-se como a técnica de investigação composta por um número elevado de questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo por objetivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas, etc. (GIL, 2007).

### **III. 3. ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS**

Os dados coletados foram analisados e selecionados para compor tabelas e gráficos que pudessem fornecer a melhor apresentação para interpretação e entendimento das questões relacionadas aos objetivos propostos.

## IV. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa ocorreu no período de out/2009 a abr/2010. No estudo foram aplicados 11 questionários compostos por 37 questões a 11 gestores de diferentes programas, em diferentes regiões do país, sendo utilizados nos estudos os seis questionários respondidos do total de enviados.

Passados alguns anos da criação da PNPMF, ainda se observa um comprometimento lento de políticas públicas ligadas à produção de fitoterápicos e seus programas. As diretrizes existem, mas não são específicas no tocante aos passos e etapas a serem tomados pelos gestores e corpo de saúde envolvidos, na busca por parcerias, aquisição de mudas certificadas e capacitação de profissionais.

### IV. 1. PRINCIPAIS DIFICULDADES ENFRENTADAS PELOS PROGRAMAS DE FITOTERAPIA

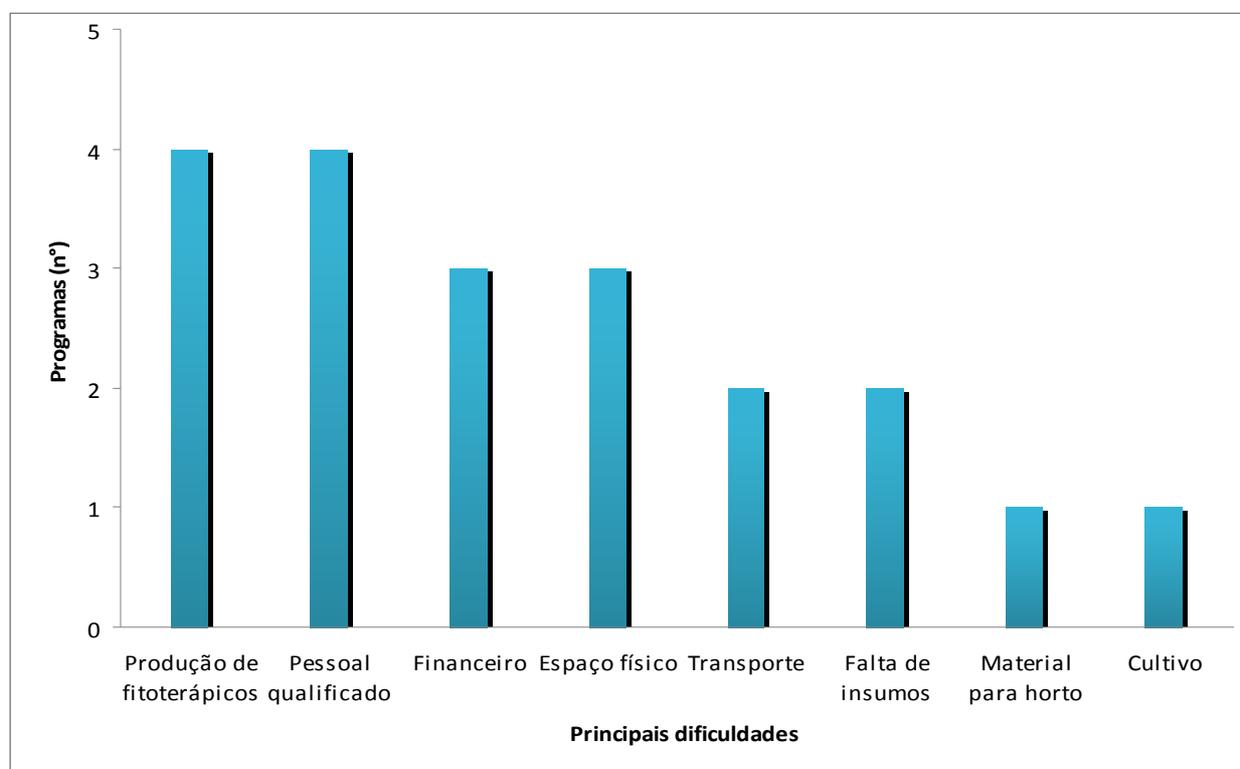


Figura 2. Principais dificuldades citadas pelos Programas de Fitoterapia.

Entre os programas pesquisados surgem como principais dificuldades e quase que empatadas (Fig. 2, pág. 16), a produção de fitoterápicos e a falta de pessoal qualificado, seguidas pela dificuldade financeira, a inexistência de Espaço Físico, as dificuldades com o transporte, a falta de insumos, material para o horto e o cultivo das espécies medicinais.

A produção de fitoterápicos aponta como principal dificuldade pelo fato da estrutura física necessária à produção de medicamentos fitoterápicos exigir áreas que atendam as normas da ANVISA e Vigilância Sanitária, implicando em equipamentos e instalações de custo considerável para à realidade dos programas. A segunda grande dificuldade presente nas entrevistas foi a falta de capacitação dos profissionais de saúde para o trabalho com as plantas medicinais. Grande parte não obteve essa capacitação no período de suas formações. Faltam disciplinas curriculares voltadas à fitoterapia. Seguem outras dificuldades como a falta de transporte que facilitem o deslocamento dos profissionais, insumos e matérias-primas às unidades de saúde, hospitais e secretarias. A falta de insumos e embalagens e materiais para o horto e o cultivo como adubos, estufas e sementes selecionadas.

#### **IV. 2. ESPÉCIES MAIS UTILIZADAS PELOS PROGRAMAS**

Os seis programas pesquisados utilizam um total de 44 espécies. Sendo desse total apenas três nativas e nove espécies utilizadas por mais de um programa. O guaco (*Mikania glomerata*) aparece como recordista de utilização entre cinco dos programas (Vitória, Rio de Janeiro, Maringá, Itaipu e Betim). A seguir o quadro com as espécies mais utilizadas pelos programas (Quadro 1, página 19).

Em 2009, foram aumentadas de 2 para 8 o número de medicamentos fitoterápicos pagos pelo SUS, ou seja, incorporados à rede pública. No entanto, muitas são as críticas e questionamentos adotados na escolha das 71 espécies da relação Nacional de Plantas Medicinais de interesse ao SUS. Apesar de ser uma das diretrizes da PNPMF o fomento de pesquisas que ampliem o número de espécies da flora brasileira, o que se observou na ampliação da oferta foram espécies estrangeiras como a cáscara sagrada, planta norte americana utilizada no tratamento de constipações ocasionais (prisão de ventre ocasional), com uso contra-indicado por provocar irritação intestinal e diminuição dos níveis de potássio além de causar dependência do organismo. Outra espécie cultivada no Brasil, mas também estrangeira, incluída na lista dos oito medicamentos é a alcachofra.

O Ministério da Saúde apresenta sua defesa alegando que na pesquisa as escolhas foram discutidas com a sociedade, as secretarias de saúde, universidades e programas de fitoterapia. Um outra crítica diz respeito a não inclusão de plantas de comprovada ação no tratamento de distúrbios nervosos, ansiedade e insônia, como por exemplo o hipérico (ou erva-de-são-joão), a melissa, o maracujá. Essas duas últimas espécies utilizadas por alguns dos 6 projeto em estudo (Quadro 1, página 19).

PROGRAMA	ESPÉCIES	
	NOME COMUM	NOME CIENTÍFICO
MARANHÃO MA  (13 espécies)	Chanana	<i>Tunera guynensis L</i>
	Quebra-pedra	<i>Phyllanthus niruri L</i>
	Alfafa	<i>Medicago Sativa L</i>
	Cactus	<i>Cereus brasiliensis M</i>
	Boldo	<i>Peumus boldus Mol</i>
	Erva-cidreira	<i>Melissa officinalis L</i>
	Carrapicho-de-carneiro	<i>Xanthium strumarium L</i>
	Amora	<i>Rubus erythroclosos L</i>
	Raiz de caixeta	<i>Dydimopanax morototoni L</i>
	Jaborandi	<i>Pilocarpus pennatifolium L</i>
	Espinheira-santa	<i>Maytenus llicifolium L</i>
	Assa-peixe	<i>Vernonia ruficoma L</i>
	Sucupira	<i>Bavichia vergilloides L</i>
VITÓRIA ES  (8 espécies)	Guaco	<i>Mikania glomerata</i>
	Cidreira	<i>Lippia Alba</i>
	Hortelã	<i>Mentha x villosa</i>
	Poejo	<i>Mentha pulegium</i>
	Levante	<i>Mentha sp</i>
	Babosa	<i>Aloe vera</i>
	Amora	<i>Morus nigra</i>
RIO DE JANEIRO RJ  (7 espécies)	Capim-cidreira	<i>Cymbopogon citratus</i>
	Arnica	<i>Solidago microglossa</i>
	Erva-baleeira	<i>Cordia curassavica</i>
	Calêndula	<i>Calendula officinalis</i>
	Laranja-da-terra	<i>Citrus aurantium L.</i>
	Guaco	<i>Mikania glomerata</i>
	Maracujá	<i>Passiflora alata</i>
MARINGÁ PR  (6 espécies)	Erva-cidreira	<i>Lippia Alba</i>
	Guaco	<i>Mikania glomerata</i>
	Cavalinha	<i>Equisetum arvense</i>
	Espinheira-santa	<i>Maytenus ilicifolia L.</i>
	Hortelã	<i>Mentha SP</i>
ITAIPÚ PR  (17 espécies)	Funcho	<i>Foeniculum vulgare</i>
	Valeriana	<i>Valeriana officinalis</i>
	Graviola	<i>Annona muricata</i>
	Cavalinha	<i>Equisetum giganteum</i>
	Espinheira-santa	<i>Maytenus ilicifolia</i>
	Melissa	<i>Melissa officinalis</i>
	Alcachofra	<i>Cynara scolymus</i>
	Capim-santo	<i>Cymbopogon citratus</i>
	Citrus casca de laranja	<i>Citrus aurantium</i>
	Folhas de laranja	<i>Citrus aurantium</i>
	Guaco	<i>Mikania glomerata</i>
	Alecrim	<i>Rosmarinus officinalis</i>
	Menta	<i>Mentha pulegium</i>
	Alfavaca	<i>Ocimum gratissimum</i>
	Amora	<i>Morus Alba</i>
	Pata de vaca	<i>Bauhinia forficata</i>
	Embaúba	<i>Cecropia pachystachya</i>
Carqueja	<i>Baccharis trimera</i>	
Cidro	<i>Aloysia triphylla</i>	
BETIM MG  (9 espécies)	Calêndula	<i>Calendula officinalis</i>
	Cavalinha	<i>Equisetum arvense L.</i>
	Erva-cidreira	<i>Melissa officinalis</i>
	Barbatimão	<i>Stryphnodendron barbatiman</i>
	Maracujá	<i>Passiflora edulis</i>
	Tanchagem	<i>Plantago major</i>
	Flôr-roxa-cônica	<i>Echinacea purpúrea</i>
	Camomila	<i>Matricaria chamomila</i>
Guaco	<i>Mikania glomerata</i>	

#### **IV. 3. ANÁLISE DA SITUAÇÃO DOS PROGRAMAS MUNICIPAIS DE FITOTERAPIA PESQUISADOS:**

##### **IV. 3. 1 - PROGRAMA DE FITOTERAPIA UMA POLÍTICA DE SAÚDE PARA O MARANHÃO**

###### **LOCALIZAÇÃO: HERBÁRIO ATIÇO SEABRA – UFMA**

Entre os Programas pesquisados o do Maranhão apresenta-se como sendo o mais antigo, com data de implantação em 1960, não sendo considerado nem municipal nem estadual, mas inserido e custeado pelo Departamento de Farmácia da Universidade Federal do Maranhão. Possuindo basicamente três hortos que dão suporte à produção de matéria-prima vegetal aos projetos, e outros localizados no interior de universidades e colégios secundários. As plantas medicinais cultivadas nestes hortos destinam-se às comunidades próximas, às unidades de saúde municipais e aos alunos e funcionários dos colégios municipais e estaduais que possuem hortas medicinais, e que fazem parte dos programas de fitoterapia. O projeto possui uma farmácia central que manipula e dispensa os fitoterápicos às unidades participantes do projeto, sendo cobrados valores de custo mínimo necessário à compra de matérias-primas, excipientes e embalagens. A coordenadora farmacêutica do projeto prescreve os fitoterápicos e treina os profissionais das áreas de saúde participantes como enfermeiros, médicos e farmacêuticos na dispensação dos fitoterápicos. Possui registro de acompanhamento clínico do uso dos fitoterápicos dispensados, realizando cerca de 350 atendimentos mensais. Mantém parcerias privadas atuando em consultorias na realização de serviços de pesquisa de novas indicações de plantas medicinais utilizadas por determinados grupos. O dinheiro arrecadado com as consultorias também é destinado à aquisição de matérias-primas. Através da Secretaria de Educação do Estado realizam cursos de capacitação de agentes de saúde voltados aos fitoterápicos. O Programa possui em seu quadro doutores, mestres e bolsistas graduandos da área de saúde selecionados por critérios de maiores notas e assiduidade. Relata como dificuldades ao desenvolvimento das atividades a falta de pessoal qualificado, de dinheiro e de espaço físico.

#### **IV. 3. 2 - PROGRAMA DE FITOTERAPIA E PLANTAS MEDICINAIS**

##### **LOCALIZAÇÃO: VITÓRIA/ ES**

Programa está ligado à Coordenação de Atenção Básica do SUS e foi implantado em 1990. Em 1996 a Prefeitura Municipal de Vitória criou a Lei nº 4352, que institucionalizou o Programa. Atende atualmente cerca de 2000 usuários/mês nas Unidades de Saúde quando há medicamentos, uma vez que o Programa utiliza 12 medicamentos industrializados adquiridos através de licitações muito dificultadas.

Possuiu uma farmácia de manipulação na década de 90, que funcionou por nove anos, tendo suas atividades interrompidas por não existir no período de sua existência uma Política do Ministério da Saúde voltada à produção de fitoterápicos. No ano de 2009 foi criada uma nova Lei municipal de nº 7.684, de 05 de junho, que institucionaliza uma Política Municipal de Plantas Medicinais e Medicamentos Fitoterápicos. O Programa considera essencial a construção de uma farmácia de manipulação, pois funcionará como alternativa a uma maior dispensação de fitoterápicos, e dará autonomia às licitações.

Em seu quadro de funcionários possui médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, dentistas do Programa Saúde da Família, além de farmacêuticos e agentes de saúde. O programa realiza atividades de integração junto aos Agentes Comunitários de Saúde do PSF, baseando-se na atenção básica e na promoção da saúde.

A realização de parcerias público-privadas não foi considerada uma contribuição para a continuidade das atividades do Programa.

O Programa elaborou em 2009, um manual intitulado “Roteiro para a Implantação de Projetos locais de Plantas Medicinais” que teve como objetivos orientar a implantação de projetos com plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos, e informar aos profissionais sobre a importância desta opção terapêutica na atenção primária em saúde; bem como incentivar e apoiar as equipes para consolidação dos projetos já existentes. Após a sua implantação, foram observadas sua utilização em Cursos de Fitoterapia e na elaboração de projetos locais de Fitoterapia em 11 unidades de saúde, estando duas dessas unidades em andamento: USF- Unidade Saúde da Família Consolação e USF- Andorinhas.

### **IV. 3. 3 - PROGRAMA DE PLANTAS MEDICINAIS E FITOTERAPIA/ SMSDC- RJ**

#### **LOCALIZAÇÃO: RIO DE JANEIRO - RJ**

O Programa do Rio de Janeiro foi implantado no ano de 1992, tendo enfrentado nesse período dificuldades como a aquisição de matérias-primas e de recursos humanos. Tem como parceiras no desenvolvimento de suas atividades a EMBRAPA – Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária, a Secretaria de Educação, a Secretaria de Assistência Social, o Núcleo de Ciência Cultura e Saúde e a Secretaria Municipal da Pessoa com Deficiência. Possui áreas de cultivo e beneficiamento, e utiliza mudas certificadas pela UFRRJ – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro. No Município do Rio de Janeiro, os Agentes Comunitários de Saúde estão integrados ao Programa contribuindo com a realização dos registros dos acompanhamentos clínicos com o uso de fitoterápicos, que são dispensados nas Unidades de Saúde.

O programa atendeu no ano de 2008 cerca de 60000 usuários, porém no ano de 2009 com o aumento das dificuldades financeiras para adquirir as matérias-primas, e também em função do número reduzido de profissionais envolvidos na produção dos fitoterápicos, o programa do município do Rio de Janeiro realizou aproximadamente 30 % dos atendimentos do ano anterior (19000 usuários).

### **IV. 3. 4 - PROGRAMA VERDE VIDA MARINGÁ**

#### **LOCALIZAÇÃO: MARINGÁ – PR**

O Programa foi implantado no ano de 2000, em um período de transição de gestores que quase provocou a interrupção de seu funcionamento, evitada em virtude da aceitabilidade da população e credibilidade dos médicos do PSF no uso dos fitoterápicos, diferente dos médicos das UBS's. A demanda dos fitoterápicos foi além da capacidade produtiva e isso gerou dificuldades na obtenção de matérias-primas de qualidade. Atualmente o Programa fornece somente 2 fitoterápicos comprados através de licitações, sendo aguardado o término da reforma de farmácia de manipulação que possibilitará uma maior oferta de fitoterápicos à população. Não existem parcerias com agricultores locais, e nem pesquisas com plantas medicinais.

Entre várias dificuldades o programa aponta a falta de área para o cultivo, insumos e pessoal qualificado para a produção de fitoterápicos. Possui um programa chamado “A Hora do Chá”, que realiza palestras e treinamentos proporcionando a integração entre Agentes Comunitários de Saúde do PSF. Uma cartilha é distribuída nas Unidades Básicas de Saúde e junto às comunidades, esclarecendo sobre o uso racional das plantas medicinais distribuídas nas regiões.

#### **IV. 3.5 – PROJETO DE PLANTAS MEDICINAIS (ITAIPU BINACIONAL – MAIOR FINANCIADORA). O PROJETO FAZ PARTE DO PROGRAMA CULTIVANDO ÁGUA BOA (ITAIPU EM PARCERIA COM OS MUNICÍPIOS).**

##### **LOCALIZAÇÃO: FOZ DO IGUAÇU – PARANÁ**

O Projeto trabalha somente com plantas desidratadas (chás) que são compradas pela prefeitura de 6 agricultores, sendo 17 agricultores já capacitados para iniciar o cultivo, todos cooperativados e assistidos pela Hidrelétrica de Itaipu. Atende cerca de 29 municípios pertencentes à Bacia Hidrográfica 13 que se estende da região de Mundo Novo a Foz do Iguaçu. Recentemente inaugurou um laboratório visando à produção de extratos que serão comercializados às indústrias alimentares e de produção de medicamentos.

Dispensam os sachês em seis postos de saúde, dois hospitais e três consultórios dentários. Possui projetos em postos do PSF e Unidades Básicas de Saúde, que utilizam fitoterápicos em fumantes tabagistas interessados em abandonar o vício, e também em consultórios dentários, onde há utilização de fitoterápicos em bochechos, controle de cáries e como antiinflamatório. Nesses projetos são realizados acompanhamentos clínicos dos pacientes, e feitas estatísticas comparativas quanto ao uso de medicamentos alopáticos.

Mantém parcerias com Universidades, ONG's e Associações. Graças a essas parcerias realiza testes de perfil químico em laboratórios padronizados de uma grande indústria produtora de fitoterápicos, que também possui interesse em adquirir as plantas medicinais cultivadas pelos agricultores do Programa. Está estruturado em Comitês Municipais, utilizando os recursos humanos fornecidos pelos Municípios.

As instalações do programa consistem em uma área de cultivo de 2 hectares na própria Itaipu Binacional, 200 metros quadrados, salas de triagem, laboratórios de controle de qualidade e beneficiamento. Identificou as espécies utilizadas no Projeto após a

realização de um diagnóstico em que foram aplicados 1250 questionários em 29 municípios, e levantadas 218 espécies de plantas medicinais utilizadas pela população.

#### **IV. 3. 6 – PROGRAMA FARMÁCIA VIVA SUS BETIM**

##### **LOCALIZAÇÃO: BETIM/ MG**

A implantação do Programa de Betim ocorreu em 2004. Possui em seu quadro médicos, dentistas, enfermeiros e cerca de 30 farmacêuticos. Possui um horto demonstrativo sem condições de fornecer matéria-prima vegetal em quantidade suficiente para o desenvolvimento de tinturas e/ou extratos. Em virtude do pouco espaço, obtém desde o período de sua implantação, as matérias-primas e os insumos de fornecedores privados, comprados através de licitações. Aguarda para o ano de 2010, a inauguração de uma área ampla e infraestrutura que permitirá o desenvolvimento de fitoterápicos. A área será composta por hortos de grande extensão, áreas de beneficiamento e farmácias de manipulação equipadas segundo as normas sanitárias. Entre as metas das ampliações dos serviços está a aquisição de sementes e o desenvolvimento de mudas, em parceria com as universidades para serem utilizadas nas parcerias com produtores rurais urbanos, no cultivo de mudas e confecção de sachês, nos locais de cultivo estimulando assim, a agricultura familiar, além da produção de extratos e tinturas em grande quantidade tendo como clientes a prefeitura local e as empresas privadas. Atualmente o Programa conta com recursos da Secretaria de Saúde para o desenvolvimento de suas atividades.

Dentre as contribuições sugeridas pelos Gestores dos Programas à continuidade e efetividade dos Programas de Fitoterapia, observamos a importância da inclusão de disciplinas acadêmicas específicas nos cursos de formação como gerador de suporte teórico-prático à prática da Fitoterapia (Quadro 2, pág. 25).

Contribuições à continuidade dos Programas	PROGRAMAS DE FITOTERAPIA					
	UFMA - MA	Vitória - ES	Rio de Janeiro - RJ	Maringá - PR	Itaipu - PR	Betim - MG
Construção de laboratórios padronizados	X	X		X	X	X
Desenvolvimento da agricultura familiar	X	X		X	X	X
Maior divulgação dos Programas	X	X	X		X	X
Inclusão de disciplinas acadêmicas específicas	X	X	X	X	X	X
Capacitação dos profissionais envolvidos	X		X	X	X	
Maior suporte à distribuição de mudas	X				X	X
Verba constante à manutenção dos programas	X	X		X	X	
Sensibilização das autoridades em saúde	X	X	X		X	
Parcerias	X		X	X	X	X
Incentivo à pesquisa	X	X	X		X	X

Quadro 2 – Contribuições sugeridas pelos Gestores dos Programas.

## **V. AÇÕES PROPOSTAS PARA FORTALECIMENTO DOS PROGRAMAS DE FITOTERAPIA BRASILEIROS:**

### **V.1. AQUISIÇÃO DE MATÉRIA-PRIMA VEGETAL (PLANTAS MEDICINAIS) DIRETAMENTE DOS AGRICULTORES.**

Isto fortalecerá a cadeia produtiva e ajudará a formar um Arranjo Produtivo local, diminuindo provavelmente o custo e oscilações ocorridas no fornecimento. A idéia é que os hortos sejam na verdade um pequeno jardim didático com alguns exemplares de cada espécie utilizada. Até porque alguns programas têm dificuldades na terceirização de mão-de-obra que não está relacionada diretamente à saúde, dificultando a justificativa para manutenção de contratos tão diferentes do resto das Secretarias de Saúde, como agrônomos e jardineiros, fato que também onera estes programas devido ao alto custo dos recursos humanos.

Um problema que deve ocorrer neste caso é a falta de qualificação dos agricultores, que pode ser resolvido através de parcerias com Secretarias de Agricultura e Redes de Extensão Rural (ATERs). O Projeto PROFITO obteve recursos para capacitar 30 agricultores e o curso terminará em junho. Estes agricultores e suas associações estarão aptos a fornecer matéria-prima de qualidade, promovendo geração de renda e sustentabilidade ambiental à região. Este modelo de sucesso já existe no Paraná, com apoio da Itaipú Binacional, e pode ser adotado pelos demais programas.

### **V.2. O PROGRAMA NACIONAL DE PLANTAS MEDICINAIS DEVERIA TER UM RECURSO PRÓPRIO PARA APOIAR OS PROGRAMAS DE FITOTERAPIA.**

Estes recursos poderiam estar disponíveis para melhoria de infra-estrutura, bolsas para contratação de recursos humanos, compra de materiais de consumo e equipamentos. Quando o PNPMF se utiliza das vias de pesquisa para repassar recursos, como o CNPq, acaba se equivocando, pois este renomado órgão possui como avaliação a produtividade em pesquisa (títulos, publicações, patentes, etc), que geralmente não é o perfil dos gestores destes programas, correndo o risco deste recurso não atender àqueles

que mais estão precisando e que já atendem os usuários. Esta não é a única forma de obter e repassar recursos. O PNPMF poderia ele mesmo obter recursos com a OMS e através de contrapartida do governo federal realizar editais específicos baseados nos trabalhos que discutem a situação dos programas de fitoterapia, como fazem outros órgãos federais em parceria com a UNESCO.

### **V.3 CAPACITAÇÃO ATRAVÉS DE CURSOS NO FORMATO DE EDUCAÇÃO À DISTÂNCIA (EAD).**

Esta capacitação poderia ser realizada através de cursos no formato de Educação à Distância (EAD). O NGBS tem um curso de Pós-graduação em Gestão da Inovação em Fitomedicamentos, que nasceu também pelo fato da Fiocruz ter responsabilidades inclusive como gestora de ações do PNPMF. Este curso já formou vários alunos e está com uma proposta de formar gestores em vários biomas, através da demanda levantada pelas Redes, utilizando EAD.

### **V.4. PROGRAMAS UNIDOS EM REDE.**

No seminário das Redes Fito organizado pelo NGBS em 2009, a gestora do Programa de Fitoterapia do Município do RJ, Helena Frangakis, conversou com outros gestores sobre a importância de todos estarem unidos para discutirem os seus problemas, buscando possíveis soluções.

## VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, resultado do estabelecimento da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos possui entre outros objetivos, o de ampliar o acesso às plantas medicinais e fitoterápicos com segurança, eficácia e qualidade, de forma a minimizar, prevenir e curar doenças tratadas com o uso de medicamentos alopáticos, não somente pelo alto custo de produção como pelos entraves e implicações decorrentes das patentes tecnológicas envolvidas no processo.

Apesar de considerada uma política vitoriosa e comprometida, a PNPMF ainda carece de um maior envolvimento político para o cumprimento de suas diretrizes na implantação e desenvolvimento dos Programas de Fitoterapia. Na pesquisa realizada foi possível se observar que gestores e profissionais de saúde atuantes nos programas de fitoterapia conhecem as políticas, mas desconhecem a forma de como colocar em prática as diretrizes contidas nessas políticas. Foi possível observar que os profissionais médicos creditam na fitoterapia, mas carecem de conhecimento técnico para às prescrições. Que farmacêuticos se formam e trabalham em áreas ligadas à fitoterapia, sem que na graduação tenham tido acesso a disciplina de fitoterapia. Municípios com poucos recursos para a compra de insumos, materiais para hortos, agricultores que utilizam técnicas ultrapassadas de cultivo, a falta de incentivos fiscais e destinação de verbas das autoridades à manutenção dos programas e o incentivo às pesquisas nas universidades. Sintetizando: a inexistência de uma política direcionada à Fitoterapia. Implantar a Fitoterapia no SUS não é tarefa simples. Exige envolvimento de vários profissionais, enfermeiros, médicos, farmacêuticos, agrônomos e biólogos que utilizem o potencial da flora no planejamento do cultivo. Profissionais que possuam sólido conhecimento técnico referente às plantas, às suas partes utilizáveis, indicações, efeitos tóxicos ente outros.

Dessa forma e tendo sido a Fundação Oswaldo Cruz uma das instituições participantes da elaboração de ações estratégicas do PNPMF, no apoio e incentivo à pesquisa, a construção de redes por biomas, a capacitação de recursos humanos e o desenvolvimento das plantas medicinais e fitoterápicos, é que o presente trabalho se apresenta buscando contribuir na implantação de novos programas, assim como na revitalização de outros em funcionamento, atendendo aos objetivos do Programa PROFITO Saúde, disponibilizando alternativas tendo como base as experiências de outros programas em execução em municípios brasileiros, seja através da capacitação de profissionais de

saúde, busca por parceria ou mesmo esclarecendo sobre as legislações e políticas voltadas ao desenvolvimento dos fitoterápicos.

## VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BALMÉ, F.. **Plantas medicinais**. 5. ed. São Paulo: Hemus, 1991. 398 p.

BALBACH, A. **A flora nacional na medicina doméstica**. 8 ed. São Paulo: Editora MPV, 1970.

BAPTISTA, Sílvia Nunes. **Capacitação em rede para inserção de agricultores em APL de plantas medicinais e fitoterápicos**. 2010. Monografia (Especialização em Gestão da Inovação em Fitomedicamentos) - Instituto de Tecnologia em Fármacos, 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no. 971, de 03 de maio de 2006**. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. D.O.U. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, 04 mai. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 5.813, de 22 de junho de 2006. Aprova a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. **Diário Oficial da União**. Brasília, junho de 2006b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução de Diretoria Colegiada no. 48 de 16 de março de 2004**. Aprova o regulamento técnico de medicamentos fitoterápicos junto ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. D. O. U. – Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 mar. 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Resolução CIPLAN n.º 08, de 08 de março de 1988. Implanta a prática da fitoterapia nos serviços de saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, mar. 1988.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 2.960, de 09 de dezembro de 2008. Aprova o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e cria o Comitê Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 10 dez. 2008. Seção 1. p. 56. 2008 a

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.982 de 26 de novembro de 2009. Aprova as normas de execução e de financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica em Saúde. Brasília, novembro de 2009 c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde RENISUS. **Relação nacional de plantas medicinais de interesse ao SUS. Espécies vegetais**. Brasília, fevereiro de 2009b. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/RENISUS.pdf>>. Acesso em: 10 out 2010.

CANADÁ. Departamento de Saúde. **Regulamentação de produtos naturais para saúde**. Extrato da Gazeta Canadense, Part II. 18 jun. 2003.

CARRARA, Douglas. **Fitoterapia – Porque Devemos Incentivar a Fitoterapia no Atendimento à saúde?** Boletim Raízes da Terra. Rio de. Ano I, nº 4, Janeiro, 2000.

COSTA, G. P. et al. **Análise crítica do processo de registro de fitoterápicos**. In: **Vigilância em Saúde**. Coleção Escola de Governo. Séries Trabalhos de Alunos. v. 2. p. 38-62. 2004.

ELDIN S, DUNFORD A. Fitoterapia na atenção primária a saúde. São Paulo: Manole; 2001

EMEA. **Diretiva 2004/27/CE do Parlamento Europeu e do Conselho de 31 de março de 2004** que complementa a Diretiva 2001/83/CE no Código Comunitário em relação aos medicamentos para uso humano. Jornal Oficial da União Européia. 2004.

ESCOBAR, H. **Governo Revisará lista de fitoterápicos**. O Estado de São Paulo, São Paulo, 25 jun de 2010. Disponível em: <[http://www.estadao.com.br/estadaoheje/20100625/not\\_imp571672,0.php](http://www.estadao.com.br/estadaoheje/20100625/not_imp571672,0.php)>. Acesso em: 30 de jun/2010.

FRANCESCHINI FILHO, S. **Plantas terapêuticas**. São Paulo: Editora Organizações Andrei, 2004.

GIL, A.C. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2007.

LEÃO, M. G., **Memento Terapêutico da Fábrica de Medicamento de Mirassol D'Oeste - FAMEM**, Secretaria Municipal de Saúde de Mirassol D'Oeste - MT, 1995.

LIMA, L. **Fitoterápicos e usos de plantas medicinais**. Jornal da Unesp, ano XVI, n. 166. Disponível em: <<http://www.unesp.br/aci/jornal/166/farmacologia.htm>>. Acessado em: 5 novembro. 2006.

LORENZI H, Matos FJA. Plantas medicinais no Brasil: nativas e exóticas. São Paulo: Instituto Plantarum; 2002.

MAGALHÃES-FRAGA, S.A.P. & OLIVEIRA, M.F.S., 2010. Escolas Fitoparceiras: Saúde, Ambiente e Educação, através das Plantas Medicinais. **Revista Fitos**, vol 1 (5): 46-58.

MALTA JR, A.Diniz, MFFM, Oliveira RAG 1999. *Das plantas medicinais aos fitoterápicos – Abordagem multidisciplinar*. João Pessoa: PET-FARMÁCIA/CAPES/UFPB

MARTINS ER, Castro DM, Castellani DC, Dias JE. Plantas medicinais. Viçosa: Ed. UFV; 2000

MATOS, F.J.A. Farmácias Vivas. Fortaleza: Editora da Universidade Federal do Ceará, 1998

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005**. Genebra, 2002b. 64p.

RODRIGUES, A. G., SANTOS, M. G., AMARAL, A. C. F. Políticas Públicas em Plantas Medicinais e Fitoterápicos. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. A Fitoterapia no SUS e o Programa de Pesquisa de Plantas Medicinais da Central de Medicamentos. Brasília: Ministério da Saúde, VI Reunião da Sociedade Latino-americana de Fitoquímica 35 2006. 148 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

## VIII. ANEXO 1

### VIII. MODELO DO QUESTIONÁRIO UTILIZADO NO LEVANTAMENTO DOS DADOS APLICADO AOS GESTORES DOS PROGRAMAS DE FITOTERAPIA.

Programa:
Localização:
Responsável pelo Programa/ Formação:
Contatos do Gestor do Programa:

Questões referentes ao Programa de Fitoterapia:

- 1) Quando foi implantado o Programa?
- 2) Quais as dificuldades encontradas na implantação?
- 3) Como está estruturado (organograma)?
- 4) Quais as principais dificuldades encontradas no funcionamento?
  - ( ) cultivo ( ) produção de fitoterápicos ( ) espaço físico ( ) financeiro
  - ( ) material para o horto ( ) falta de insumos ( ) transporte
  - ( ) pessoal qualificado ( ) prazo de validade dos fitoterápicos
  - ( ) outros. Citar:
- 5) Houve alguma interrupção no processo de implantação? Quais os motivos?
- 6) Existem recursos e/ou parcerias de empresas públicas e/ou privadas no desenvolvimento das atividades?
 

Sim      Não
- 7) Em caso positivo, qual seria a porcentagem de recursos utilizados no programa oriundo dessas parcerias?
 

80-100%    60-80%    40-60%    20-40%    0-20%    Outros:

- 8) Existem recursos e/ou parcerias de capital estrangeiro?
- 9) O Programa possui áreas de cultivo e/ou beneficiamento?
- 10) Quais são as espécies mais utilizadas?
- 11) Como foram identificadas e selecionadas as espécies utilizadas no programa?
- 12) Existe alguma parceria com agricultores e/ou produtores locais que cultivam plantas medicinais?  
  
Sim Não
- 13) Em caso positivo, os agricultores são fornecedores de matérias-primas?  
  
Sim Não
- 14) Os agricultores recebem orientações para o cultivo de plantas medicinais?  
  
Sim Não
- 15) Existe um número oficial de agricultores que cultivam plantas medicinais?
- 16) A Secretaria Municipal de Saúde tem interesse em adquirir as matérias-primas dos agricultores locais (agricultura familiar)?
- 17) Os agricultores estão organizados em Associações ou Cooperativas?
- 18) Existe parceria da Secretaria Municipal de Saúde com outras secretarias (Meio Ambiente, Agricultura, etc) para o desenvolvimento das atividades do programa de fitoterapia?
- 19) Como são adquiridas as matérias-primas utilizadas?
- 20) As matérias-primas utilizadas são adquiridas de fornecedores privados?
- 21) Em que locais são feitos os testes de Controle de Qualidade das plantas utilizadas no Programa?
- 22) Existe um perfil epidemiológico do Município?
- 23) Há integração entre os Agentes Comunitários de Saúde/ PSF e o Programa?
- 24) Os fitoterápicos são dispensados nas Unidades de Saúde?

- 25) O Programa desenvolve pesquisas com plantas medicinais?
- 26) Existem registros dos acompanhamentos clínicos com o uso de fitoterápicos dispensados nos postos e/ou Unidades de Saúde?
- 27) Existe manutenção constante no abastecimento dos materiais do horto, insumos farmacêuticos?
- 28) Quais os fitoterápicos mais dispensados?
- 29) Existem cursos, dinâmicas, palestras junto às comunidades locais e profissionais de saúde sobre o uso racional dos fitoterápicos?
- 30) Qual a quantidade de usuários atendidos, em média por mês, pelas unidades de saúde com fitoterápicos?
- 31) Existe uma estatística que retrate a economia gerada com a dispensação dos fitoterápicos?
- 32) Qual o perfil (formação) dos profissionais envolvidos no Programa?
- 33) Os profissionais envolvidos têm conhecimento das legislações existentes como: Portaria GM/MS nº971, de 03 de maio de 2006, Decreto nº 5813, de 22 de junho de 2006, Portaria GM/MS nº3237, de 24 de dezembro de 2007, RES SES/RJ nº 1590 e outras?
- 34) O Estado possui Regulamentação específica para o segmento de Plantas Mediciniais/Fitoterapia?
- 35) Que profissionais, segundo a perspectiva dos Gestores dos Programas, deveriam fazer parte do Programa de Fitoterapia?
- 36) Aponte, dentre as contribuições indicadas abaixo, aquelas que o Gestor do Programa selecionaria para a continuidade e efetividade do Programa de Fitoterápicos:
  - a.  construção de laboratórios padronizados
  - b.  desenvolvimento da agricultura familiar
  - c.  divulgação maior dos projetos: revistas, encontros, sites, redes
  - d.  inclusão de disciplinas acadêmicas mais específicas
  - e.  maior suporte na distribuição de mudas

- f.  parcerias públicas/privadas no desenvolvimento de fitoterápicos
- g.  profissionais capacitados
- h.  sensibilização das Autoridades em Saúde
- i.  verba constante para à manutenção
- j.  Incentivo a Pesquisa
- k.  outros. Citar:

37) O guaco, *Mikania glomerata* e a espinheira santa, *Maytenus ilicifolia*, fazem parte da RENAME - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - e podem ser compradas pelas prefeituras com recursos do Ministério da Saúde. O Programa tem interesse em adquirir esses medicamentos? Justifique.