

UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
MESTRADO EM DIREITO

LAURA LUCIA DA SILVA AMORIM

**SAÚDE E MEIO AMBIENTE- A POLITICA NACIONAL DE PRATICAS
INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE –
ATITUDE E AMPLIAÇÃO DO ACESSO: UMA QUESTÃO DE DIREITO**

Caxias do Sul /RS

2009

LAURA LUCIA DA SILVA AMORIM

**SAÚDE E MEIO AMBIENTE- A POLITICA NACIONAL DE PRATICAS
INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE –
ATITUDE E AMPLIAÇÃO DO ACESSO: UMA QUESTÃO DE DIREITO.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Direito da Universidade de Caxias do Sul, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Direito Ambiental e Sociedade, na linha de pesquisa Direito Ambiental e Novos Direitos.

Orientadora: Dr.^a Raquel Fabiana Lopes Sparemberger

Caxias do Sul /RS
Dezembro de 2009.

Dedico este trabalho a todos os detentores de conhecimentos tradicionais, que doam o melhor de si em prol da saúde do outro e que permitem a continuidade dessas práticas terapêuticas às gerações futuras.

AGRADECIMENTOS

A meus amigos do plano divino que nunca me desamparam e em especial, a *Deus* que é vivo em mim.

A minha orientadora professora Dr.^a Raquel Fabiana Lopes Sparemberger, a pessoa que tem alma de mestre e olhos de mãe, que aceitou minha proposta, confiou que era possível e me auxiliou na caminhada, incentivou nos momentos de cansaço e organizou meus pensamentos. Meu carinho, respeito e afeto.

A meu esposo, companheiro de uma vida, meu amor, que nunca me deixou esmorecer e que a todo dia, mesmo estando longe, me incentivou na caminhada, com palavras positivas, mas acima de tudo pela paciência e espera.

A meus filhos queridos, netos, nora e genro, que são pérolas em minha vida.

A minha mãe, amada, que sempre me incentivou e que como uma mãe zelosa, em suas orações, pediu pela minha saúde física e mental e para que eu alcançasse esse sonho.

A minha família, irmãs, sobrinhos e cunhados, pelo carinho, mas em especial a *mana* que é uma pessoa especial e que é parte integrante desta caminhada.

Aos professores que contribuíram nessa caminhada de aprendizagem.

Aos colegas de mestrado, carinhosos, amorosos, brincalhões e que me auxiliaram nesta conquista. E, em especial, a Juliana e Mônica, minhas queridas amigas.

A Capes, pelo auxílio financeiro.

Obrigada!

O saber não está armazenado em um só lugar,
mas disperso por toda a superfície da terra.
(PARACELSO, 1973, p. 15).

RESUMO

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS) é uma política pública que visa ampliar o atendimento de Atenção Básica à Saúde utilizando práticas de medicina tradicional, medicina tradicional chinesa e medicina complementar ou alternativa, aliadas a medicina ocidental. Mas, a implementação desse serviço, e, portanto, a ampliação e o acesso a essas terapias pelos usuários do SUS não está sendo viabilizada. Falta atitude dos gestores de saúde, assim como, existem interferências de terceiros que prejudicam e negam os princípios de saúde coletiva. A saúde como parte do ambiente ecologicamente equilibrado para as presentes e futuras gerações é premissa da Constituição brasileira de 1988, nessa, em especial no art. 225 têm-se os critérios a serem observados para que se viabilize tal procedimento. Entre esses o interesse coletivo é ressaltado, logo, também no âmbito da saúde o direito individual não pode se sobrepor ao direito coletivo à saúde. A visão de saúde do homem como parte integrante do meio ambiente é um dos objetivos da PNPIC que busca resgatar os conhecimentos tradicionais de medicina, bem como a utilização adequada da biodiversidade de fauna e flora medicamentosas, e nesse contexto o direito ambiental é chamado a compartilhar com a ética resguardando os interesses coletivos de saúde. A proposta desse trabalho é analisar a PNPIC e o SUS, seus princípios e fundamentos, quais as práticas terapêuticas que a mesma protege e regulamenta oferecendo uma proposta viável à ampliação e ao acesso dessas práticas terapêuticas para o maior número de pessoas possível, visando resguardar o direito coletivo à saúde.

Palavra Chave: Direito. Saúde. Medicina Tradicional. Medicina Complementar Biodiversidade. Fitoterápicos.

RESUMEN

La Política Nacional de integrante y prácticas complementarias (PNPIC) en el Sistema Nacional de Salud (SUS), es una política pública destinada a ampliar el servicio a las prácticas de atención primaria de la salud utilizando la medicina tradicional, medicina tradicional china y medicina alternativa o complementaria, combinado con la medicina occidental. Pero no la aplicación de este servicio, y por lo tanto la expansión y el acceso a estos tratamientos por los usuarios del SUS es viable. La falta de la actitud de los administradores de salud, y hay interferencia de terceros que socavan y negar los principios de la salud pública. La salud como parte del entorno ecológicamente equilibrado para las generaciones presentes y futuras es la premisa de la Constitución brasileña de 1988, que, especialmente en el arte. 225 tienen los criterios a seguir para este procedimiento, ser viable. Entre ellos, el interés colectivo es siempre, y por consiguiente también en la ley de salud son individuales no puede prevalecer sobre el derecho colectivo a la salud. La visión de la salud humana como parte del medio ambiente es uno de los objetivos de PNPIC destinados a recuperar los conocimientos tradicionales de medicina y el uso adecuado de la biodiversidad de la flora medicinal y fauna, y en este contexto la legislación ambiental está obligado a compartir la ética de la salvaguardia de los intereses colectivos de la salud. El objetivo de este estudio es analizar la PNPIC y SUS, sus principios y fundamentos, que el tratamiento médico que protege y regula la oferta de una propuesta viable para ampliar el acceso y de tratamiento médico a tantas personas como sea posible, a fin de proteger el derecho la salud colectiva.

Palabras clave: Direto. Salud de Medicina Tradicional. Medicina y Complementaria Biodiversidad. Fitoterapia

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1 SAÚDE E MEIO AMBIENTE	13
1.1 SAÚDE PÚBLICA E A LEGISLAÇÃO BRASILEIRA: BREVE HISTÓRICO	14
1.2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): ORGANIZAÇÃO, FUNCIONAMENTO E PRINCÍPIOS - LEI 8.080/90 E 8.142/90 (LOS)	22
1.2.1- Organização (SUS)	25
1.2.2 Funcionamento (SUS)	29
1.2.3 Princípios (SUS)	32
1.2.3.1 Princípios de estruturação	32
1.2.3.2 Princípios organizacionais	35
– Regionalização e hierarquização	35
– Descentralização	36
– Participação popular	37
1.3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E AFINS – ALGUMAS NOTAS	37
2 POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	44
2.1 SETORES DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE	49
2.1.1 Setor informal	50
2.1.2 Setor popular	51
2.1.3 Setor profissional	52
2.2 REDES TERAPÊUTICAS	57
2.3 MEDICINA TRADICIONAL	59
2.3.1 Os atores da medicina tradicional brasileira	61
2.4 MEDICINA TRADICIONAL CHINESA	67
2.4. 1 Acupuntura	68
2.5 MEDICINA INTEGRATIVA /COMPLEMENTAR	70
2.5.1 Homeopatia	70
2.5.2 Plantas medicinais e fitoterapia	72
2.5.3 Termalismo social e crenoterapia	75
2.6 MEDICINA ANTROPOSÓFICA	76

2.7 AMPLIAÇÃO E ACESSO – PROJETO DE LEI	78
3 INTERFERÊNCIAS E EXPERIÊNCIAS À AMPLIAÇÃO AO ACESSO A PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS	82
3.1 CONTROLE DO ESTADO SOBRE OS FITOTERÁPICOS	82
3.2 MARCAS, PATENTES E BIOPIRATARIA	882
3.3 EXPERIÊNCIAS - CASOS DE CONHECIMENTO PÚBLICO	96
3.4 AMPLIAÇÃO E ACESSO À PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UM OLHAR PARA OS RELATOS DA VIDA.....	99
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	103
OBRAS CITADAS	107
REFERÊNCIAS	112

INTRODUÇÃO

A Portaria 971 do Ministério da Saúde, publicada em de 3 de maio de 2006, instituiu a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) e autorizou o uso de práticas de terapias da Medicina Tradicional (MT), Medicina Tradicional Chinesa (MTC) e Medicina Complementar (MC) no Sistema Único de Saúde (SUS).

A iniciativa tem implicações, exige dos gestores estaduais e municipais que viabilizem a ampliação e o acesso das práticas integrativas e complementares (PIC) no SUS, estabelecendo critérios, mas não o modo como essas ações deverão ser implementadas.

A falta de clareza e esclarecimento da sociedade quanto às técnicas de terapia da Medicina Tradicional, Medicina Tradicional Chinesa e Medicina Complementar, bem como a falta de informação sobre quem pode, legalmente, aplicar essas práticas no Sistema Único de Saúde (SUS), deve ser sanada sob pena de a política pública permanecer somente no plano das ideias.

Outra questão de relevância trazida pela política nacional de práticas integrativas e complementares, é o resgate ao empirismo, aos conhecimentos de medicina tradicionais, valorizando dessa forma o socioculturalismo e a biodiversidade brasileira.

Mas algumas questões precisam ser respondidas ou pelo menos analisadas, e, nesse sentido, questiona-se: Quais são e como são as práticas terapêuticas de MT, MTC e MC? Por que foram implantadas no SUS por meio da PNPIC? Como as práticas da Medicina Tradicional e Medicina Tradicional Chinesa e Medicina Complementar, aplicadas por terapeutas, podem ser úteis à saúde brasileira, se é imperativo o costume da medicalização? Como legalizar os atos dos sujeitos envolvidos, por consequência das práticas integrativas e complementares (PIC), na democratização da saúde no Brasil? Quais os benefícios e/ou malefícios que traz à sociedade e ao meio ambiente o incentivo às práticas integrativas e complementares da Medicina Tradicional brasileira?

O jurista não pode furtar-se de discutir o que, inclusive no âmbito da saúde pública, já foi regulamentado através da Portaria 971/MS, que autoriza e determina que a fitoterapia, a hidroterapia, o termalismo, a crenoterapia, dentre outras práticas, estarão asseguradas aos cidadãos através do Sistema Único de Saúde se continuar a vigorar, no meio jurídico, a impossibilidade de quem não é médico fazer ato médico (cura), mesmo que de forma natural.

Este trabalho propôs-se a investigar a instrumentalização, a legalização e a implementação da regulamentação, sugerida pela política nacional de práticas integrativas e

complementares, para que a Medicina Tradicional brasileira e chinesa e a Medicina alternativa e/ou complementar, sejam recepcionadas pelos gestores do sistema de saúde de forma integrada às técnicas da medicina ocidental, modernas, observando os requisitos de segurança, eficácia, qualidade, uso racional e acesso, sem, contudo, perder o foco na atenção básica, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde.

A análise, sob aspectos jurídicos e ambientais, da política de práticas integrativas e complementares pode comprovar que a iniciativa não tem cunho só democratizante da saúde, mas de inclusão de direitos. Estudando o assunto, pretende-se alcançar conhecimento e esclarecimento do processo democrático de saúde para todos, e, com isso, concretizar os direitos sociais inscritos na Constituição Federal.

A preocupação com a assistência à saúde, com a redução de custo; com a valorização de ações que visem ao cuidado e ao resgate do meio ambiente foram discutidas em agosto de 2006 durante o Congresso Mundial de Saúde Pública no RJ e são fundamentos da Organização Mundial de Saúde (OMS), que trava uma batalha contra a crise que afeta a saúde em todo o mundo, esse ponto também será objeto de análise.

A cultura de medicalização e da educação para resultados imediatos é um padrão que precisa ser revisto, e também uma preocupação da OMS. Portanto, a busca do equilíbrio da “saúde” do meio ambiente, natural ou artificial, o educar para modificar hábitos são questões que estão intrínsecas ao tema.

Este estudo, pesquisando a política de práticas integrativas e complementares e, também, abordando a questão da habilitação dos terapeutas praticantes das terapias que compõem as MT, MTC e MC, com o objetivo de ampliar o acesso das PIC no SUS; observando as legislações, os objetivos da PNPIC, e os conhecimentos tradicionais de terapias, para estabelecer novos parâmetros, são objetivos que se pretende alcançar no desenvolvimento desta dissertação.

Nesse contexto, compreensão, reconhecimento e respeito pelos atos sociais que formam os Novos Direitos são imprescindíveis, tanto pelos juristas quanto pelos profissionais de saúde do SUS e, sobre esse enfoque apresenta-se o tema.

O primeiro capítulo aponta os objetivos do SUS e como foram “pensados” pela sociedade brasileira até serem recepcionados pela Constituição Federal vigente; enfatiza também os princípios previstos para o SUS, a organização, o funcionamento em cada um dos níveis da gestão. Além disso, apresenta como deve ser reconhecida pelo direito uma Política Pública de Saúde.

O segundo capítulo traz uma reflexão sobre conceitos de saúde no Brasil, quais os setores e as redes de saúde, quem são os atores da Medicina Tradicional brasileira, trazendo uma descrição sobre as práticas de Medicina Tradicional Chinesa e de Medicina Complementar, e ainda apresenta uma contribuição jurídica a ampliação e o acesso às PIC no SUS.

O terceiro capítulo aborda as interferências e experiências à ampliação e ao acesso das Práticas Integrativas e Complementares, fazendo uma análise sobre o controle do estado frente aos fitoterápicos, as marcas e patentes, a biopirataria, e uma análise a partir de uma pesquisa de campo cuja a metodologia escolhida foi a etnográfica, mais precisamente o estudo de casos de uso de Práticas Integrativas e Complementares no SUS.

A análise interdisciplinar do tema, dentro da ciência social, é possível, pois, dentre todos os assuntos já disciplinados nos mais diversos ramos do saber e que formam o conhecimento humano, passam pela Filosofia, pela Física Quântica, pela Antropologia, pelas leis nacionais e do Direito Comparado, pela Ética e pelos preceitos constitucionais.

Nesse sentido este estudo transita pelos mais diversos ramos do saber humano, e não esquecendo do que já está posto no Direito brasileiro, arrisca-se a tecer comentários, a buscar esclarecimentos, a analisar os riscos e os benefícios da ampliação e do acesso às Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde SUS, por entender ser uma questão de direito do cidadão.

1 SAÚDE E MEIO AMBIENTE

[...] enquanto não for repensada a nossa relação com a natureza e enquanto não formos capazes de descobrir o que dela no distingue e o que a ela nos liga, nossos esforços serão em vão, como o testemunha a tão relativa efetividade do direito ambiental e a tão modesta eficácia das políticas públicas neste domínio. (OST 1997,p. 9.)

A saúde (SCLiar, 2007)¹ como parte integrante do meio ambiente (BUTZKE, 2002)² e o mesmo, como parte indispensável à saúde, embora seja discurso corrente, ainda não é realidade.

Discorrer sobre saúde não é tarefa fácil, muito embora o conceito é conhecido e utilizado por muitos que pesquisam o tema. O conceito, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), divulgado na Carta de Princípios de 7 de abril de 1948, é: “Saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade.”

Parafraseando Scliar (2007, p. 38), de acordo com esse conceito, o campo da saúde abrange: a biologia humana, que compreende a herança genética e os processos biológicos inerentes à vida, incluindo os fatores de envelhecimento; o meio ambiente, que inclui o solo, a água, o ar, a moradia, o local de trabalho; o estilo de vida, do qual resultam decisões que afetam a saúde: fumar ou deixar de fumar, beber ou não, praticar ou não exercícios; a organização da assistência à saúde. A assistência médica, os serviços ambulatoriais e hospitalares e os medicamentos são as primeiras referências sobre as quais muitas pessoas pensam quando se fala em saúde. No entanto, esse é apenas um componente do campo da saúde, e não necessariamente o mais importante; às vezes, é mais benéfico para a saúde ter água potável e alimentos saudáveis do que dispor de medicamentos. É melhor evitar o fumo

¹ [...] nossa Constituição Federal de 1988, artigo 196, evita discutir o conceito de saúde, mas diz que: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação.” Este é o princípio que norteia o SUS, Sistema Único de Saúde. E é o princípio que está colaborando para desenvolver a dignidade aos brasileiros, como cidadãos e como seres humanos. (p. 39)

² Sobre a expressão meio ambiente: Muito já foi dito, tentando explicitar que o meio ambiente seria quase que uma *xpressão pleonástica* porque o meio já incluiria o ambiente. Talvez não seja exatamente assim. É verdade que há uma relação intrínseca, de coexistência obrigatória entre o *ser* e o *ambiente*. Pode-se afirmar que não existe ser sem ambiente. Isso é facilmente compreensível, quando se pensa o *ambiente* como o meio físico, o substrato onde o *ser* obrigatoriamente se abriga, quer seja o ambiente representado pelo meio sólido (solo, gelo), pelo meio líquido (água) ou pelo meio gasoso (ar). Se a afirmativa acima está correta, correto também é afirmar que o meio se torna ambiente em função do ser. (p.119).

do que submeter-se a radiografias de pulmão todos os anos. Certamente esses aspectos não são excludentes, mas a escassez de recursos na área da saúde obriga, muitas vezes, a selecionar prioridades. A amplitude do conceito da OMS (visível também no conceito canadense) acarretou críticas, algumas de natureza técnica (A saúde seria algo ideal, inatingível; a definição não pode ser usada como objetivo pelos serviços de saúde.), outras de natureza política, libertária: o conceito permitiria abusos por parte do Estado, que interviria na vida dos cidadãos, sob o pretexto de promover a saúde.

A Constituição Federal brasileira resguarda a saúde e o meio ambiente correlacionando um tema a outro, e, nesse sentido, tutela a vida saudável.

No caminho inverso aos ditames constitucionais, a vida a cada dia demonstra estar mais afetada, menos saudável, porque o ambiente está em franco momento de degradação, o que já é percebido pelas mudanças climáticas abruptas e pelo número de doentes que abarrotam hospitais, com doenças que muito têm a ver com o meio ambiente: stress, depressão, alergias, problemas respiratórios, entre outras. (BRASIL, 1981).³

Infelizmente, as legislações que, ao longo dos anos, surgiram com o intuito de fortalecer a relação saúde *versus* meio ambiente não são respeitadas. E as políticas públicas voltadas ao mesmo fim não são reconhecidas pela população e, pior ainda, não são aproveitadas.

Na tentativa de amenizar esse desconhecimento, ou reforçar a compreensão, faz-se neste capítulo um breve histórico da legislação brasileira sobre saúde; esclarece-se o que é o Sistema Único de Saúde (SUS), por meio das legislações que lhe deram validade, bem como se introduz o tema políticas públicas e saúde na sua integralidade.

1.1 SAÚDE PÚBLICA E A LEGISLAÇÃO BRASILEIRA: BREVE HISTÓRICO

A República Federativa do Brasil é formada pela união de seus 26 estados, por 5.435 municípios e pelo Distrito Federal, todos com autonomia política, fiscal e administrativa. Para

³ Dispõe sobre a Política Nacional do Meio Ambiente, seus fins e mecanismos de formulação e aplicação, e dá outras providências. Art.3º Para os fins previstos nesta Lei, entende-se por: I – meio ambiente, o conjunto de condições, leis, influências e interações de ordem física, química e biológica, que permite, abriga e rege a vida em todas as suas formas.

uma população de 183,9 milhões de habitantes (IBGE nov. 2007) estende-se o Sistema Único de Saúde (SUS).

Sobre saúde, as Constituições brasileiras anteriores à de 1988 já tratavam, mas sem, contudo, trazer à luz do Texto Constitucional, de forma clara e expressa, o direito fundamental à saúde. (CURY, 2005, p. 1).⁴

Nesse contexto, para Canotilho (2007, p. 90): “Ao contrário do meio ambiente, a saúde, como valor próprio e separado do núcleo-mãe ‘ vida’, foi formalmente tratada, sob vários enfoques, pelas Constituições anteriores à de 1988.”

Coube aos Constituintes repreender e retificar o velho paradigma de saúde como recuperação da doença, substituindo-o por outro mais sensível ao direito das futuras gerações, isto é, saúde como prevenção.

Nesse contexto, além do compromisso ético de não empobrecer a Terra e sua biodiversidade,⁵ retratam na Constituição a preocupação com temas que ainda hoje, vinte e um anos após a promulgação da Carta Magna, são atuais, e motivo de debate em foros internacionais, quais sejam: compreensão holística e visão de sustentabilidade.⁶

O direito fundamental à saúde, como direito de todos, ressalvado na Constituição brasileira de 1988 foi efetivado e regulamentado pela Lei 8.080/90, conhecida por Lei do Sistema Único de Saúde (SUS), que expressamente conceitua SUS como: “O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público.”

Antes da regulamentação do disposto constitucional pela Lei do SUS, suas ações para a recuperação da saúde e assistência médica eram prestadas pelo Ministério da Saúde,⁷ criado pela Lei 1.920, de 25 de julho de 1953.⁸ E, muito embora sua criação fosse para tratar problemas atinentes à saúde humana, em geral na época eram poucos os atendimentos nos

⁴ “Direitos Fundamentais em sentido estrito, podem ser conceituados como o conjunto de normas que cuidam dos direitos e liberdades garantidos institucionalmente pelo direito positivo de determinado Estado; devem sua denominação ao caráter básico e fundamentador de toda ordem jurídica, com limitação espacial e temporal.”

⁵ **Diversidade biológica** significa a variabilidade de organismos vivos de todas as origens, compreendendo, dentre outros, os ecossistemas terrestres, marinhos e outros ecossistemas aquáticos e os complexos ecológicos de que fazem parte; compreendendo ainda a diversidade dentro de espécies, entre espécies e de ecossistemas. Convenção sobre biodiversidade biológica – art. 2º, ratificada pelo Dec. Legislativo 2 de 1994.

⁶ **Utilização sustentável** significa a utilização de componentes da diversidade biológica de modo e em ritmo tais que não levem, no longo prazo, à diminuição da diversidade biológica, mantendo assim seu potencial para atender as necessidades e aspirações das gerações presentes e futuras. Convenção sobre biodiversidade biológica – art. 2º, ratificada pelo Dec. Legislativo 2 de 1994.

⁷ Lei 1.920/53 art. 1º. É criado o Ministério da Saúde, ao qual ficarão afetos os problemas atinentes à saúde humana.

⁸ Regulamento do Ministério da Saúde aprovado pelo Decreto n. 34.596, de 16 de novembro de 1953.

postos de saúde e as campanhas de saúde pública em caráter universal estavam voltadas à prevenção de doenças por meio de vacinação.

A assistência médica era oferecida por médicos, empregados do Ministério da Saúde, em poucos hospitais que tratavam de doenças contagiosas, como tuberculose e havia segregação, quando doenças exigissem o afastamento compulsório do doente do convívio social, dentre elas, à época, as doenças mentais. Essa assistência era exclusivamente para os indigentes.

Os trabalhadores com carteira assinada eram assistidos pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), criado em 1965, que substituiu os antigos Institutos de Aposentadoria e Pensões por categorias de trabalhadores.

Em 1972, em âmbito internacional, ocorreu a Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento e Ambiente Humano em Estocolmo,⁹ estabelecendo entre outros:

1 – O homem é ao mesmo tempo criatura e criador do meio ambiente, que lhe dá sustento físico e lhe oferece a oportunidade de desenvolver-se intelectual, moral, social e espiritualmente. A longa e difícil evolução da raça humana no planeta levou-a a um estágio em que, com o rápido progresso da Ciência e da Tecnologia, conquistou o poder de transformar de inúmeras maneiras e em escala sem precedentes o meio ambiente. Natural ou criado pelo homem, é o meio ambiente essencial para o bem-estar e para gozo dos direitos humanos fundamentais, até mesmo o direito à própria vida.

2 - A proteção e a melhoria do meio ambiente humano constituem desejo premente dos povos do globo e dever de todos os Governos, por constituírem o aspecto mais relevante que afeta o bem-estar dos povos e o desenvolvimento do mundo inteiro.

Em meados de 1975, a Lei 6.229 criou o Sistema Nacional de Saúde, com o objetivo conforme estabelecido no art. 1º: “O complexo de serviços, do setor público e do setor privado, voltados para ações de interesse da saúde”, nos campos institucionais da saúde coletiva e da saúde das pessoas.

Em 1977, o Decreto 79.056 cria a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária e constitui Câmaras Técnicas do Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Homeopatia, Comissão Nacional de Normas e Padrões para alimentos e Comissão Nacional de Fiscalização e Entorpecentes.

⁹ A Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente, que ocorreu em Estocolmo, de 5 a 16 de junho de 1972 aponta: [...] Aos governos locais e nacionais caberá o ônus maior pelas políticas e ações ambientais da mais ampla envergadura dentro de suas respectivas jurisdições. Também a cooperação internacional se torna necessária para obter os recursos que ajudarão os países em desenvolvimento no desempenho de suas atribuições. Um número crescente de problemas, devido a sua amplitude regional ou global ou ainda por afetarem campos internacionais comuns, exigirá ampla cooperação de nações e organizações internacionais visando ao interesse comum. A Conferência concita Governos e povos a se empenharem num esforço comum para preservar e melhorar o meio ambiente, em benefício de todos os povos e das gerações futuras, (disponível em < <http://www.silex.com.br/leis/normas/estocolmo.htm>> acesso em: 4 set 2009).

No final da década de 70, em 1978 precisamente, em âmbito internacional, ocorre a Conferência Internacional¹⁰ de Alma Ata, promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), a atenção primária à saúde (APS) é definida então como a estratégia principal para a expansão das coberturas dos serviços de saúde a toda a população (Saúde Para Todos – SPT), e a participação comunitária é incorporada como um dos princípios fundamentais.

Pela declaração Alma Ata, a Organização Mundial da Saúde (OMS) concita todos os países a terem cuidados primários à saúde, criando o Programa de Medicina Tradicional (MT), objetivando a formulação de políticas na área da saúde para todos, até 2000.

A declaração visava à integração da medicina tradicional (MT) e da medicina complementar (MC) nos sistemas nacionais de atenção à saúde, assim como promover o uso racional dessa integração.

Em março de 1980, ocorreu a 7ª Conferência Nacional de Saúde, que debateu a implantação e o desenvolvimento do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde), que, sem apoio político, desmembrou-se em dois institutos: Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (Iapas), extinto na criação do INSS, e o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps), restrito aos empregados que contribuíssem com a previdência. Este foi transferido para o Ministério da Saúde em 1989 e extinto em 1993 pela Lei 8.689. Hoje é conhecido como Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS).

No âmbito internacional, em novembro de 1986 na cidade de Ottawa,¹¹ no Canadá, realizou-se a primeira conferência internacional sobre promoção de saúde, que aprovou a

¹⁰Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978 – A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde concita à ação internacional e nacional urgente e eficaz, para que os cuidados primários em saúde sejam desenvolvidos e aplicados em todo o mundo e, particularmente, nos países em desenvolvimento, num espírito de cooperação técnica e em consonância com a nova ordem econômica internacional. Exorta os governos, a OMS e o unicef, assim como outras organizações internacionais, entidades multilaterais e bilaterais, organizações governamentais, agências financeiras, todos os que trabalham no campo da saúde e toda a comunidade mundial a apoiar um compromisso nacional e internacional a cuidados primários em saúde e a canalizar maior volume de apoio técnico e financeiro para esse fim, particularmente nos países em desenvolvimento. A Conferência concita todos a colaborarem para que os cuidados primários em saúde sejam introduzidos, desenvolvidos e mantidos, de acordo com a letra o espírito dessa declaração, (disponível em: < <http://new.paho.org/bra> >. Acesso em 13 out 2009).

¹¹Carta de Ottawa - Essa conferência foi, antes de tudo, uma resposta às crescentes expectativas por uma nova saúde pública, movimento que vem ocorrendo em todo o mundo. As discussões focalizaram principalmente as necessidades em saúde nos países industrializados, embora tenham levado em conta necessidades semelhantes de outras regiões do globo. As discussões foram baseadas nos progressos alcançados com a declaração de Alma-

Ata para os Cuidados Primários em Saúde, com o documento da OMS sobre Saúde Para Todos, assim como com o debate ocorrido na Assembleia Mundial da Saúde sobre as ações intersetoriais necessárias para o setor, (disponível em: < <http://new.paho.org/bra> >. Acesso em 13 out 2009).

Carta de Ottawa para promoção da saúde, documento referencial no assunto desde então. A Carta de Intenções ratifica o compromisso dos Estados membros de atingirem saúde para todos até o ano 2000 e anos subsequentes.

A partir dessas declarações, a Organização Mundial da Saúde (OMS) expressa seu compromisso em incentivar os Estados membros a formularem e programarem políticas públicas para uso racional e integrado da medicina tradicional (MT) e medicina complementar alternativa (MCA) nos sistemas nacionais de atenção à saúde. Outra preocupação é com o empenho dos países membros, que ratificaram a Carta de Ottawa, no desenvolvimento de estudos científicos em medicina tradicional e complementar, para melhor conhecimento, segurança, eficácia e qualidade.

Em âmbito nacional, a preocupação do Brasil com a saúde se estabeleceu com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, convocada com o objetivo de fornecer subsídios para a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e gerar elementos que permitissem uma ampla discussão sobre a saúde, na Constituinte; e foram implantadas as ações integradas de saúde (AIS) em nível experimental.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu em Brasília nos dias 17 a 21 de março de 1986, no seu relatório final refletiu sobre um processo de discussão, municipal e estadual. O encontro contou com mais de quatro mil pessoas, dentre elas mil delegados, que materializaram em texto aprovado pela plenária da conferência, o desejo do cidadão brasileiro em relação a saúde no Brasil. Foram discutidos temas como: Saúde como Direito, Reformulação do Sistema Nacional de Saúde, e Financiamento Setorial.

Em 1987, implantou-se o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), como continuidade à estratégia até então adotada pelas ações integradas de saúde (AIS).

Durante o período da Assembleia Constituinte, os Constituintes escutaram o clamor do povo, e todos os temas relacionados à saúde, que vinham sendo discutidos, foram recepcionados no Texto Constitucional, e, além disso, os Constituintes privilegiaram a saúde das futuras gerações, fazendo a ligação entre saúde e meio ambiente.

Em 5 de outubro de 1988, foi promulgada a Constituição Federal brasileira e, com ela, foi aprovada a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), CFB de 1988: no Título VIII – Da Ordem Social – Capítulo I – Seção II, nos arts. 196¹²; 198¹³ e 200.¹⁴

¹² CF/88, art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

A saúde, como direito de todos e dever do Estado, é um direito do cidadão brasileiro, e a obrigação do Estado é, mediante políticas públicas, garanti - lá, reduzindo os riscos de doença e agravos, de forma universal e igualitária.

E, no Capítulo VI do Título VIII - Do Meio Ambiente, no art. 225: “Todos têm direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, bem de uso comum do povo e essencial à sadia qualidade de vida, impondo-se ao Poder Público e à coletividade o dever de defendê-lo e preservá-lo para as presentes e futuras gerações.”

Percebe-se, da compreensão do artigo acima que saúde e meio ambiente saudáveis são fatores essenciais à sadia qualidade de vida.

Em 1990, é promulgada a Lei 8.080 também conhecida como Lei do Sistema Único de Saúde, que, no seu art. 1º, dispõe: “ Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.

Além disso, cria o Sistema Único de Saúde, que tem por objetivo:

- I – a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- II – a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;
- III – a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

A Lei 8.142, de 28 de dezembro de do mesmo ano, surge para regulamentar e dispor sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, bem como dá outras providências.

A legalização e legitimação do SUS, para a promoção de medidas que visem a beneficiar a saúde do povo brasileiro, é evidente.

Em 1992, realizou-se a Conferência das Nações Unidas sobre Ambiente e Desenvolvimento – a ECO-92, no Rio de Janeiro e temas sobre saúde e ambiente norteiam os debates. A realização da Conferência Nacional de Saúde, no período de 9 a 14 de agosto de 1992, em Brasília, tinha como tema central “Descentralizando e Democratizando o Conhecimento”.

¹³ CF/88, art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: [...].

¹⁴ CF/88, art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: [...].

Em meados de 1994, após a “comemoração do Brasil que recebeu o certificado de erradicação da poliomielite,¹⁵ certificado este emitido pela OMS, onde consta que a Poliomielite foi erradicada das Américas, graças as campanhas de Políticas Públicas”,¹⁶ também se deu a criação do Programa de Saúde da Família (PSF) como estratégia de reorientação dos serviços de atenção básica à saúde. Para a viabilização deste programa (PSF), os 55 (cinquenta e cinco) municípios que participaram inicialmente formaram 328 (trezentos e vinte e oito) equipes de Saúde da Família. Compõem as equipes: médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

Em 1996, dois fatos são marcantes: em setembro, nos dias 2 e 6, acontece a 10ª Conferência Nacional de Saúde, em Brasília, tendo como tema central: "SUS: Construindo um Novo Modelo de Atenção à Saúde para a Qualidade de Vida", e a recomendação a de incorporar-se ao SUS as práticas de saúde como fitoterapia, acupuntura e homeopatia, contemplando ações populares e terapias alternativas. (Paraná 2009)

No mesmo ano, em outubro, precisamente no dia 24 é publicada a Lei 9.311, que institui a contribuição provisória sobre movimentação ou transmissão de valores e de créditos e direitos de natureza financeira (CPMF),¹⁷ cuja finalidade seria o custeio dos serviços de saúde.

Em 1999, de 16 a 18 de junho, aconteceu em Brasília o Encontro Nacional de Saúde do Trabalhador.¹⁸

No mesmo ano, a Lei 9.836, de 23 de setembro de 1999, acrescenta dispositivos à Lei n. 8.080/90,¹⁹ e dispôs sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde,

¹⁵ A Comissão Internacional para a Certificação da Erradicação da Poliomielite (cicep) reunida em Washington, em agosto de 1994, declarou interrompida a transmissão do poliovírus selvagem nas Américas. Estava erradicada a poliomielite nos continentes americanos. (Disponível em : < <http://www.bvspoliobrasileperu.coc.fiocruz.br> > . Acesso em 13 out 2009).

¹⁶ Histórico da Saúde. (Disponível em: < <http://www.ensp.fiocruz.br>>. Acesso em 10 set 2009).

¹⁷ A CPMF passou a vigorar em 23 de janeiro de 1997, baseado na edição da Lei 9.311, de 24 de outubro de 1996. A contribuição foi extinta em 23 de janeiro de 1999, tendo sido substituída pela IOF até seu restabelecimento em 17 de junho de 1999. A alíquota, que era originalmente de 0,25%, foi elevada na época de seu restabelecimento para 0,38% e posteriormente abaixada para 0,30% em 17 de junho de 2000 e novamente para 0,38% em 19 de março de 2001. A proposta de prorrogação da contribuição foi rejeitada pelo Senado em dezembro de 2007. (Disponível em: < <http://www.receita.fazenda.gov.br/Legislacao/LegisAssunto/Cpmf.htm>>. Acesso em 04 set 2009).

¹⁸ Encontro Nacional de Saúde do Trabalhador (1999, Brasília, DF) Anais do Encontro Nacional de Saúde do Trabalhador, 16 a 18 de junho de 1999, Brasília, DF. / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Trabalhador; organizado por Jandira Maciel da Silva; colaboração de Jacinta F. Senna da Silva... [et al.]. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

¹⁹ Art. 19 A – As ações e serviços de saúde voltados para o atendimento das populações indígenas, em todo o território nacional, coletiva ou individualmente, obedecerão ao disposto nesta Lei.

a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes aos indígenas, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

No ano de 2000, surge a Emenda Constitucional 29, de 13 de setembro de 2000, que altera os arts. 34, 35, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e dos serviços públicos de saúde.

Os anos de 2000 e 2002 no Brasil, mais precisamente na cidade de Porto Alegre no RS, o Fórum Social Mundial foi palco de debate de assuntos que envolviam capital, trabalho, saúde e meio ambiente. Enquanto em âmbito internacional surgia o documento “Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005”,²⁰ que reafirmava o compromisso de “Saúde para Todos”, sugerindo uma diminuição de gastos com medicamentos, com hotelaria

Art. 19 B – É instituído um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, componente do Sistema Único de Saúde – SUS, criado e definido por esta Lei, e pela Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, com o qual funcionará em perfeita integração.

Art. 19 C – Caberá à União, com seus recursos próprios, financiar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

Art. 19 D – O SUS promoverá a articulação do Subsistema instituído por esta Lei com os órgãos responsáveis pela Política Indígena do País.

Art. 19 E – Os Estados, Municípios, outras instituições governamentais e não-governamentais poderão atuar complementarmente no custeio e execução das ações.

Art. 19 F – Dever-se-á obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e as especificidade da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional.

Art. 19 G – O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena deverá ser, como o SUS, descentralizado, hierarquizado e regionalizado.

§ 1º. O Subsistema de que trata o caput deste artigo terá como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

§ 2º. O SUS servirá de retaguarda e referência ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, devendo, para isso, ocorrer adaptações na estrutura e organização do SUS nas regiões onde residem as populações indígenas, para propiciar essa integração e o atendimento necessário em todos os níveis, sem discriminações.

§ 3º. As populações indígenas devem ter acesso garantido ao SUS, em âmbito local, regional e de centros especializados, de acordo com suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde.

Art. 19 H – As populações indígenas terão direito a participar dos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, tais como o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, quando for o caso.

²⁰ Este documento de estratégia global foi elaborado após ampla consulta, no entanto, sua aplicação deve levar em conta as diversidades regionais no uso e o papel da medicina tradicional, da medicina complementar e da medicina alternativa. O documento define “medicina tradicional” como um termo amplo, para referir-se tanto à medicina tradicional chinesa, à ayurvédica indiana, a medicina unani árabe, como a várias formas de medicina indígena. As terapias da medicina tradicional incluem terapias medicamentosas – se estas envolvem o uso de fitoterapia, partes de animais ou minerais – e terapias não medicamentosas – se são realizadas, em princípio, sem o uso de medicamentos, como o caso da acupuntura, terapias manuais e espirituais. Em países onde o sistema de saúde é baseado na medicina alopática, ou onde a medicina tradicional não é incorporada ao sistema, é frequentemente denominada medicina “complementar”, “alternativa” ou “não convencional”. O documento traz uma revisão global do uso da medicina tradicional, os desafios, considerando as políticas nacionais, os marcos regulatórios e a necessidade de garantia da segurança, eficácia, qualidade e acessibilidade e o uso racional. Apresenta ainda qual o papel da OMS, os recursos nacionais e internacionais e um plano de ação estratégico para 2002-2005. Nos anexos, apresenta uma lista de centros colaboradores para medicina tradicional e uma seleção de documentos sobre o tema. (Disponível em: <<http://www.opas.org.br/publicmo.cfm?codigo=67>>. Acesso em: 02 abr 2009).

hospitalar pelos países pobres, privilegiando a sustentabilidade cultural, o conhecimento tradicional dos povos.

Por lo tanto, es oportuno que la OMS defina su papel en la MT/MCA, desarrollando una estrategia ideada para tratar los temas asociados con la política, la seguridad, la eficacia, la calidad, el acceso y el uso racional de la medicina tradicional, complementaria y alternativa. (OMS, 2002, p.1).

No mesmo ano, o Brasil participa do relatório – WHO/ 2002 (*A World Health Report 2002 – Reduzir Riscos, Promovendo Vida Saudável*). O Relatório descreve a quantidade de doença, invalidez e morte no mundo de hoje, em especial nos países pobres. Assevera o referido que situações como fome, falta de saneamento, poluição, falta de diversidade nos alimentos, são problemas graves que elevam os riscos para a saúde humana. Também aponta o quanto essa situação poderia diminuir nos próximos vinte anos, se os mesmos fatores de risco fossem reduzidos

Em 3 de maio de 2006, no Brasil, pela Portaria 971 do Ministério da Saúde (MS), foi publicada a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), que contempla sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos não incisivos. “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.” (BRASIL, 2006b)

No mesmo ano, em 22 de junho é aprovada, por meio do Decreto 5.813 a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, estabelecendo diretrizes e prioridades para o desenvolvimento de ações voltadas à garantia de acesso seguro e uso racional e sustentável da biodiversidade.

Plantas medicinais e fitoterápicos no Brasil será um dos pontos analisados neste trabalho. Mas, antes, para entender melhor o SUS, ver-se-á de forma mais detalhada o funcionamento, a organização e os princípios que regem o SUS.

1.2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): ORGANIZAÇÃO, FUNCIONAMENTO E PRINCÍPIOS - LEI 8.080/90 E 8.142/90 (LOS)

O Sistema Único de Saúde foi criado com a Constituição de 1988 e regulamentado nas Leis 8.080/90 e 8.142/90 que são chamadas “Leis Orgânica da Saúde – LOS”.

O SUS, com quase vinte anos, ainda sofre sérias críticas da população brasileira. Críticas de pessoas que usam e de quem não usa o serviço; de quem conhece o sistema e de pessoas que não conhecem o sistema.

Assim, nada mais prudente, como introdução deste trabalho, que apresentar a estrutura organizacional, funcional e os princípios que regem o Sistema Único de Saúde, da forma como foi concebido pelos movimentos sociais²¹ que idealizaram o SUS.

Mas antes, considera-se importante demonstrar a área demográfica de atuação do SUS.

O Brasil tem atualmente 183,9 milhões de habitantes, segundo o relatório final da Contagem da População do IBGE, feita em 5.435 municípios com até 170 mil habitantes e entregue hoje (14/11) ao Tribunal de Contas da União, que a utilizará para o cálculo das quotas referentes ao Fundo de Participação dos Municípios (FPM). Nos últimos sete anos, o Brasil ganhou mais 14 milhões de habitantes, o que corresponde a um estado do porte da Bahia. Na Contagem, foram visitados 30 milhões de domicílios em todo o país.

Entre as Grandes Regiões, todas apresentaram crescimento populacional em relação ao Censo 2000, mas não houve alterações no ranking dos mais populosos: o Sudeste ainda lidera, com 77,8 milhões, seguido do Nordeste (58,5 milhões); Sul (26,7 milhões), Norte (14,5 milhões); e Centro-Oeste (13,2 milhões). Há sete anos, mantida a ordem de regiões acima, os números eram de, respectivamente: 72,4 milhões (Sudeste); 47,7 milhões (Nordeste); 25 milhões (Sul); 12,9 milhões (Norte); e 11,6 milhões (Centro-Oeste).

Já nos estados, o mais populoso continua a ser São Paulo, com 39,8 milhões de habitantes, seguido de Minas Gerais (19,2 milhões), Rio de Janeiro (15,4 milhões), Bahia (14 milhões) e Rio Grande do Sul (10,5 milhões). O menos populoso é Roraima (395,7 mil habitantes), seguido do Amapá (587,3 mil) e Acre (655,3 mil). Palmas, no Tocantins, ainda é a capital menos populosa do Brasil, com 178,3 mil habitantes.

O município de São Paulo continua o mais populoso do Brasil (10,8 mil), enquanto o menor ainda é Borá, no oeste-paulista, que há sete anos tinha 795 habitantes e hoje, de acordo com a Contagem, tem 804. Em seguida vem Serra da Saudade, em Minas Gerais (863 habitantes) e Ananguera, em Goiás (966 habitantes), que também figuravam nesta ordem no Censo 2000. No caso de Serra da Saudade, o município encolheu mais ainda, pois no Censo 2000 tinha 873 habitantes.

Desde o Censo 2000, o número de municípios com mais de um milhão de habitantes cresceu de 13 para 14. A inclusão mais recente foi Campinas, terceiro município paulista a figurar na lista. São eles: São Paulo (10,8 milhões); Rio de Janeiro (6,1 milhões); Salvador (2,8 milhões); Brasília (2,45 milhões); Fortaleza (2,43 milhões); Belo Horizonte (2,41 milhões), Curitiba (1,7 milhão); Manaus (1,6 milhão), Recife (1,5 milhão); Porto Alegre (1,42 milhão); Belém (1,40 milhão); Goiânia (1,24 milhão); Guarulhos (1,23 milhão); e Campinas (1,03 milhão).

²¹Todo o processo de construção da proposta SUS começou a partir do movimento da reforma sanitária, que teve início em meados da década de 70, contando com a mobilização de vários segmentos sociais, como: os profissionais de saúde, acadêmicos, lideranças sindicais e populares, partidos políticos e outros. Foram várias as políticas definidas para o setor da saúde antes do SUS, possibilitando, inclusive e sobretudo, avançar no projeto de reforma. Apenas para citar algumas das políticas implementadas, destacam-se duas de grande relevância em todo o processo: as Ações Integradas de Saúde (AIS), desenvolvidas no período 1981- 1984, e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), vigente no período 1987-1989. Outro marco importante no período anterior ao SUS e decisivo no projeto de construção da política, foi a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, afirmando os princípios do novo projeto e servindo de subsídios na discussão da Assembleia Nacional Constituinte (1987/88), fórum de negociação e decisão da nova Carta Constitucional brasileira (Constituição Federal de 1988). (LUCCHESI 2002, p. 17).

Segundo a Contagem da População, 444 municípios perderam FPM em 2007, enquanto 403 terão FPM maior e 4.588 mantiveram o patamar observado em 2006. A repartição do FPM pelos municípios brasileiros será efetuada de acordo com a Lei n. 106 de 2001, que alterou a redação da Lei Complementar 91, de 1997. Ainda de acordo com a Lei Complementar 106, 31 de dezembro de 2007 concluir-se-á o período de aplicação do redutor do FPM para cerca de 1,6 mil municípios, os quais também receberão, em 2008, uma parcela maior do FPM. Em dezembro, o IBGE divulgará o resultado completo da Contagem da População, com mais informações, como sexo, idade e migração. (BRASIL, Min. Planejamento, Orçamento e Gestão 2009).

Conhecendo a extensão de atuação do SUS, no solo brasileiro, passa-se a conhecer sua organização e seu funcionamento.

Utiliza-se da legislação e de documentos expedidos pelo SUS, de forma prioritária, para que a apresentação tenha o cunho de fidelidade, ou seja, para que se possa conhecer o real SUS, o sistema como ele foi concebido e criado.

Apontam-se os prós do Sistema Único de Saúde, muito embora se tenha conhecimento dos contras; notícias²² evidenciam e demonstram os problemas que ocorrem no SUS.

Não se tem o intuito de defesa ou condenação de quem movimenta o Sistema, mas defesa do Sistema em si, que tem uma característica de universalidade nunca antes vista ou criada no âmbito da saúde no Brasil.

²² **Cinco ataques contra o SUS** A Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, composta por representantes dos Conselhos de Saúde dos 26 Estados brasileiros e do Distrito Federal, em reunião extraordinária em Brasília, nos dias 06 e 07 de maio de 2009, decidiu colocar a boca no trombone.

A Plenária listou, em carta, cinco ataques desfechados contra o sistema Único de Saúde (SUS), a maioria deles patrocinados pelo Governo Federal. Esses ataques representam um retrocesso e colocam em risco o SUS. Resumidamente seriam os seguintes ataques:

1. A desestruturação da rede de atenção primária à saúde, privilegiando os procedimentos especializados e de alto custo, contrariando a Lei Orgânica da Saúde, que define como responsabilidade do estado ações em saúde que viabilizem promoção, proteção e recuperação da saúde dos brasileiros;

2. A não regulamentação da Emenda Constitucional n.29, implicando no subfinanciamento da saúde pública a partir do não cumprimento dos percentuais mínimos de investimento pela União, maioria dos Estados e parte dos municípios, desrespeitando a Resolução 322/03 do Conselho Nacional de Saúde e a própria Constituição Federal;

3. Avanço da privatização do SUS em detrimento do serviço público eminentemente estatal, através da desestruturação, sucateamento e fechamento dos serviços públicos e ampliação da contratação de serviços privados, numa outra flagrante violência aos ditames constitucionais;

4. Precarização dos serviços públicos e das relações de trabalho com baixa remuneração dos trabalhadores e enormes discrepâncias salariais sem definição de uma política de um plano de cargos, carreiras e salários para os profissionais do SUS;

5. Manutenção da tramitação e possível aprovação pela Câmara dos Deputados do Projeto de Lei n. 92/07, que cria as Fundações Públicas de Direito Privado, descumprindo o artigo 37 da Constituição Federal e configurando em um golpe final na desconstrução teórica, prática e política do SUS, que dispõe da legislação reconhecida como a mais avançada do mundo e nunca cumprida em sua totalidade, com reflexo em várias outras áreas do serviço público do País.

Apesar da crise teórica e prática dos pressupostos neoliberais no mundo inteiro, parece que o governo federal permanece arraigado aos seus dogmas e mantém-se fiel as teses que afundaram o mundo no caos econômico atual. Atacar o SUS é coerente com as idéias privatizantes. (ARAÚJO, 2009)

Retoma-se o conceito de SUS: “ O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”. (BRASIL,2000, p. 5)

Conceituando-se o Sistema Único de Saúde SUS diz-se que é um sistema integrado de saúde pública que oferece serviços de prevenção e atendimento, pronto socorro, especialidades terapêuticas, exames e medicamentos a toda e qualquer pessoa que esteja sob solo brasileiro, de forma gratuita.

Passa-se agora a discorrer sobre a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS),²³ por meio da LOS, que são leis complementares que detalham a organização e o funcionamento do sistema de saúde, estabelecido pela Constituição Federal.

1.2.1- Organização (SUS)

A Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e vem regulando as ações os serviços de saúde, em todo o território nacional, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado, com o objetivo de garantir a saúde, dando ao Estado o dever de formular e executar políticas econômicas e sociais para reduzir risco de doenças de forma igualitária a todas as pessoas.

O projeto que levou a publicação da Lei 8.080/90 sofreu vários vetos, especificamente no que dizia respeito à estrutura e organização (art.11 e 42), à justificativa para o veto do presidente da República Fernando Collor de Melo: “De acordo com preceitos constitucionais, são de iniciativa privada do Presidente da República as leis que disponham sobre a criação, estruturação e atribuições dos Ministérios e órgãos da administração pública”.²⁴

Assim, quando publicada a Lei 8.080/90 já veio ao mundo jurídico com falhas, especialmente quanto à organização – participação popular e sobre o orçamento, motivo pelo qual, após muito debate e acordos foi aprovada, no mesmo ano, a Lei 8.142/90.

²³ O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Ele abrange desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do País. Amparado por um conceito ampliado de saúde, o SUS foi criado, em 1988 pela Constituição Federal Brasileira, para ser o sistema de saúde dos mais de 180 milhões de brasileiros. (Disponível em: < <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/gestor/default.cfm> >. Acesso em: set 2009).

²⁴ Planalto. Lei 8.080/90.

A Lei 8.142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Estabelece, ainda, que o SUS contará com o Conselho de Saúde, com representação de vários segmentos da sociedade, que se reunirá a cada quatro anos e que tal encontro denominar-se-á Conferência de Saúde. Ainda cria o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), que terão representação no Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde.

Dez anos da publicação da LOS e os entraves de gestão sempre foram questões de debate, até que surge a Emenda Constitucional 29 de 13/9/2000 (EC 29),²⁵ que altera os art. 34, 35, 156, 160, 167, 198, bem como Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, que é acrescido do art. 77, para adaptar a Constituição à regra da vinculação de receita nos três níveis de governo para a área da saúde. A EC 29²⁶ ainda não foi regulamentada, mas tem firme propósito de reforma tributária.

A organização, ou melhor, a forma como cada gestor deve agir vem ressaltada na Lei 8.080/90. Veja-se o que diz o art. 8º: “As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde - SUS, seja diretamente ou mediante participação complementar da

²⁵ **Emenda Constitucional 29:** Estabeleceu os gastos mínimos em saúde dos governos federal (corrigidos pela variação nominal do PIB), estadual (12% de suas receitas) e municipal (15% de suas receitas). Sua regulamentação está em tramitação no congresso e irá determinar quais tipos de gastos são da área de saúde e quais não são. (BRASIL 2006, p. 22).

²⁶ A Emenda Constitucional 29 traz à tona, mesmo que sem a intenção explícita, a questão da reforma tributária e da necessária descentralização das fontes fiscais para os níveis estadual e municipal de governo mas sua intenção foi de garantir, num cenário de progressiva e constante perda de recursos para a saúde, um percentual de recursos garantido para o setor, o que foi alcançado com sucesso. No entanto, tal fato não se confunde com a lei de responsabilidade fiscal que traz uma outra gama de questões e desafios, como a capacidade de estados e municípios de gerenciar seus orçamentos sem extrapolar a receita e cumprir metas acordadas no plano de governo. Na emenda constitucional a suficiência dos recursos das esferas de governo é considerando o dispositivo de flexibilização dos percentuais e o caráter gradualista da proposta. Assim, os percentuais propostos na emenda podem ser revistos passados cinco anos. De outra forma, há uma visão bastante otimista do processo com a perspectiva de que o país venha a ingressar numa trajetória de maior crescimento, gerando impactos positivos sobre a sua arrecadação, além da consideração de que o ajuste fiscal implementado nas diversas esferas de governo, com a Lei de Responsabilidade Fiscal, possibilitará um maior controle das contas estaduais e municipais e não o seu achatamento. Por outro lado, algumas questões já se materializam como problemas à medida que se prevê a institucionalização da emenda. Dentre os principais aspectos ligados às repercussões no setor saúde da implementação da Lei de Responsabilidade Fiscal e a Emenda Constitucional está a questão do limite para a despesa de pessoal e a contratação de pessoal, mediante recursos transferidos pelo Governo Federal, para os Programas de Saúde Família e de Agentes Comunitários de Saúde. Há uma preocupação dos gestores que seja contabilizado como gastos com pessoal os gastos com a contratação para esses Programas, inchando o orçamento e levando a inibição de gastos sociais. A questão foi abordada no Seminário promovido pelo Ministério da Saúde sobre “A operacionalização da Emenda Constitucional n.29”, realizado em setembro de 2001, Brasília, e ainda merece aprofundamento, não tendo sido implementada nenhuma outra medida reguladora de consenso sobre a questão. (LUCCHESI 2002, p. 58).

iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.”

De tal modo, a direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, como determina o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, logo, é exercida em cada esfera de governo: União, estados e municípios, ou seja, é um modelo de descentralização que define como gestores corresponsáveis os três níveis de governo.

Em cada âmbito, um órgão exerce a função de direção: no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;²⁷ no âmbito dos estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria Estadual de Saúde, e, no âmbito dos municípios, pela respectiva Secretaria Municipal de Saúde.

Ainda quanto aos municípios, a Lei 8.080/90 dispõe em seu art.10º: “[...] o Sistema Único de Saúde - SUS poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde.”

Este artigo da lei será de importância impar ao entendimento que se tem sobre como deve ocorrer a ampliação e o acesso às Políticas Públicas de Saúde.

Mas, por ora, continua-se na organização.

É comum à União, aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios exercerem, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

- * definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde; administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;

- *acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais; organização e coordenação do sistema de informação em saúde;

- *elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos, que caracterizam a assistência à saúde; elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para a promoção da saúde do trabalhador;

- *participação de formulação da política e da execução das ações de saneamento básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente;

- * elaboração e atualização periódica do plano de saúde; participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;

²⁷O Ministério da Saúde é o órgão do Poder Executivo Federal responsável pela organização e elaboração de planos e políticas públicas voltados para a promoção, prevenção e assistência à saúde dos brasileiros. (<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/gestor/default.cfm>) acesso em 13/09/09.

- * elaboração da previsão orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS), de conformidade com o plano de saúde; elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública;

- * realização das operações externas de natureza financeira de interesse da saúde, autorizadas pelo Senado Federal;

- * para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização;

- * implementação do Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados, propondo a celebração de convênios, acordos e mais protocolos internacionais relativos à saúde, ao saneamento e meio ambiente;

- * elaboração de normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde; promoção de articulação com órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da sociedade civil, para a definição e o controle dos padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde;

- * articulação da política e dos planos de saúde;

- * pesquisas e estudos na área de saúde, definindo as instâncias e os mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária;

- * fomentação, coordenação e execução de programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial.

Como é possível perceber, até o presente momento, a responsabilidade por todos os atos acima descritos é igual, e com o mesmo grau de importância para cada nível de gestão.

Quanto à competência, está estabelecida na Lei 8.080/90 nos arts. 16 a 19. E em síntese elencam:

- * à direção nacional, entre outras, compete: participar na formulação e na implementação das políticas; elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e os serviços privados contratados de assistência à saúde;

- * à direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete entre outras: participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente, que tenham repercussão na saúde humana;

- * à direção municipal do Sistema Único de Saúde (SUS) compete, entre outras: dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde; colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente, que tenham repercussão sobre a saúde

humana e atuar, nos órgãos municipais, estaduais, para controlá-las, observado o disposto no art. 26 da Lei; celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução; controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde; normatizar complementarmente as ações e os serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.

1.2.2 Funcionamento (SUS)

O funcionamento vem ressaltado na Lei 8.080/90, no art. 20: “ Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde.”

Aqui, muito embora se tenha dito que a análise seria basicamente da legislação, não se negligenciar de um breve comentário sobre as empresas privadas de planos de saúde, hoje um pouco mais disciplinadas por normas regulamentadoras, que foram editadas pelo governo, porque as mesmas sempre só priorizam o cunho econômico de seus serviços e não se preocupam em cumprir o dispositivo de lei: promovendo, protegendo e recuperando a saúde, mas que, ao contrário, praticam a “cadeia da felicidade: são cobradas baixíssimas contribuições dos jovens, a fim de atraí-los cedo; em troca, são elevadíssimas as mensalidades dos mais idosos, que, muitas vezes, se veem obrigados a largar os planos justamente quando mais precisam deles ou, então, a passar privações para mantê-los.” (SERRA, 2002, p. 22)

Retoma-se o funcionamento do SUS.

No art. 22 da Lei 8.080/90, “ na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde - SUS quanto às condições para seu funcionamento”.

A “Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde” informa ao cidadão que deve conhecer seus direitos na hora de procurar atendimento de saúde, reunindo seis princípios básicos de cidadania, que asseguram ao brasileiro o ingresso digno nos sistemas de saúde, seja ele público ou privado. “A Carta é uma importante ferramenta para que você conheça seus direitos e, assim, ajude o Brasil a ter um sistema de saúde ainda mais efetivo. (BRASIL, 2006, p. 7)

Os princípios da “Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde” são:

1. Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde
2. Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema

3. Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação;
4. Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos;
5. Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada;
6. Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos.

Quanto à participação complementar, a Lei 8.080/90 nos arts. 24 e 25, é pontual: quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde - SUS poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada, mediante a formalização de contratos ou convênios,²⁸ observando as normas de direito público, dando preferência às entidades filantrópicas e sem fins lucrativos.

O orçamento da Seguridade Social destinará ao Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos de Previdência Social e da Assistência Social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias.

O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) é ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos municípios, dos estados, do Distrito Federal e da União.

O orçamento destinado à saúde é delimitado no Texto Constitucional, EC 29. E a EC 56, de 20 de dezembro de 2007, foi aprovada pelo Congresso Nacional e prorroga até 31 de dezembro de 2011, a Desvinculação das Receitas da União (DRU).

O que é determinante para definir a despesa total em saúde é o gasto mínimo obrigatório fixado na Constituição, independente de qual seja a fonte de financiamento desse gasto. Esse gasto mínimo deverá ser definido na lei complementar que regulamentará a EC n. 29, de 2000, Projeto de Lei da Câmara, n. 89, de 2007, em tramitação no Senado Federal, até o momento não aprovado. (DIAS 2008, p.16)

A importância do repasse ao programa de atenção básica a saúde, que ocorre nos postos de saúde, e “refere-se à assistência oferecida em postos de saúde e nas estratégias

²⁸ Veja-se consórcios: Lei 11.107/05 e convênios, art. 241 da CF, que deve ser lido com o art. 23 da CF.

Saúde da Família, segundo o economista Dias, consultor do Senado Federal, não sofre perdas com a Desvinculação das Receitas da União (DRU).

Mais uma vez, como o FNS é custeado por diversas fontes da seguridade social, um aumento dos recursos da CPMF poderia ser simplesmente compensado pela diminuição de outras contribuições sociais. Ademais, a EC n. 29, de 2000, determinou um piso para a aplicação de recursos nessa área. Portanto, a conclusão de que a área de saúde perde com a desvinculação também não é correta. (DIAS 2008, p. 16)

Atenção básica,²⁹ Saúde da Família são programas voltados à promoção da saúde, à prevenção de agravos, a diagnósticos e tratamentos,³⁰ e esses dois programas têm importância ímpar a este trabalho, pois é na atenção básica que se encontram as práticas integrativas e complementares da medicina tradicional.

Repasso para Atenção Básica À Saúde Aumenta em R\$ 191 Milhões

Os municípios brasileiros receberão um adicional de R\$ 191,4 milhões por ano para a atenção básica à saúde. Ministério da Saúde destinará mínimo de R\$ 18,00 por habitante ao ano nesse nível de assistência. Medida beneficia todos os 5.565 municípios brasileiros. Os municípios brasileiros receberão um adicional de R\$ 191,4 milhões por ano para a atenção básica à saúde. O Ministério da Saúde aumentou em um real o valor fixo por habitante repassado aos municípios para esse nível de assistência, que inclui ações de prevenção, promoção, reabilitação e a Estratégia Saúde da Família. Conforme portaria publicada no Diário Oficial da União desta quarta-feira, 2 de setembro, cada secretaria municipal receberá ao ano o mínimo de R\$ 18,00 por morador, em vez dos atuais R\$ 17,00. Com o acréscimo, o investimento fixo nesse nível de assistência passa ao mínimo de R\$ 3,4 bilhões por ano. Isso porque os municípios, além do repasse fixo, recebem também recursos dos programas federais voltados à atenção básica, totalizando R\$ 8,7 bilhões anual. O benefício definido pela portaria começou a valer a partir do mês de julho. Todos os 5.565 municípios do país irão receber o adicional. O recurso fixo por habitante destina-se ao custeio ou investimento em ações de atenção básica, excluindo qualquer tipo de construção. Cabe ao gestor municipal avaliar as prioridades para a aplicação dos recursos. “Esperamos com o aumento dar melhores condições aos municípios para que eles possam aprimorar a atenção prestada à população. Esse recurso é muito importante, pois é distribuído de forma equânime a toda população brasileira”, afirma a diretora do Departamento de (BRASIL, Min. Saúde, 2009)

A importância da prevenção, na atenção básica, “como condição tanto para evitar, postergar ou atenuar doenças, quanto para economicidade da alocação de recursos à saúde” (SERRA, 2002, p. 25) é evidente, muito embora não tão evidentes aos gestores municipais que relutam em investir em atenção básica e implementação das práticas integrativas,

²⁹ **Atenção Básica à Saúde:** Trata-se do primeiro nível de atenção à saúde, segundo o modelo adotado pelo SUS. É, preferencialmente, a “porta de entrada” do sistema de saúde. A população tem acesso a especialidades básicas, que são: clínica médica (clínica geral), pediatria, obstetrícia e ginecologia. Estudos demonstram que a atenção básica é capaz de resolver cerca de 80% das necessidades dos problemas de saúde. (BRASIL 2006b, p.19)

³⁰ Portal da Saúde. (Disponível em: < <http://www.museudeenfermagem.com.br/espaco-da-enfermagem/noticias> >. Acesso em: 15 set 2009).

conforme as diretrizes da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares e orientação da Organização Mundial da Saúde (OMS).

1.2.3 Princípios (SUS)

O Ministério da Saúde, no “*SUS princípios e conquistas*” (BRASIL, 2000, p.29), estabelece quais são os princípios do Sistema Único de Saúde, esclarecendo que os princípios que existem são princípios de base e de organização.

Este sistema é único, ou seja, deve ter a mesma doutrina e a mesma forma de organização em todo o país. Mas é preciso compreender bem esta idéia de unicidade. Num país com tamanha diversidade cultural, econômica e social como o Brasil, pensar em organizar um sistema sem levar em conta estas diferenças seria uma temeridade. O que é definido como único na Constituição é um conjunto de elementos doutrinários e de organização do sistema de saúde, os princípios da universalização, da equidade, da integralidade, da descentralização e da participação popular. (BRASIL. 2005, p. 26).

Os elementos doutrinários são os princípios básicos. Nesse sentido, considerando um sinônimo que se entende ser mais adequado, diz-se que os princípios são de estruturação e organização.

Assim, os princípios de estruturação do SUS são: universalidade, equidade, integralidade nos serviços nas ações de saúde. E os de organização ou organizacionais são: descentralização, regionalização, hierarquização da rede e participação social.

Princípios de estruturação

Os princípios que se denomina como de Estruturação foram aqueles pensados, idealizados nas Conferências Nacionais de Saúde, anteriores a Constituição, pois foram nestes movimentos, nestas reuniões, assembléias que foi possível o cidadão, representado por delegados regionais, demonstrar mobilização, empenho e desejo de concretização de uma saúde para todos.

– Universalização

Este princípio foi expressamente recepcionado no Texto Constitucional, o que o eleva a um princípio constitucional da saúde. “A saúde é direito de todos e dever do Estado,

garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.³¹

A saúde é um direito de todas as pessoas (universalidade).

Por essa universalidade se entende que cabe ao Estado garantir esse direito (saúde) a todos, independentemente de sexo, raça, renda, religião, profissão ou ocupação.

E mais importante ainda é a percepção que esse princípio de universalidade – saúde para todos não quer dizer que o Estado é obrigado a dar assistência médica a todas as pessoas, “o conceito de universalidade é uma consequência direta de uma discussão mais ampla sobre o direito à saúde. Importante ressaltar que direito à saúde não significa, necessariamente, direito à assistência à saúde; em verdade a última está incluída na primeira.” (RONCALLI 2000, p. 47).

O direito à saúde está diretamente relacionado com outros direitos sociais: lazer, educação, meio ambiente, saneamento básico, alimentação, trabalho, que devem ser priorizados mediante políticas públicas.

Esse princípio: saúde para todos, portanto da universalidade, deve ser compreendido como um princípio constitucional de prevenção ou de atenção básica à saúde.

A preocupação surge com o aumento da demanda, que é reflexo de crise social que decorre da inoperância do Estado no que concerne ao atendimento à saúde. Quando esse direito não é atendido, o Judiciário é chamado a intervir. Mas o direito à saúde precisa ser entendido como um direito coletivo, não individual. Não é uma eleição do melhor tratamento existente no mundo, mas daquele que está ao alcance do Estado para atender à universalidade dos cidadãos. (Apud CARDOSO & GONZATTO, 2008)

A recuperação de agravos de forma universal ocorre, mas não é o que foi pensado e idealizado por todos os brasileiros. O ideal de saúde é muito mais amplo do que recuperar doenças. O acesso não deve ser privilégio do indivíduo, mas do coletivo, seguindo os princípios pensados para o SUS em atenção básica à saúde.

– Equidade

O princípio da equidade tem como fim as desigualdades. Ou seja, o princípio da equidade visa dar acesso igualitário aos desiguais, alcançando desta forma as pessoas com dificuldades e necessidades diferentes de forma igualitária.

³¹ CF/88 Art.196.

Equidade significa que o Estado deve investir mais onde a necessidade é maior. Para isso, a rede de serviços públicos e as políticas públicas devem estar atentas às deficiências da população a ser atendida. “Reduzir disparidades regionais e sociais significa a busca de um maior equilíbrio. Fator determinante para tanto é a política adotada para a incorporação tecnológica e o investimento estratégico e prioritário no combate de situações agudas ou extremas.” (BRASIL. 2000, p. 32)

A equidade é um princípio de justiça social. (BRASIL. 2005, p 27).

– Integralidade

Para comentar o princípio da integralidade, deve-se ter em mente que a integralidade é, nos serviços e ações de saúde, “[...] um dos mais preciosos em termos de demonstrar que a atenção à saúde deve levar em consideração as necessidades específicas de pessoa ou grupo de pessoas, ainda que minoritário em relação ao total da população”. (BRASIL. 2000, p. 31)

Por esse princípio, vinculam-se as políticas públicas específicas para jovens, gestantes, dependentes químicos, portadores de HIV, mulheres, idosos, portadores de distúrbios mentais; à saúde indígena e a outros grupos que necessitem de atenção específica.

Fato recente e que caracteriza bem esse princípio do SUS foi a atenção aos contaminados na pandemia com o vírus H1N1 Influenza A.

Neste tipo de situação devem ser estabelecidos claramente os critérios de alocação e priorização para o atendimento. É fundamental definir os critérios e padrões para o atendimento domiciliar e hospitalar de pacientes portadores do vírus da influenza, assim como a definição de rotinas para o atendimento de demandas que podem chegar à exaustão dos recursos e das instituições. O critério individual de alocação de recursos deve ser cotejado com o coletivo. No critério individual o benefício para a saúde do paciente com o tratamento ou com a profilaxia para uma pessoa em risco são sempre os considerados. Desde o ponto de vista coletivo ou comunitário, o estabelecimento de medidas para evitar a transmissão para outras pessoas quando ocorrerem casos não tratados ou sem profilaxia é fundamental. Pode ser estabelecida uma estratégia de redução dos danos resultantes destas intervenções. Infelizmente, nem sempre há uma convergência entre os critérios individuais e coletivos. Outro ponto importante é avaliar o valor potencial na priorização da prevenção, da profilaxia e do tratamento para profissionais de saúde, para profissionais envolvidos no atendimento de primeiros socorros, bombeiros, policiais, funcionários de empresas de fornecimento de água e energia elétrica e de farmácias. Outros funcionários envolvidos em atividades de infraestrutura crítica, tais como transportes e telecomunicações, e de infraestrutura sanitária, tais como lixo e cemitérios, também devem ser incluídos. Os critérios para priorizar o atendimento de pacientes que podem ser utilizados são o de merecimento, de necessidade e de prognóstico. Habitualmente, todos os pacientes que necessitam alguma forma de atendimento no sistema de saúde são atendidos pela sua ordem de chegada, ou seja, em função do

merecimento associado ao fato de ter chegado antes que os demais. Outra possibilidade, muito utilizada em serviços de emergência, é a de classificar os pacientes por risco e atender por ordem de gravidade, ou seja, os que têm maior necessidade de saúde são atendidos em primeiro lugar.

Quando ocorre uma situação de catástrofe, o critério de gravidade é substituído pelo de salvabilidade, oriundo da triagem utilizada em situações de guerra. Nesta situação, os pacientes com melhor prognóstico são atendidos primeiro. O Plano Suíço para atendimento em situações de uma Pandemia de Influenza, estabelecido em 2006, caracterizou abertamente estas três fases: Fase 1 – Todos que necessitam são atendidos por ordem de chegada; Fase 2 – Tratamento dos pacientes mais graves; Fase 3 – Triagem de guerra e catástrofe – critério de salvabilidade. (GOLDIM, 2009, p. 164).

A equidade propicia que ocorra o princípio da integralidade nos serviços em ações de saúde, na medida da necessidade de cada um, em nível de complexidade diferenciado.

Princípios organizacionais

Os princípios denominados como de organização foram aqueles que surgiram com a Lei Orgânica da Saúde (LOS) dentro do ideal das conferências nacionais de saúde, e respeitando os ditames constitucionais. Os princípios organizacionais surgem viabilizando o SUS na prática. São eles: regionalização e hierarquização da rede dos serviços de saúde, descentralização e participação social.

– Regionalização e Hierarquização

Para comentar os princípios de regionalização e hierarquização, deve-se ter em mente que regionalização³² e hierarquização³³ são dois serviços e ações em saúde.

Já se tem conhecimento da direção de cada ente público frente a sua competência, e esse princípio está em perfeita correlação com a gerência dos gestores, “afeto às atribuições

³² **Regionalização:** é um dos princípios que orientam a organização do SUS. Representa a articulação entre os gestores estaduais e municipais na implementação de políticas, ações e serviços em saúde qualificados e descentralizados, garantindo acesso, integralidade e resolutividade na atenção à saúde da população. Significa organizar os serviços de saúde em cada região, para que a população tenha acesso a todos os tipos de atendimento. Quando recebido pelo sistema de saúde, o cidadão será encaminhado para um serviço de saúde de referência daquela região. (BRASIL 2006, p. 24).

³³ **Hierarquização:** a relação entre a União, estados e municípios não possui uma hierarquização. Os entes federados negociam e entram em acordo sobre ações, serviços, organização do atendimento e outras relações dentro do sistema público de saúde. É o que se chama pactuação intergestores. Ela pode ocorrer na Comissão Intergestora Bipartite (estados e municípios) ou na Comissão Intergestora Tripartite (os três entes federados). (BRASIL 2006, p. 8).

dos gestores estaduais e municipais que devem buscar a melhor maneira de garantir a eficiência, a eficácia e a efetividade do SUS, não raro com recursos escassos”. (BRASIL. 2000, p. 32).

Os serviços devem ser organizados a partir dos indicativos, que dão uma perspectiva de atuação: “[...] devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a determinada área geográfica. Planejados a partir de critérios epidemiológicos, e com definição e conhecimento da clientela a ser atendida”. (BRASIL. 2005, p. 27).

– Descentralização

O princípio de descentralização³⁴ segue um comando constitucional, que distribui poder e responsabilidade aos gestores estaduais e municipais.

A municipalização³⁵ permite que o gestor, mais próximo do cidadão, tome as decisões e intervenha na qualidade dos serviços prestados. “Para fazer valer o princípio da descentralização, existe a concepção constitucional do mando único. Cada esfera de governo é autônoma e soberana nas suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade.” (BRASIL. 2005, p. 28).

Um último aspecto que merece destaque é o da complementaridade do setor privado.

Em primeiro lugar, entre os serviços privados devem ser prioridade os não-lucrativos ou filantrópicos. Para a celebração dos contratos, deverão ser seguidas as regras do direito público. Em suma, trata-se de fazer valer, na contratação destes serviços, a lógica do público e as diretrizes do SUS. Todo serviço privado contratado passa a seguir as determinações do sistema público, em termos de regras de funcionamento, organização e articulação com o restante da rede. Para a contratação de serviços, os gestores deverão proceder a licitação de acordo com a Lei Federal n. 8.666/93. (BRASIL, 2005, p. 29)

O gestor municipal percebendo que o setor público se mostra incapaz de atender a demanda programada, a clientela seja por questões normais ou de urgência como a pandemia de Influenza AH1N1, deverá contratar o setor privado, nos ditames da legislação vigente.

³⁴ **Descentralização:** processo de transferência de responsabilidades de gestão para o município, conforme determinações constitucionais e legais do SUS. (BRASIL 2006, p.22).

³⁵ **Municipalização:** estratégia adotada no Brasil que reconhece o município como principal responsável pela saúde de sua população. Permitiu transferir aos municípios a responsabilidade e os recursos necessários para exercerem a gestão sobre as ações e os serviços de saúde prestados em seu território. (BRASIL 2006, p.23).

– Participação popular

A participação da sociedade, o debate democrático, a dedicação e percepção de um sistema universal foi o que proporcionou a criação do SUS.

O controle da saúde pela população brasileira continua a ser um dos fatores de desenvolvimento do SUS, pois, por meio dos Conselhos de Saúde, nos três níveis de governo, é que são levantadas as necessidades e debatidas as melhores estratégias para a ampliação do SUS.

É pela participação popular organizada que são colhidos dados que informam, denunciam ou que indicam soluções ao gestor municipal, pois está mais próximo das necessidades básicas de saúde dos munícipes e que deve buscar a implementação do acesso às diversas políticas públicas, seguindo os princípios do Sistema Único de Saúde.

E, nesse sentido, na tentativa de colaborar com os gestores municipais, demonstrar-se-á como um projeto de lei, de competência do Poder Executivo, poderá viabilizar e legalizar a ampliação do acesso à Política de Prática Integrativa e Complementar no SUS. Para isto, um tópico específico será priorizado neste trabalho de dissertação. Antes disso, faz-se importante demonstrar o conceito de políticas públicas e saúde integral no contexto em descrição.

1.3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E AFINS – ALGUMAS NOTAS

A Saúde no Brasil é um dever do Estado e um direito do cidadão; é, portanto, um direito social. E para por em prática o dever de zelar e promover saúde, dirimindo os agravos de doenças, o governo brasileiro por meio do Ministério da Saúde, edita políticas públicas de saúde. “A função de governar – o uso do poder coativo do Estado a serviço da coesão social – seria, portanto, o fundamento imediato das políticas públicas”. (BUCCI, 1997, p. 3).

Para Barcellos (2007, p. 22), políticas públicas é o meio escolhido pelo Poder Público para realizar as metas constitucionais. Alerta ainda que a Constituição estabelece, como um de seus fins essenciais, a promoção dos direitos fundamentais. “As políticas públicas constituem o meio pelo qual os fins constitucionais podem ser realizados de forma sistemática e abrangente, mas envolvem gastos de dinheiro público” (p.28), motivo que permite controle jurídico-constitucional das políticas públicas. Mas, diz que o controle depende da construção de parâmetros que serão utilizados; da informação acerca da receita e

despesas, e, por fim, de instrumentos de controle legais, legislações, em especial da lei de responsabilidade fiscal e improbidade administrativa.

Mas ainda não se encontra de forma clara na doutrina o que são as políticas públicas. Por qual motivo são editadas?

Bucci (1997, p. 94) comenta que muitas são as abordagens do tema na *Enciclopédia Saraiva do Direito*, observando que falta consenso da doutrina brasileira sobre a forma metodológica de conceituar as políticas públicas. “As definições enfocam ângulos variados, desde as noções mais gerais, como “a política é a teoria, arte e prática do governo, para a direção dos negócios públicos”, até as definições específicas, como “o conjunto de conhecimentos sobre...”; “conjunto de medidas...”, “ação de caráter oficial...”, “ciência e arte de conduzir os assuntos...” A definição mais rigorosa, sob esse aspecto metodológico, é a de política agrária, como “planejamento ou programa de ação governamental para o setor...”, à qual se somam as noções de “plano” e “atualização e adaptação da legislação aos planos governamentais”.

Bucci (1997, p. 90) afirma:

[...]o aparecimento das políticas públicas tem fundamento nos direitos sociais, “ditos de segunda geração, consistem em poderes, que só podem ser realizados se for imposto a outros (incluídos aqui os órgãos públicos) um certo número de obrigações positivas”. A função estatal de coordenar as ações públicas (serviços públicos) e privadas para a realização de direitos dos cidadãos – à saúde, à habitação, à previdência, à educação – legitima-se pelo convencimento da sociedade quanto à necessidade de realização desses direitos sociais.

As políticas públicas não são meras indicações ou recomendações, são normas provenientes do Poder Legislativo e se expressam por meio de leis. “A origem normativa da política pública, mesmo que resulte da iniciativa legislativa do governo, Poder Executivo, é o Poder Legislativo. No sistema constitucional brasileiro, as políticas públicas mais comumente se expressam por meio de leis”.³⁶ (BUCCI, 1997, p. 7).

Para Lucchese (2002, p. 3), políticas públicas caracterizam-se como “conjuntos de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público.

³⁶Veja-se, a propósito, o art. 165 da Constituição de 1988, que define os orçamentos públicos como instrumentos de fixação das “diretrizes, objetivos e metas”(§ 1º), além das “prioridades”(§ 2º) da administração pública. O mesmo artigo fala também em “planos e programas”, confirmando a multiplicidade de formas que podem assumir as políticas públicas. Há, no entanto, políticas que se traduzem em programas de ação, em sentido estrito, como o Programa de Material Escolar, o Programa do Álcool, cujo detalhamento se exprime por meio de formas normativas infralegais, como decretos, portarias ou resoluções, resultados da atividade regulamentar do Poder Executivo. Lembre-se que, no Brasil, inexistem os decretos autônomos, de tal forma que a função normativa da administração se exerce sempre a partir de previsão legal.

Nesse sentido, é possível se conceituar políticas públicas, como: um conjunto de ações, de atos, por parte do Poder Público, que influenciam em diversas áreas da vida dos cidadãos, e que têm por objetivo suprir uma obrigação constitucional.

Entre os direitos sociais constitucionais já citados estão a saúde e o meio ambiente. E muito embora termos distintos, saúde e meio ambiente, como se viu, estão intimamente ligados. Não existe saúde sem um meio ambiente³⁷ natural ou artificial saudável. (MILARE, 2001, p. 64).³⁸ E foi a partir da Constituição de 1988, que as políticas públicas passaram a integrar o campo de ação social.

As políticas públicas em saúde pública integram o campo de ação social do Estado orientado para a melhoria das condições de saúde da população e dos ambientes natural, social e do trabalho. Sua tarefa específica em relação às outras políticas públicas da área social consiste em organizar as funções públicas governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade. (LUCCHESI 2002, p. 4).

Logo, quando editada uma política pública voltada à saúde, terá íntima relação com o meio ambiente e vice-versa.

Comenta Patricia Buss (2000) que a saúde é “causa direta do meio ambiente”,³⁹ onde se vive, e quanto maior a prevenção dos agravos à saúde, maior deve ser a preocupação com a preservação do ambiente, tanto natural quanto artificial.

A história conta que Dom Pedro I determinava já naquela época higienização, saneamento básico, para prevenção de doenças e epidemias. Logo, nem sempre a edição de políticas pública visou a suprir uma obrigação constitucional. A fome, a moradia e o

³⁷ Ver: a conceituação jurídico-legal da expressão "Meio Ambiente" na PNMA junto com a lei 6.938/81.

³⁸ [...] numa concepção ampla, que vai além dos limites estreitos fixados pela Ecologia Tradicional, o meio ambiente abrange toda a natureza original (natural) e artificial, assim como os bens culturais correlatos. Temos aqui, então, um detalhamento do tema: de um lado como meio ambiente natural, ou físico, constituído pelo solo, pela água, pelo ar, pela energia, pela fauna e pela flora; e, do outro, com o meio ambiente artificial (ou humano), formado pelas edificações, equipamentos e alterações produzidos pelo homem, enfim, os assentamentos de natureza urbanística e demais construções. Em outras palavras, quer se dizer que nem todos os ecossistemas são naturais, havendo mesmo quem se refira a “ecossistemas naturais” e “ecossistemas sociais”. Esta distinção está sendo, cada vez mais, pacificamente aceita, quer na teoria quer na prática.

³⁹ Ver: BUSS, P.M (2000) *Promoção da Saúde e Qualidade de Vida*. Ciência & Saúde Coletiva, vol. 5, p. 11. O que, entretanto, vem caracterizar a promoção da saúde, modernamente, é a constatação do papel protagonista dos determinantes gerais sobre as condições de saúde, em torno da qual se reúnem os conceitos do segundo grupo. Este sustenta-se no entendimento de que a saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, e de habitação e saneamento; boas condições de trabalho; oportunidades de educação ao longo de toda a vida; ambiente físico limpo; apoio social para famílias e indivíduos; estilo de vida responsável; e um espectro adequado de cuidados de saúde. Suas atividades estariam, então, mais voltadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente, compreendido num sentido amplo, de ambiente físico, social, político, econômico e cultural, através de políticas públicas e de condições favoráveis ao desenvolvimento da saúde (as escolhas saudáveis serão as mais fáceis) e do reforço (*empowerment*) da capacidade dos indivíduos e das comunidades.

saneamento básico,⁴⁰ que hoje se percebem como questões de direito e nas quais o governo deve intervir mediante políticas públicas, conforme entende Marques (1994, p.47-60), no seu livro *A Medicalização da raça: médico, educadores e discurso eugênico*, não surgiram como direito, ou obrigação, ou até mesmo como preocupação com o próximo, com o cidadão, mas nasceram com racismo.

Discorre a autora que, na época, os doutos ou letrados eram os médicos e advogados, filhos de fazendeiros que não tinham nenhuma simpatia com os pobres, loucos e desocupados, e que de forma sutil, travestida de preocupação com o povo, implantaram o pensamento eugênico muito forte na primeira e segunda década do século passado na Europa. “Pareceriam bastante procedentes, portanto as relações do discurso eugenista⁴¹ com saneamento, higiene e educação uma vez que desfocavam o eixo do pensamento racista de suas características autoritárias para colorir-la de atributos que expressassem o espírito da época.” (MARQUES 1994, p. 62).

A higiene do Brasil, Política Pública voltada a saúde no início do século XIX, tinha caráter coercitivo. A polícia médica⁴² instaurada com a vinda de D. João VI tinha função negativa, pois restringia direitos, impedia os excessos, fiscalizava e punia.

⁴⁰ Lei de Saneamento Básico. Lei 11.445/06, aposta no fomento econômico e cria uma ideologia para viabilizar o saneamento básico no Brasil.

⁴¹ (MARQUES, Vera Regina Beltrão. *A medicalização da raça: médicos, educadores e discurso eugênico*. Campinas: UNICAMP, 1994): Utilizando-se da eugenia como técnica de poder, como instrumento científico por excelência, os eugenistas incorporavam “ao conceber a vida” controles reguladores que se constituíram como verdadeiros reguladores do sexo, a definir a constituição das famílias; os modos de viver e trabalhar; as formas de educar os filhos; a sexualidade normal e as condutas desviantes; os imigrantes que o país suportaria; enfim, os meios de existir, para atingir o progresso biológico e então desfrutar do progresso social. (p. 20).[...] A eugenia vinha, assim, qualificar a higiene como impositora de normas para regular a vida social das populações urbanas, ampliando consideravelmente aquele campo de atuação. Isso porque a eugenia se utilizaria de todos os dispositivos já experimentados pela higiene, desde a ordenação do meio ambiente até os padrões de habitação das diferentes classes sociais, atingindo finalmente o que ainda restaria a disciplinar: a espécie. (p. 27) ..A eugenia apresenta-se como dispositivo dessa tecnologia de duas faces que disciplina a máquina e depura a raça. (p.32).

⁴²O termo *medizinichepolizei*, polícia médica, foi utilizado pela primeira vez na Alemanha, em 1764, por Wolfong Thomas Rau, em seu livro “*Reflexões sobre a utilidade e a necessidade de um regulamento de polícia médica para um Estad*”. O programa da polícia médica, iniciado no final do século XVIII, consistia nos seguintes pontos: registrar os diferentes fenômenos epidêmicos ou endêmicos, obtendo os dados através da observação da morbidade, pela contabilidade solicitada aos hospitais e aos médicos que exercem a medicina nas diferentes regiões da Alemanha; normalizar o ensino através de um controle pelo Estado dos programas de ensino e da atribuição dos diplomas; criar um departamento especializado para coletar informações transmitidas pelos médicos, e para controlar a atividade dos profissionais de saúde com a população; e, finalmente, a criar um corpo de funcionários médicos competentes, nomeados pelo governo, para interferir diretamente, com o seu conhecimento e sua autoridade, sobre uma determinada região. A polícia médica deveria ocupar-se, ainda, dos problemas referentes à limpeza urbana que eram os maiores responsáveis pelo surgimento de doenças nas cidades alemãs. (MIRANDA, 2009)

Desde o período de colônia até a atualidade “um pacto tácito se estabelece entre Estado e medicina. O Estado reconhece na medicina o suporte da ciência para respaldar suas ações políticas, logo medicaliza-as”. (HORA, 2009).

A medicalização⁴³ é a interação do saber médico com os fatos sociais, “é a maneira como a jurisdição da medicina moderna vem se expandindo nos últimos anos, abrangendo, atualmente, muitos problemas que inicialmente não eram definidos como entidades médicas”. (HELMAN, 2003, p. 153) e, muito embora alvo de críticas de historiadores e sociólogos, a medicalização é para o Ministério da Saúde fator essencial nas políticas públicas de Saúde.

Mas o que são essas práticas integrativas e complementares? O que pretende o governo editando a Portaria 971 do MS?

A Portaria 971 do Ministério da Saúde foi editada para justificar e aprovar a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Nela, o governo, observando o que aconselha a OMS, quanto à quantidade de doentes e gastos e a qualidade de tratamento e saúde nos países pobres, aceita a orientação de que a utilização da medicina tradicional e da medicina tradicional chinesa de outras terapias serão viáveis para o país, se implantadas no SUS.

Transcreve-se na íntegra os motivos e argumentos que embasaram a Portaria.

Considerando o disposto no inciso II do art. 198 da Constituição Federal, que dispõe sobre a integralidade da atenção como diretriz do SUS;

⁴³ Medicalização é o processo pelo qual o modo de vida dos homens é apropriado pela medicina e interfere na construção de conceitos, regras de higiene, normas de moral e costumes prescritos – sexuais, alimentares, de habitação – e de comportamentos sociais. Esse processo está intimamente articulado à ideia de que não se pode separar o saber – produzido cientificamente em uma estrutura social – de suas propostas de intervenção na sociedade, de suas proposições políticas implícitas. A medicalização tem, como objetivo, a intervenção política no corpo social. Outro uso frequente do termo é “medicalização do social”, expressão que possui um campo semântico amplo, podendo se referir a uma série diferenciada de fenômenos, o que impõe que se especifiquem alguns aspectos que podem estar a ele associados. Essa expressão pode ser entendida como a forma pela qual a evolução tecnológica vem modificando a prática da medicina, por meio de inovações dos métodos de diagnóstico e terapêutico, da indústria farmacêutica e de equipamentos médicos; por outro lado, pode ser usado numa referência às consequências que acarretam para o jogo de interesses envolvidos na produção do ato médico. Embora esses e outros sejam fatores reais que propiciam a reprodução do processo de medicalização, não é diretamente desse conjunto de fenômenos que se vai tratar. O fenômeno da medicalização social surge e se desenvolve, historicamente, no contexto das sociedades disciplinares, tal como foi analisado por Foucault, em vários de seus estudos. Esse fenômeno promoveu a ampliação do campo de função da medicina, estendendo-o ao plano político. Razão médica e ciência moderna são focos dos estudos de Madel Luz, que continuam se ampliando no Instituto de Medicina Social da UERJ, no grupo de pesquisa sobre Racionalidades Médicas, produzindo matriz teórica para muitos trabalhos já publicados e outros em andamento, dentre eles teses e dissertações. (HORA, 2009.) (Cfe.. LUZ, Madel Therezinha. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro, Campus, 1988; LUZ, Madel Terezinha. *Racionalidades médicas: diagnose e terapêutica: médicos e pacientes no dia-a-dia institucional*. (Relatório técnico final da segunda fase do projeto Racionalidades Médicas). Rio de Janeiro, Departamento de Planejamento e Administração em Saúde, Instituto de Medicina Social, UERJ, 1997. Conforme também, a série de relatórios, seminários e trabalhos produzidos para o Projeto Racionalidades Médicas, arquivados na biblioteca do IMS/UERJ).

Considerando o parágrafo único do art. 3º da Lei n. 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 que a Organização Mundial da Saúde (OMS) vem estimulando o uso da Medicina Tradicional/Medicina Complementar/Alternativa nos sistemas de saúde de forma integrada às técnicas da medicina ocidental modernas e que em seu documento “Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005” preconiza o desenvolvimento de políticas observando os requisitos de segurança, eficácia, qualidade, uso racional e acesso;

Considerando que o Ministério da Saúde entende que as Práticas Integrativas e Complementares compreendem o universo de abordagens denominado pela OMS de Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa – MT/MCA;

Considerando que a Acupuntura é uma tecnologia de intervenção em saúde, inserida na Medicina Tradicional Chinesa (MTC), sistema médico complexo, que aborda de modo integral e dinâmico o processo saúde-doença no ser humano, podendo ser usada isolada ou de forma integrada com outros recursos terapêuticos, e que a MTC também dispõe de práticas corporais complementares que se constituem em ações de promoção e recuperação da saúde e prevenção de doenças;

Considerando que a Homeopatia é um sistema médico complexo de abordagem integral e dinâmica do processo saúde-doença, com ações no campo da prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde;

Considerando que a Fitoterapia é um recurso terapêutico caracterizado pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas e que tal abordagem incentiva o desenvolvimento comunitário, a solidariedade e a participação social;

Considerando que o Termalismo Social/Crenoterapia constituem uma abordagem reconhecida de indicação e uso de águas minerais de maneira complementar aos demais tratamentos de saúde e que nosso País dispõe de recursos naturais e humanos ideais ao seu desenvolvimento no Sistema Único de Saúde (SUS); e

Considerando que a melhoria dos serviços, o aumento da resolutividade e o incremento de diferentes abordagens configuram, assim, prioridade do Ministério da Saúde, tornando disponíveis opções preventivas e terapêuticas aos usuários do SUS e, por conseguinte, aumentando o acesso, resolve:

Art. 1º. Aprovar, na forma do Anexo a esta Portaria, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde.

Parágrafo único. Esta Política, de caráter nacional, 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.

Art. 2º. Definir que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema da Política ora aprovada, devam promover a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades, na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas.

Art. 3º. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

(JOSÉ AGENOR ÁLVARES DA SILVA – Ministro da Saúde).

A prioridade à prevenção da saúde, de forma natural, que recomenda a Política Nacional, mediante a utilização de técnicas ou práticas de medicina tradicional/complementar e de medicina tradicional chinesa, delibera aos gestores do SUS que regulamentem nos estados e municípios o caráter multiprofissional sugerido. A política pública, que tem caráter normativo de lei, tem por objetivo viabilizar, programar e alcançar os ditames do parágrafo único do art. 3º da Lei 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.

Bem-estar físico, mental e social é saúde integral. E essa visão de saúde, que considera o homem saudável de forma integral, é o que se chama visão holística de saúde. Para tal, a Organização Mundial da Saúde (OMS) indica as Medicinas Tradicionais e Chinesas, nas quais práticas terapêuticas milenares objetivam a prevenção da saúde humana, tratando o indivíduo como um todo e não de forma fragmentada.

É preciso compreender, com efeito, que “a organização do mundo está inscrita no interior da nossa própria organização viva. Assim, o ritmo cósmico da rotação da Terra sobre si mesma, que faz alternar o dia e a noite, encontra-se também no interior de nós, sob a forma de um relógio biológico interno”. in E Morin, *La pensée écologisé*. (OST, 1997, p. 292).

Em relação a esse tipo de saúde, holística, preventiva, seguindo e aderindo ao clamor de vários grupos nacionais e internacionais e nos moldes do que preconiza a Organização Mundial de Saúde (OMS), foi editada a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde (SUS).

A integração da saúde com o meio ambiente é preservada nas terapias alternativas e complementares: termalismo, crenoterapia e fitoterapia são práticas que visam à saúde pela manipulação de insumos naturais. Essa abordagem se dará no próximo capítulo.

2 POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

La medicina tradicional, complementaria y alternativa suscita un amplio abanico de reacciones, desde el entusiasmo no crítico hasta el escepticismo no informado.(OMS, 2002, p.1)

Antes de discorrer sobre esse tema, é importante lembrar que, no Brasil, até 3 de maio de 2006, quando foi publicada pela Portaria 971 do Ministério da Saúde (MS), a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), no SUS a medicina oficial de atenção à saúde era a ocidental, ensinada nas Escolas Superiores de Medicina do Brasil.

Com a publicação da PNPIC, o Ministério da Saúde deixa clara a intenção de dar condições a todos os brasileiros de encontrar no SUS acesso a serviços e o incremento de diferentes abordagens de atenção básica à saúde, tornando disponíveis opções preventivas e terapêuticas antes restritas à prática de cunho privado.

Ao atuar nos campos da prevenção de agravos e da promoção, manutenção e recuperação da saúde baseada em modelo de atenção humanizada e centrada na integralidade do indivíduo, a PNPIC contribui para o fortalecimento dos princípios fundamentais do SUS. Nesse sentido, o desenvolvimento desta Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares deve ser entendido como mais um passo no processo de implantação do SUS. Considerando o indivíduo na sua dimensão global – sem perder de vista a sua singularidade, quando da explicação de seus processos de adoecimento e de saúde –, a PNPIC corrobora para a integralidade da atenção à saúde, princípio este que requer também a interação das ações e serviços existentes no SUS. Estudos têm demonstrado que tais abordagens contribuem para a ampliação da co-responsabilidade dos indivíduos pela saúde, contribuindo assim para o aumento do exercício da cidadania. (BRASIL, 2006, p. 5).

Mas, muito embora a iniciativa da PNPIC, os gestores do SUS ainda não conseguiram acolher as práticas de Medicina Tradicional e Medicina Tradicional Chinesa, porque a legislação brasileira é carente de regulamentação de muitas atividades trazidas na política nacional, e também porque os gestores continuam a entender que somente os profissionais da área de saúde (médicos, enfermeiros, farmacêuticos e outros com graduação superior) são capazes e legítimos a praticarem tais formas de atenção e assistência à saúde.

Mas, no que consistem as práticas da Medicina Tradicional (MT) dos índios, dos quilombolas, dos ribeirinhos, popular, e da Medicina Tradicional Chinesa (MTC)? O que se deve conhecer sobre práticas corporais (*lian gong, chi gong, tuina, tai-chi-chuan*); práticas mentais (*meditação*); orientação alimentar, e o uso de plantas medicinais (fitoterapia

tradicional e chinesa), relacionadas à prevenção de agravos e de doenças, à promoção e à recuperação da saúde?

Não bastando a falta de conhecimento sobre as práticas integrativas e complementares tem-se ainda um fator impeditivo fortíssimo ao sucesso e à ampliação das Práticas Integrativas e Complementares no SUS, que é a posição adotada pela classe médica, que, muito embora seja uma das profissões mais antigas de que se tem conhecimento, e regulamentada pelo Ministério da Saúde, ainda não tem regulamentado em lei o alcance do seu exercício.

Para os médicos, todo ato médico deve ser de sua responsabilidade, e esse entendimento forjou-se ao longo dos anos, dando ao profissional médico *status* e poder.

Na sociedade moderna, novas áreas de conhecimento na saúde foram surgindo e delimitando o alcance do seu exercício profissional. As profissões de saúde, como: Psicologia, Enfermagem, Odontologia, Fisioterapia, Farmácia entre outras, têm regulamentado por lei seu exercício profissional. Isso incomoda as entidades médicas que entendem que o ato médico, todo e qualquer ato relacionado à saúde e cura seria atividade do médico. Isso se reflete claramente nos pedidos de proteção do ato médico, em muitas ações judiciais em todo o País.

O médico ainda não tem regulamentado e delimitado seu campo de atuação. O exercício da Medicina (ato médico) espera aprovação do Projeto de Lei 268/2002 do Senado que, na Câmara dos Deputados, recebeu nova identificação: PL 7.703/06.⁴⁴

A informação mais recente, enquanto deste trabalho, é que, em 24 de outubro de 2009, a Câmara dos Deputados aprovou o projeto PL 7.703/06, nos termos do relator Dep. José Carlos Aleluia, e será encaminhado ao Senado para aprovação e sanção do presidente da República.

Ver anexo a redação final do substitutivo da Câmara dos Deputados ao Projeto de Lei nº 7.703-C de 2006 do Senado Federal.

E a Medicina que, ao longo dos séculos, perdeu ou distorceu a ideia de seu criador, Hipocrates,⁴⁵ busca até hoje assumir tudo e todos os comandos que dizem respeito à cura dos

⁴⁴ **Projeto de Lei propõe regulamentação do exercício da Medicina.** Originado no Senado Federal, o projeto de lei do ato médico tramita no Congresso Nacional desde 2002 e, de autoria do senador Geraldo Althoff (PFL-SC), o PLS 25/02 propõe a regulamentação do exercício profissional da Medicina. O Projeto de Lei do Senado n.268/02, de autoria de Benício Sampaio (PPB-PI), também versa sobre esse assunto e, em respeito ao regimento da Casa, foi apensado ao PLS 25/02 para garantir economia processual. Atualmente, o projeto que regulamenta o ato médico está na Câmara dos Deputados sob a numeração 7.703/06.

indivíduos. Mas nem todos os profissionais persistem com a visão materialista e racional de Medicina, tanto que essa visão vem aos poucos mudando. Entre o corpo médico de alguns postos de saúde se encontram profissionais que não buscam mais do que a cura de doenças, mas a saúde integral do paciente.

Acredita-se que a mudança de postura será gradual, pois tanto os gestores como os médicos do Sistema Único de Saúde (SUS) precisam conhecer e aceitar as Práticas Integrativas. Infelizmente, para o usuário, ainda existe resistência dos médicos do SUS as terapias de práticas integrativas e há incentivo a essa resistência por parte dos órgão de classe dos médicos.

Muito embora ainda não aprovado o PL (Projeto Lei) e, portanto, regulamentado o exercício da Medicina, o Sindicato dos Médicos do RS (SIMERS) diz que “Medicina é uma profissão praticada somente por quem se formou nas Faculdades reconhecidas pelo Ministério

⁴⁵FREIRE, Gilson; SALGADO., Mauro Ivan. Estudo apresentado no Simpósio *Saúde e Espiritualidade*, realizado na Faculdade de Medicina da UFMG em junho de 2006. Posteriormente, foi transformado no capítulo introdutório do livro *Saúde e Espiritualidade*, lançado pela Editora Inede em novembro de 2008. Medicina hipocrática: No século V a.C., Hipócrates (460-377 a.C.) fundou, na ilha grega de Cos, a primeira escola formalmente instituída de Medicina da história. Reconhecido como o Pai da medicina, ele estabeleceu uma ciência médica fundamentada na existência da alma, conferindo ao enfermo o perfeito critério de unidade. Embora admitisse a participação dos humores, para Hipócrates a doença era uma perturbação do espírito e não processos independentes dos órgãos físicos. A Escola de Cos, como ficou conhecida a instituição por ele criada, procurava ressaltar os aspectos do temperamento e da constituição na concepção e na gênese da enfermidade, preconizando a existência de doentes e não de doenças. Essa escola esboçou a primeira ideia de um princípio unificador e diretor do organismo, chamado *eidolon*, considerado uma psique individual, trazendo já a mesma conceituação que hoje se dá à alma.

Hipócrates, a quem se atribui ainda o juramento médico, dizia que havia na natureza dos seres vivos um duplo dinamismo que os fazia crescer e movimentar-se, oriundos de um princípio de ação imaterial denominado *animus* (aquilo que anima). Tal força atuaria pelo cérebro, nutrindo e animando os corpos biológicos, conferindo-lhes a vida, sendo então compreendida como a própria alma dos seres vivos. Essa alma, que se desprenderia com a morte, advinha de um sopro vital (*pneuma*), uma espécie de ar que penetrava no corpo ao nascer, vitalizando-o e preenchendo, em graus de diferenciadas qualidades os seus diversos órgãos, sendo mais puro no cérebro, onde operavam as maravilhas do pensamento. Assim, segundo esse pensador, a vida seria um campo energético a irradiar-se da alma.

Para Hipócrates, a alma e a sua força vital eram um só princípio, compondo o pensamento animista, o qual admitia a existência de um domínio imaterial que organiza, movimenta, vivifica e confere unidade ao todo orgânico. E, nos seres humanos, proporcionaria ainda as propriedades do pensamento e das emoções. Assim, pode-se considerar Hipócrates como o pai da moderna teoria espiritualista da vida e, inclusive, do pensamento homeopático, que igualmente se vale de suas originais ideias. E, de fato, revela a história que Samuel Hahnemann, o fundador da homeopatia, alicerçou seus ensinamentos no *Corpus Hippocraticum*, a principal das poucas obras do grande pensador grego que chegou aos nossos dias.

Estabeleceu ainda o Pai da medicina a noção de um princípio organizador – a *Physys* – um comando inerente às potências da alma, oriundo de sua intrínseca sabedoria, que se responsabilizava pela manutenção da saúde, trazendo em si a possibilidade da própria cura. Compreendia, assim, o grande sábio que o organismo seguia uma via natural da cura (*vis medicatrix naturae*), que o médico deveria conhecer e limitar-se a seguir. “A *Physys* é o médico das enfermidades, fazendo sem auxílio o que convém” – dizia, induzindo o terapeuta a agir simplesmente como um servidor dessa natural e inteligente pulsão diretora. “A natureza é o médico, ela encontra uma maneira e age sem os médicos” – completava, renunciando que a medicina intervencionista do futuro corria o risco de acarretar sérios prejuízos para os enfermos. E, recomendando ao homem servir-se da natureza como o manancial por excelência de recursos terapêuticos para seus males, deixou claro: “Seja o teu alimento o teu medicamento, e o teu medicamento, o teu alimento.”

da Educação, e possui registro num CRM” (SIMERS VII, 2009, P. 21) e ajuíza ações,⁴⁶ buscando impedir os cursos de Medicina Tradicional, Alternativa e Medicina Tradicional Chinesa.

O Simers critica duramente a propaganda de cursos de “práticas alternativas”.

MEDICINA TRADICIONAL

Tendo em vista o recente oferecimento de cursos de “Medicina Tradicional”, “Ayurvédica”, “Ambiental”, “Chinesa” e “Ecológica”, entre outras, o SIMERS informa:

A Medicina é única. Para exercê-la no país, é necessário atender à legislação educacional e ter registro no Conselho Regional de Medicina.

Qualquer outro exercício da Medicina é ilegal, delito punido com pena de prisão, conforme o artigo 282 do Código Penal.

O SIMERS já obteve liminar da Justiça Estadual proibindo o funcionamento dos cursos e do uso das expressões “medicina e médico”, sob pena de multa diária de R\$ 10.000,00 aos responsáveis.

Com isso, fica protegida a saúde pública e resguardados terceiros de boa-fé.

A defesa do ato médico é garantia de respeito à população e da qualidade no seu atendimento.

A Verdade faz bem à Saúde.

Porto Alegre, 26 de agosto de 2009.

MD. Paulo de Argollo Mendes
Presidente

MD Maria Rita de Assis Brasil
Vice-presidente

(SIMERS 2009, p. 21)

O estímulo negativo da classe médica em relação às PIC é evidente e público no Rio Grande do Sul, mas, felizmente, não são em todos os estados da Federação que a força sindical está tendo poder de persuasão.

O projeto de lei deixa claro que o ato médico deve respeitar o exercício de outras profissões de saúde. Então se conforme o art. 6º do PL 7.703/06, a denominação de “médico” é privativa dos graduados em cursos superiores de Medicina cujo exercício da profissão está inscrito no Conselho Regional de Medicina, com jurisdição na respectiva unidade da Federação, por qual motivo a classe médica se arvora contra as práticas alternativas e complementares (PIC), se estas não obstam o exercício de sua profissão? Ao contrário foi publicada com a intenção de beneficiar o paciente, objetivo maior do juramento médico.

Por qual motivo então esses profissionais acreditam que só esta categoria pode usar o termo medicina? O vocábulo *medicina* – ciência de debelar ou atenuar as doenças– não é marca registrada (INTERNET, 2009) do Conselho Regional de Medicina (CRM), portanto, não sendo, qualquer brasileiro, pessoa física ou jurídica, pode usar o vocábulo.

Assim, a preocupação é descabida e ilegítima.

⁴⁶ Ação Civil Pública n. 001/10902097117 e n. 001/10700283912. Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul.

A Medicina, ou arte de prevenir, atenuar os agravos e restabelecer a saúde é uma ciência que nasceu empírica com Hipócrates e, ao longo dos séculos, pela vontade dos homens em racionalizar tudo e todas as coisas, passou a ser uma ciência⁴⁷ – biociência, tecnológica, onerosa aos cofres públicos, nem sempre eficaz e muitas vezes desumana nos seus efeitos. “A técnica produzida pelas ciências transforma a sociedade, mas também, retroativamente, a sociedade tecnologicizada transforma a própria ciência.” (MORIN, 2005, p, 20).

A Medicina ocidental, biociência, por seus profissionais, trabalha com o corpo humano de forma fragmentada, em partes, por especializações, utilizando-se de exames de alta complexidade tecnológica, o que é um mérito dos cientistas brasileiros e do mundo que fazem todo o possível para descobrir a cura das doenças, mas que, na maioria das vezes,, exigem dos pacientes tratamentos prolongados, especializados com medicamentos caros sem contudo, oferecer ao paciente a informação de que ele, paciente, é o ator principal no ato cura e não o coadjuvante, e esse é um dos motivos da preocupação do SUS, que tem sob sua responsabilidade um custo mensal alto e nem sempre eficaz.

⁴⁷ FREIRE e SALGADO. Estudo apresentado no Simpósio *Saúde e Espiritualidade*, realizado na Faculdade de Medicina da UFMG em Junho de 2006. Posteriormente, foi transformado no capítulo introdutório do livro *Saúde e Espiritualidade*, lançado pela Editora Inede em novembro de 2008. **A Medicina na visão científica.** Crise no Cânone Aristotélico: Nasce a Ciência. O universo judaico-cristão estava, contudo, destinado a sucumbir ante as evidências do pensamento científico que nascia no final da Idade Média. O heliocentrismo de Nicolau Copérnico, retirando a Terra do centro do cosmo, cuidou de dismantelar as esferas vítreas do firmamento; Galileu, implementando a matemática na natureza, destituiu a ação miraculosa de Deus; Descartes, priorizando o uso da razão, dispensou o fideísmo; e Newton, descobrindo a existência de leis no gerenciamento da fenomenologia universal, uniu o Céu à Terra e retirou o Criador do comando do universo. A ciência, que nascia com o sacrifício de Giordano Bruno, o brilhantismo de Descartes, o cientificismo de Galileu e a exata matemática de Isaac Newton, sepultava de vez o sonho humano de encontrar o paraíso celeste logo ali, depois das últimas estrelas do firmamento. O universo perdia o seu encanto e entreabria as suas portas ao infinito. Deus, sem o seu trono, situava-se agora muito além da concepção humana, nos rincões do incomensurável. Uma nova paisagem paradigmática se descortinava à compreensão humana, mostrando-lhe então um cosmo ilimitado, a se mover segundo inerentes fundamentos matemáticos e feito de engrenagens perfeitas e automáticas – assemelhava, portanto, a uma imensa máquina, a funcionar não mais sob os caprichos divinos, mas por suas próprias e automáticas leis. O cânone aristotélico entra em decadência. E logo o homem cuidaria de dispensar Deus do comando da criação. Compelida pela necessidade de alimentar-se com fundamentos estritamente lógicos, a amadurecida mente humana enveredou-se por uma nova e poderosa corrente de idéia, a carrear o seu progresso: o iluminismo. Representada por Descartes e Voltaire na França e Kant na Alemanha, essa importante revolução cultural investiu-se veementemente contra a intervenção da Igreja na condução do conhecimento. Ante os renovados alvites que se implantavam, fazia-se premente agora “ousar interrogar”, nas palavras de Kant, caracterizando esse importante movimento que embasou o nascimento da ciência. Inicia-se, através dos enciclopedistas franceses, uma revisão do conhecimento humano em bases racionais, seguindo a orientação do iluminismo e em oposição ao antigo fideísmo medieval. A razão transpôs os domínios da fé e a ciência se instalou como a nova orientadora da jornada humana, em busca das verdades que se escondem na intimidade fenomênica do universo. Surgia assim a metodologia científica moderna, fundamentada no pressuposto de se alcançar o conhecimento através da pesquisa objetiva e do estrito uso da razão. E demarcava-se o nascimento do mecanicismo, o qual logo iria imperar igualmente na medicina, estruturando-se um corpo conceitual que passou a ver o homem também como uma máquina, refletindo a nova visão de mundo que então se estabelecia.

Essa realidade, no SUS, onera os cofres públicos e se reflete em toda a população, logo, onerando o cidadão brasileiro.

O SUS, que é um sistema de saúde pública, gasta milhões de reais por ano para assistir todos os que ao sistema recorrem, e nem sempre consegue dar a assistência almejada – saúde para todos – ou o fim específico “atenção básica” e “prevenção de agravos”.

Diz Mendes (Apud SIMERS VII, 2009, p. 15) que a Medicina está em crise, tanto por culpa de alguns médicos, como por formação deficiente oferecida em Faculdades de Medicina que proliferam no Brasil.

A crise na Medicina hoje praticada pode ser medida pela insatisfação dos pacientes; pelo número crescente de litígios e pedidos de reparações ou indenizações por serviços médicos; pela busca judicial por medicamentos, tratamentos, exames e pela crescente procura aos métodos de terapias tradicionais. “Ainda que a biomedicina seja a ideologia de tratamento e de cura dominante no mundo todo, muitos acreditam que ela esteja em crise – ao menos no mundo ocidental.” (HELMAN 2003, p.93).

Mas, paradoxalmente, foi por meio da ciência, da biomedicina, por sua biotecnologia aliada aos conhecimentos da psicanálise, da física quântica⁴⁸, e de outras faces do conhecimento científico, que se “descobriu” ou “aceitou” a característica espiritual (não física) da saúde. “A Associação Britânica de Medicina Holística vê o surgimento e o crescimento da medicina holística como algo que “representa uma tentativa de curar a própria ciência médica por meio da re-integração das dimensões psicológicas e espirituais ao cuidado à saúde.” (HELMAN 2003, p. 101).

Sob esse aspecto e ótica é que se demonstrará que os Sistema Único de Saúde brasileiro, único no mundo ressalvado na Constituição, com o respaldo da PNPIC, por seus gestores, deve ampliar por questão de ordem legal, o acesso dos usuários às terapias elencadas na Política Nacional, acolhendo os diversos setores de assistência à saúde por profissionais nos limites do exercício de sua atividade.

2.1 SETORES DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE

⁴⁸ A teoria quântica revela, assim, uma unidade básica no universo. Mostra-nos que não podemos decompor o mundo em unidades menores dotadas de existência independente. À medida que penetramos na matéria, a natureza não nos mostra quaisquer “blocos básicos de construção” isolados. Ao contrário, surge perante nós como uma complicada teia de relações entre as diversas partes do todo. (CAPRA, 1975, p. 58).

Helman (2003, p. 72) diz que, em uma sociedade complexa, é possível se identificar três setores sobrepostos e interligados à assistência à saúde: o setor informal, o setor popular (*folk*) e o setor profissional.

O Brasil tem uma sociedade complexa, multicultural, com um sistema público de saúde voltado à atenção básica e que tem como foco a prevenção e minimização de agravos em saúde como já visto anteriormente.

Essa sociedade multicultural também tem, em sua estrutura, setores de assistência à saúde.

2.1.1 Setor informal

Esse setor é o do leigo, não profissional, não especializado. E nesse setor que efetivamente começa a atenção à saúde. E a mulher, mãe, avó, tia, amiga são as provedoras desse serviço de cuidado primário em saúde. Geralmente são as mulheres da família que “diagnosticam a maior parte das enfermidades comuns e as tratam com os materiais disponíveis”. (HELMAN, 2003, p.73).

Neste setor informal ocidental ou oriental: família, amigos, vizinhos é onde se dá a efetiva assistência a saúde, pois todos aqueles que de uma maneira ou outra dão o cuidado primário a pessoa que está sob seu cuidado ou que é de seu círculo de parentesco ou amizade, proporciona aquela a atenção básica de saúde.

No setor informal também se encontram as organizações religiosas, os rituais, as orações sem custo para o enfermo.

Nesse setor, a benzedura das benzedadeiras, na sua maioria pessoas com pouco ou nenhum estudo e que não cobram, pois se consideram portadoras de um especial poder de cura, são práticas tradicionais reconhecida por “alguns médicos, principalmente da área rural do Estado, porque faz parte do dia-a-dia do nosso povo e não intervém nas suas decisões”. (S’ANTANA, 2007, P. 11-13).

Dentre essas práticas utilizadas até os dias atuais, inclui-se um conjunto de crenças sobre a manutenção da saúde.

Essas crenças são, normalmente, um conjunto de diretrizes específicas a cada grupo cultural, que tratam do comportamento ‘correto’ para evitar a falta de saúde no próprio indivíduo e nos outros. Elas incluem crenças sobre o modo saudável de comer, beber, dormir, vestir-se, trabalhar, rezar e conduzir a vida em geral. Em algumas sociedades, a saúde também é mantida pelo uso de talismãs, amuletos e emblemas religiosos para afastar o azar, inclusive as enfermidades inesperadas, e atrair sorte e saúde. (HELMAN, 2003, p. 73).

No contraponto, os efeitos negativos desse setor informal cria um dos fatos mais comuns dos dias atuais e mais perniciosos à saúde física e mental, que é a automedicação e a dependência química medicamentosa.

2.1.2 Setor popular

Segundo Helman (2003, p.75), é no setor popular, que é especialmente extenso em sociedades industrializadas e não industrializadas, que se encontram indivíduos que se especializam em formas de cura *sagradas* ou *seculares* ou em uma mistura de ambas. Esses curandeiros não pertencem ao sistema médico oficial e ocupam uma posição intermediária entre os setores informal e profissional. Dependendo da sociedade, “existe grande variação nos tipos de curandeiro popular, desde especialistas puramente seculares e técnicos até curandeiros espiritualistas, clarividentes e xamãs”, cada um com seu estilo e ponto de vista.

Em toda comunidade, rural ou urbana, indígenas, quilombolas, do Brasil ou do mundo, existe um curandeiro, técnico ou espiritualista, um guru, um xamã, um mago, um herborista, um terapeuta tradicional. Estes praticam a Medicina Tradicional, e o fazem por dom ou porque aprenderam com seus antepassados e têm a responsabilidade de transmitir os conhecimentos culturais às futuras gerações.

Mas não só benzeduras e benzedoras fazem parte desse segmento, também parteiras, mulheres que “tinham que ter uma vocação para a espera e solidariedade. Talvez a relação da força dessas parteiras e o ato em si de fazer o parto seja a melhor tradução do que significa obstetrícia, que vem do verbo *obstário*, do latim, que significa esperar, aguardar”. (S’ANTANA, 2006, p. 12). Ainda, arrumadores de ossos quebrados ou deslocados, raizeiros, mambos do vodu, sacerdotes, profetas, pessoas que curam pela fé, integram o setor popular.

Nesse grupo, também se encontram os técnicos em terapias da Medicina Tradicional Chinesa e Medicina Complementar (fitoterápicos, homeopatia, crenoterapia) que, na grande maioria, não são médicos ou outro profissional de saúde, mas indivíduos que, por afinidade com tratamentos naturais, buscaram conhecimento com quem já detinha a técnica milenar.

Helman (2003, p. 78) argumenta que a cautela é a melhor forma de encarar as escolhas. Comenta ainda que os curandeiros têm poderes de cura natos ou adquiridos, e descrevem as formas de escolha do indivíduo, que nasce sem o “dom” para que seja um escolhido a futuro curandeiro, alertando “é importante ver os curandeiros populares de forma equilibrada e evitar tanto uma superidealização quanto um excesso de crítica. A maior parte

dos médicos tendem a ver os curandeiros tradicionais como trapaceiros, charlatões, feiticeiros ou midicastro, que representam um perigo à saúde dos seus pacientes”. (p.79). Aborda esse autor as intenções da Declaração de Alma-Ata e diz que a OMS passou a recomendar que a Medicina Tradicional, que foi redefinida como aliada em potencial ao invés de inimiga, fosse promovida, desenvolvida e integrada onde quer que fosse possível com a Medicina Científica moderna, mas enfatizou a necessidade de se garantir respeito, reconhecimento e colaboração entre os representantes dos vários sistemas envolvidos.

Posteriormente, far-se-á uma abordagem específica de cada terapia descrita na política pública quando especificamente se tratar das Medicinas Tradicionais e Complementares.

2.1.3 Setor profissional

Neste item restringe-se a abordagem às ações de profissionais do SUS.

O Sistema Único de Saúde, para alcançar seu objetivo que é a Atenção Básica, implementa algumas ações por meio de estratégias que visam a alcançar grupos específicos, como adolescentes, DST, Saúde da Família, Drogadição, entre outras.

São muitas as ações dos profissionais ligados ao SUS, no cumprimento das mais diversas políticas públicas, mas, considerando o objetivo “atenção básica à saúde” elege-se para esta análise poucos programas com o mesmo objetivo da PNPIC – prevenção de agravos e atenção básica e que se valem de indivíduos com atividades voltadas à saúde – os agentes de saúde.

Para tanto, a prevenção de doenças, por meio do Programa Saúde da Família (PSF) e do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS); a desnutrição, no Programa de Recuperação Nutricional, e o mais recente que visa não só à prevenção de agravos, mas também fornecer informação e conscientização a crianças, pelo Programa de Saúde na Escola, foram os programas eleitos para análise.

O Programa de Saúde da Família (PSF) teve, como um dos criadores e estrategistas o médico Adib Jatene (SAÚDE DA FAMÍLIA, 2008, p. 6 – 7), diretor do HCor e ex-ministro da Saúde. O programa que era de Médico de Família, desde 1993 reconhecia que no setor informal com o auxílio e participação da família e comunidade, é possível fazer prevenção em saúde. O Programa de Saúde da Família (PSF) tem por objetivo atuar na manutenção da saúde e na prevenção de doenças, alterando, assim, o modelo de saúde centrado em hospitais.

Para tanto, capacita pessoas da comunidade – agentes de saúde⁴⁹ – pois estas convivem diretamente com a comunidade, conhecem as deficiências e necessidades da família e do meio onde vivem, propiciando assim uma assistência básica em saúde mais efetiva.

Importante às comunidades, esses programas vêm melhorando a qualidade de vida dos brasileiros, diminuindo os agravos e alcançando os objetivos de atenção básica, desde sua implantação em 1994.

Histórico de cobertura do PSF

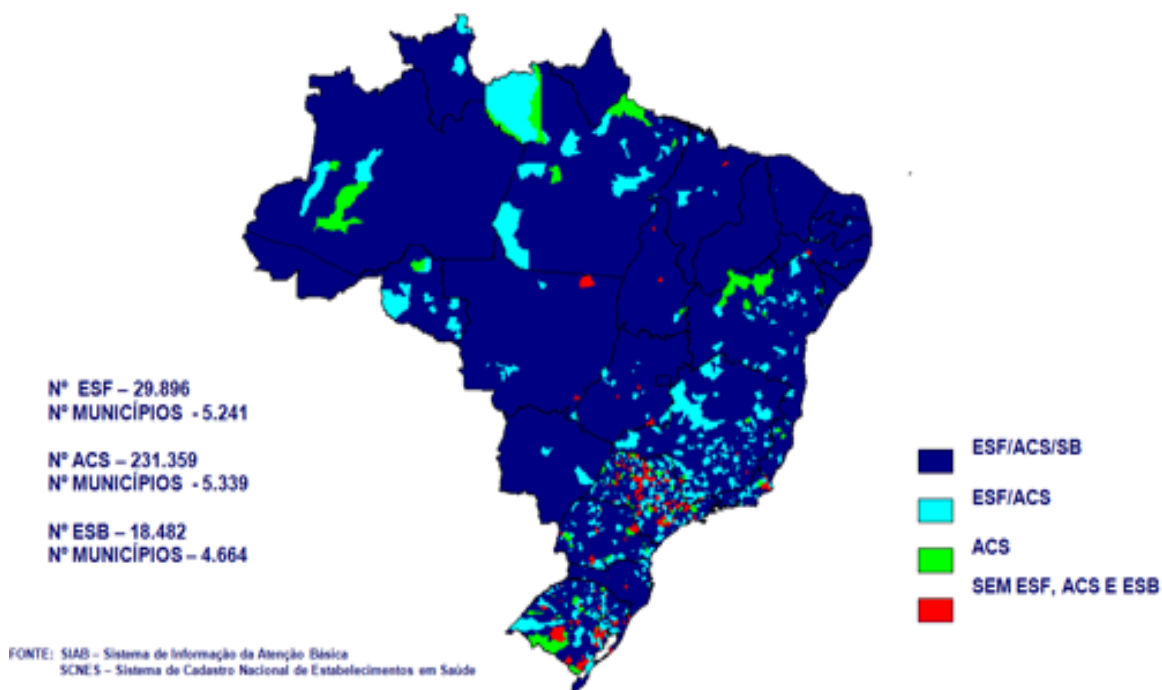


Figura 1: situação de implantação de equipes de saúde da família, saúde bucal e agentes comunitários de saúde Brasil - agosto/2009

⁴⁹ Lei 11.350/2006. Regulamenta as atividades dos agentes comunitários de saúde.

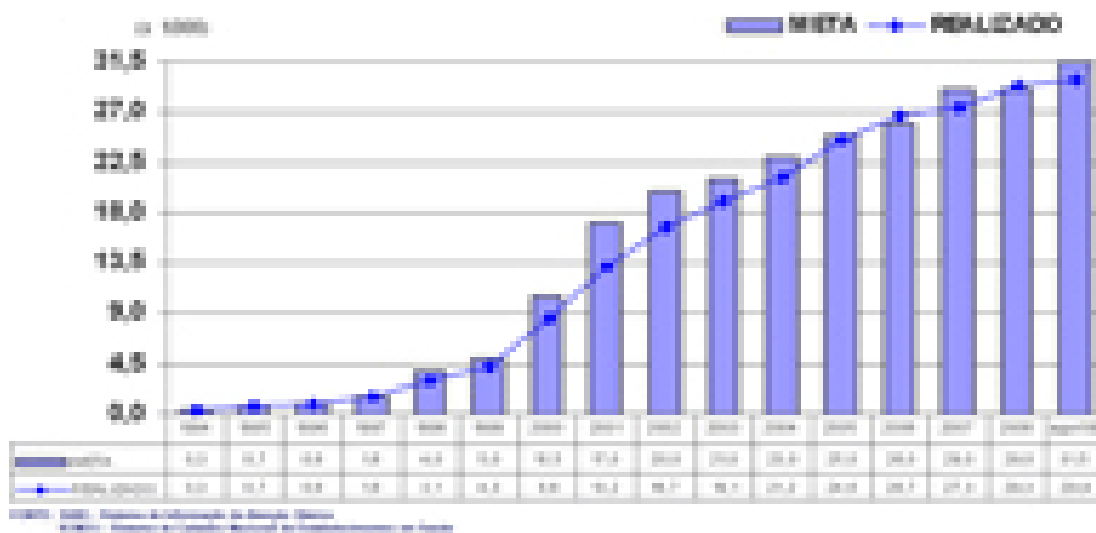


Figura 2: meta e evolução do número de equipes de saúde da família implantadas Brasil - 1994 – agosto/2009

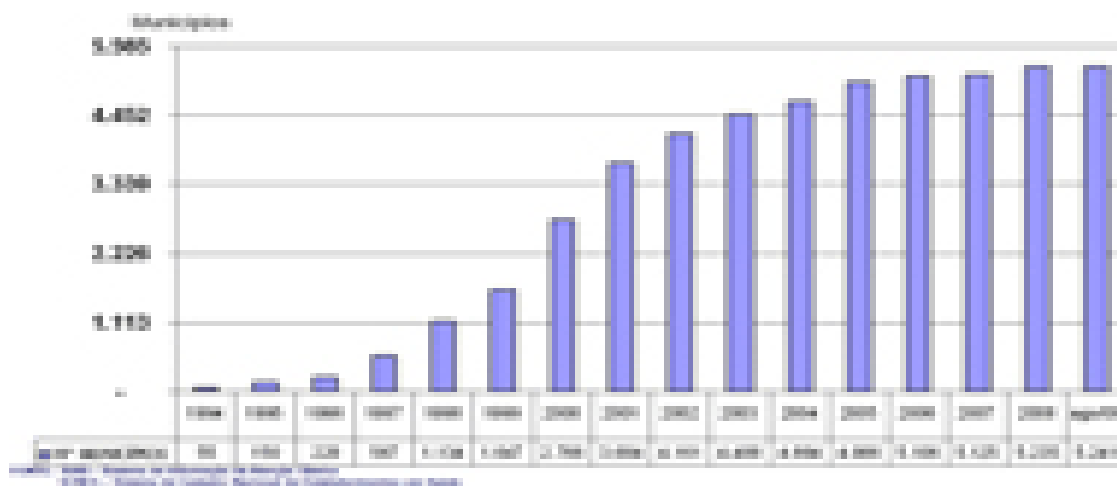


Figura 3: evolução do número de municípios com equipes de saúde da família implantadas BRASIL - 1994 – AGOSTO/2009

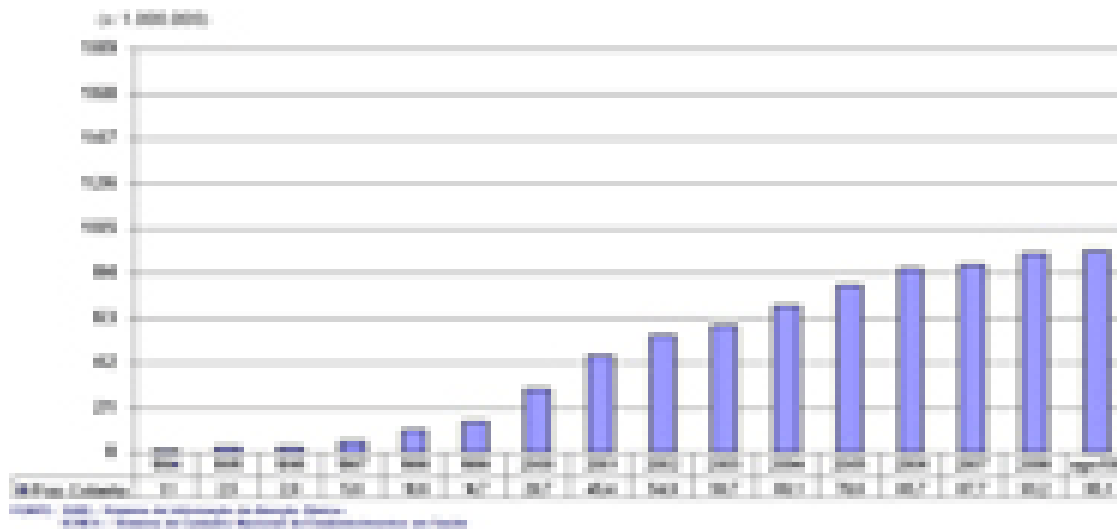


Figura 4: evolução da população coberta por equipes de saúde da família implantadas BRASIL - 1994 – AGOSTO/2009

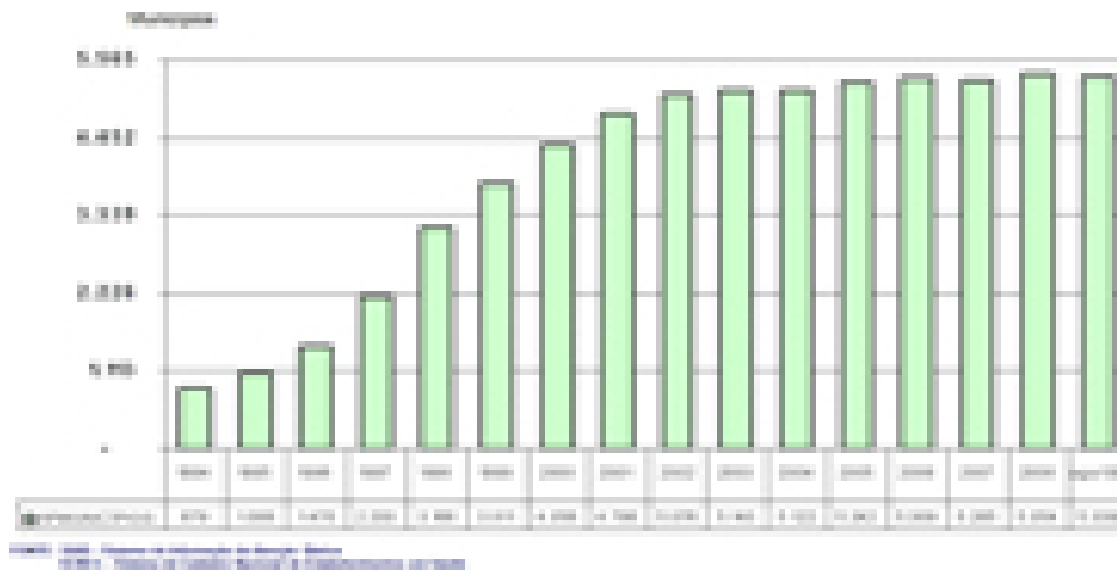


Figura 5: evolução do número de municípios com agentes comunitários de saúde implantados BRASIL - 1994 - AGOSTO/2009

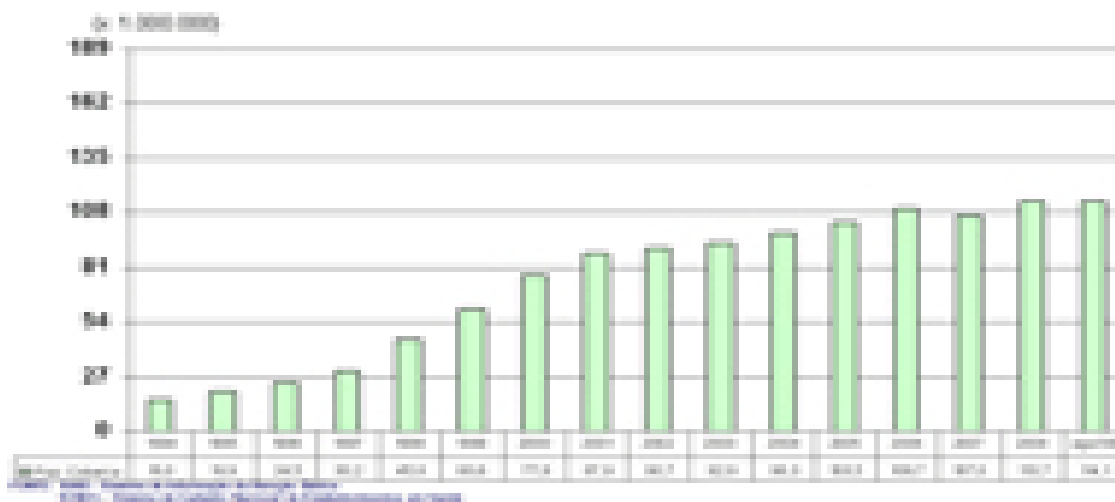


Figura 6: evolução da população coberta por agentes comunitários de saúde implantados BRASIL - 1994 - AGOSTO/2009

[* Agentes Comunitários de Saúde, Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal - competência AGOSTO/2009](#)

Fonte: Departamento de Atenção Básica - DAB

Esplanada dos Ministérios Bloco "G" - Edifício Sede Sala 655 - CEP: 70058-900- Brasília - DF
Desenvolvido pela Equipe de Informática da CGPAN

O Programa Saúde da Família (PSF) já atendeu 103 milhões de pessoas (BRASIL, Min. Saúde, 2009a), por meio de agentes comunitários, equipes de saúde da família, equipes de saúde bucal, equipes de saúde nutricional.

A mobilização, a educação continuada, a formação e a regulamentação das atividades de cada um dos atores da PSF fizeram o sucesso desse programa até o momento e comprovam que o setor profissional de assistência à saúde pode, sim, ser auxiliado, complementado pelos outros setores em prol de alcançar também os objetivos da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) “prevenção dos agravos e atenção básica à saúde”.

No Brasil, embora a saúde seja para todos e direito constitucional, e exista um Sistema Único de Saúde, criado para dar assistência e atenção básica, por inúmeras questões, como: falta de leitos, espera excessiva por consultas e exames, quartos coletivos, entre outros, brasileiros com melhores condições financeiras pagam um plano de saúde, com a expectativa de que, se precisarem de cuidados básicos e/ou complexos, terão melhor assistência. No tópico a seguir, analisam-se as redes terapêuticas no Brasil.

2.2 REDES TERAPÊUTICAS

No Brasil, há duas redes terapêuticas de saúde: a rede pública de saúde – SUS e a rede particular de saúde.

A rede terapêutica particular de saúde abrange diversos serviços médicos e serviços terapêuticos, cobertos ou não por convênios, e que garantem o pagamento de exames, internações e terapias.

Com a globalização, veio o conhecimento dos métodos de prevenção da saúde, por meio de Medicinas Orientais e não raro os planos de saúde oferecem cobertura à acupuntura, termalismo e crenoterapia.

Em ambas, geralmente, os pacientes são atendidos primeiramente por um médico generalista, que, caso julgue necessário, encaminha o paciente para uma consulta com um especialista.

No Reino Unido, o Serviço Nacional de Saúde, desde 1948, oferece acesso livre e irrestrito ao tratamento de saúde, tanto em clínicas quanto em hospitais com médicos generalistas. As formas de assistência, clínica e generalista, são distintas. Helman (2003), comenta que, pondo em perspectiva os sistemas de assistência à saúde no Reino Unido, a maioria das fontes de atendimento ou aconselhamento de saúde são feitas por curandeiros profissionais, informais e populares, e a expressão “agente de cura” diz respeito a todos aqueles que, formal ou informalmente, oferecem aconselhamento aos que sofrem algum desconforto físico e/ou aflição psicológica, ou a todos aqueles que prestam aconselhamento sobre como manter a boa saúde ou ter um sentimento de bem-estar. (p. 106).

No Brasil, as profissões ligadas à saúde são regulamentadas por lei, e o exercício da profissão dos profissionais é limitada.

Os profissionais que atuam no SUS são concursados e estão habilitados por lei à prática de suas atividades. Os não provenientes de cursos de graduação superior, na área da saúde, são os agentes de saúde, que viabilizam um atendimento nas residências. Estes têm acesso ao quadro dos profissionais do SUS, porque tiveram pela Lei 11.350 de 05 de outubro de 2006 regulamentadas suas atividades de agentes comunitários de saúde.

Assim, as realidades entre Reino Unido e Brasil são distintas. Naquele, médicos e práticos em medicina prestam atendimento à saúde, sendo restrito a médicos a hospitalização. Neste, tem-se uma legislação ampla quanto aos profissionais que podem atuar junto a pessoas que necessitem de atendimento no SUS.

No SUS, o paciente que necessita de atendimento, passa por uma avaliação (ambulatorial) que ocorre nos postos de atendimento e se necessitar é encaminhado a hospitalização.

Se os objetivos do SUS, que é um exercício do direito social constitucional, são assistência e prevenção de agravos na atenção básica à saúde, e isso ocorre nos Postos de Saúde com o gerenciamento municipal, e o encaminhamento ao setor hospitalar só ocorre após o médico-clínico geral ou especialista fazer a devida orientação à baixa hospitalar, então pode-se, teoricamente dizer que, no SUS, que é um Sistema Único de Saúde, há a presença latente de subsistemas, ou seja, o sistema primário – de atenção básica, e o sistema secundário – o de atenção especializada (exames, hospitalização).

Na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) está explícito que “o campo da PNPIC contempla sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos” e ainda explica citando que o sistema médico complexo compreende abordagens do campo das PIC, que possuem teorias próprias sobre o processo saúde/doença, diagnóstico e terapêutica. (BRASIL 2006, p.10)

Quanto a recursos terapêuticos, remete ao conceito da OMS que denomina-os por Medicina Tradicional e Complementar e diz que compreende-se por aqueles instrumentos utilizados nos diferentes sistemas médicos complexos. (BRASIL, 2006, p.10)

Neste diapasão, o subsistema – sistema primário –, que recebe o cidadão ao primeiro atendimento, e que dá “atenção básica” e ao qual se destina a política pública de práticas integrativas e complementares, terá como frente o médico clínico-geral.

O clínico-geral, que também pode ser um especialista, será o responsável pelo encaminhamento do paciente ao sistema médico complexo ou ao recurso terapêutico de prática complementar, que melhor entender adequado à situação e necessidade daquela pessoa.

Mas, até o presente momento, poucos são os profissionais, funcionários públicos do SUS que conhecem ou trabalham com práticas integrativas de Medicina Tradicional ou de Medicina Tradicional Chinesa ou Complementar.

Enquanto isso, a maioria dos detentores de conhecimentos de Medicina Tradicional e de Medicina Tradicional Chinesa e Complementar, que não têm formação acadêmica de grau superior, reconhecida pelo Ministério de Educação (ME) e que poderiam ser utilizados a esse tipo de atenção básica, viabilizando a ampliação do uso das PIC no SUS, não o são por falta de regulamentação dessa atividade.

Ora, se foi regulamentada a atividade dos agentes comunitários de saúde, para que pudessem trabalhar no SUS, sem tornar com essa profissão regulamentada, por que não regularizar as atividades dos Terapeutas de Medicina Tradicional, Medicina Tradicional Chinesa e Complementar?

Esses terapeutas de PIC, que não são médicos, atuariam conforme as orientações dos médicos e dentro dos limites de sua atuação.

Os benefícios? Ainda não são conhecidos; mas poderiam ser muitos.

Para os pacientes haveria a oportunidade de autoconhecimento; de serem cooparticipantes no ato de cura; de não auto medicação; de haver uso regrado e apropriado de medicamentos – se necessários, após tentativa de desagravo por meio de práticas de MT/MTC/C. Ainda há educação para saúde presente e futura, com o resgate da autoestima e com o controle do próprio corpo, responsabilidade com o seu corpo.

Já para o SUS: diminuição de gastos públicos, medicamentos só quando necessários, humanização da saúde, diminuição de atendimentos ambulatoriais (postos de saúde), diminuição de internações hospitalares, melhor atendimento, ampliação às PIC.

Para a economia nacional: emprego formal e regular de atividades e práticas de MT/MTC/C.

Ainda, a segurança de regulamentar atividade desses terapeutas traria na contrapartida a segurança de responsabilização dos atos e dos serviços prestados por esses terapeutas, de forma regular e regulamentada, o que daria maior segurança jurídica a essas pessoas que, hoje, ainda em termos de legislação penal, podem ser denunciados como charlatãs.

A vontade política para regular a situação deve ser do gestor municipal, já que o subsistema primário – atenção básica – ocorre nos postos de saúde que são municipais.

2.3 MEDICINA TRADICIONAL

Conhecimento tradicional associado: informação ou prática individual ou coletiva de comunidade indígena ou de comunidade local, com valor real ou potencial, associada ao patrimônio genético. (BRASIL, 2006b, p. 66).

A expressão *Medicina Tradicional* que a política pública apresenta, resguarda os conhecimentos culturais e populares do Brasil. Dentre esses, há os dos indígenas, dos quilombolas, dos ribeirinhos e dos populares (regionais).

La medicina tradicional es un término amplio utilizado para referirse tanto a los sistemas de MT como por ejemplo la medicina tradicional china, el ayurveda hindú y la medicina unani árabe, y a las diversas formas de medicina indígena. Las terapias de la MT incluyen terapias con medicación, si implican el uso de medicinas con base de hierbas, partes de animales y/o minerales, y terapias sin medicación, si se realizan principalmente sin el uso de medicación, como en el caso de La acupuntura, las terapias manuales y las terapias espirituales. En países donde el sistema sanitario dominante se basa en la medicina alopática, o donde la MT no se ha incorporado en el sistema sanitario nacional, la MT se clasifica a menudo como medicina “complementaria”, “alternativa” o “no convencional”. (OMS, 2002, p.1).

O conceito de Medicina Tradicional da Organização Mundial da Saúde, acatado também pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS é:

La OMS define la medicina tradicional como prácticas, enfoques, conocimientos y creencias sanitarias diversas que incorporan medicinas basadas en plantas, animales y/o minerales, terapias espirituales, técnicas manuales y ejercicios aplicados de forma individual o en combinación para mantener el bienestar, además de tratar, diagnosticar y prevenir las enfermedades. (OMS, 2002, p. 7).

Nesse sentido, abordar o tema Medicina Tradicional em um país como o Brasil, que tem uma diversidade cultural maravilhosa, não é tarefa fácil, motivo pelo qual não se tem a pretensão de fazer uma análise antropológica ou multicultural, mesmo porque muitos autores, como Colasso (2008) e Santilli (2005) já o fizeram e fazem com muito afinco. A intenção é demonstrar que a cultura de cura tradicional deve ser preservada e, ainda, “é necessário que se reconheça a pluriétnicidade e a pluriculturalidade que está presente na formação da maioria dos Estados, pois o reconhecimento e a tutela de todos os grupos que o formam é imprescindível para que a dignidade humana seja realmente protegida e respeitada”. (SPAREMBERGER; KRETZMANN, 2008, p. 93).

A cultura do povo brasileiro é protegida constitucionalmente pelo art. 215 da CF, que determina: “O Estado garantirá a todos o pleno exercício dos direitos culturais e acesso às fontes da cultura nacional, e apoiará e incentivará a valorização e a difusão das manifestações culturais.” E não só protege e garante a cultura dos povos, mas o acesso a essas culturas.

Assim, todo e qualquer cidadão tem garantido o acesso à cultura tradicional brasileira, não podendo o Estado intervir negativamente nas manifestações das culturas populares, indígenas e afro-brasileiras, e dos outros grupos que participam do processo civilizatório nacional.

Dentre os grupos participantes, além dos indígenas e afro-brasileiros, tem-se que seringueiros, castanheiros, ribeirinhos, quilombolas formam as populações tradicionais. Dentre essas culturas (DIEGUES 2000, p. 29), principalmente as sociedades indígenas,

desenvolveram pela observação e experimentação um extenso e minucioso conhecimento dos processos naturais, logo transformados em conhecimentos tradicionais.

Nos ensinamentos de Sparemberger e Kretzmann (2008, p. 114) “os conhecimentos tradicionais são fruto de um processo social de aprendizado, de criações, de trocas e desenvolvimentos, transmitidos de geração a geração”. Alertam as autoras que “o respeito às comunidades e aos conhecimentos tradicionais por elas desenvolvidos é também a garantia de que essas comunidades continuarão vivas, desenvolvendo sua cultura e possibilitando que as gerações futuras usufruam do legado cultural de seus antepassados”. (p. 121).

A Medicina Tradicional não é uma novidade implantada pela PIC, sob o comando da política pública de saúde, voltada ao acesso destas no SUS; as práticas naturais de cuidado à saúde, tanto na Medicina Tradicional quanto na Medicina Tradicional Chinesa têm origens muito antigas.

O uso de plantas e animais medicinais⁵⁰(zooterapia) é inerente a cultura popular. Esse conhecimento associado à técnica-científica resulta em qualidade e eficácia de uso da biodiversidade (SANTILLI, 2005, p. 103)⁵¹ para a saúde. Mas, nem todos os cidadãos conhecem as plantas e animais medicinais que promovem ou são coadjuvantes no ato de cura das doenças; o incentivo a esse esclarecimento é também objeto de política pública, como: Política Pública de Plantas Medicinais. (BRASIL, 2007).

Nos tópicos que se seguem, abordar-se-ão algumas das terapias utilizadas na Medicina Tradicional, Medicina Tradicional Chinesa e Medicina Complementar, na expectativa de que a ampliação e o acesso às práticas integrativas e complementares (PIC) no SUS, traga além de vantagem econômica aos cofres públicos, em decorrência do menor número de distribuição de medicamentos e de internações hospitalares, ainda sirva de auxílio aos cientistas nacionais na bioprospecção das informações culturais para a descoberta de novas curas às doenças que se apresentam ou se apresentarão na humanidade.

2.3.1 Os atores da medicina tradicional brasileira

⁵⁰ Veja-se sobre o tema: SILVA, Andréa Leme. *Animais medicinais: conhecimento e uso entre as populações ribeirinhas do rio Negro, Amazonas, Brasil*, Bol. Mus. Para. Emílio Goeldi. Ciências Humanas, Belém, v. 3, n. 3, p. 343-357, set.- dez. 2008

⁵¹Biodiversidade, ou diversidade biológica, como “a variabilidade de organismos vivos de todas as origens, compreendendo, entre outros, os ecossistemas terrestres, marinhos e outros ecossistemas aquáticos e os complexos ecológicos de que fazem parte, compreendendo ainda a diversidade dentro de espécies, entre espécies e de ecossistemas”.

Os atores da medicina tradicional brasileira são, como já descreveu acima, os indígenas, os afro-brasileiros, os seringueiros, os castanheiros, os ribeirinhos, os quilombolas, os curandeiros, raizeiros, as parteiras, que fazem parte do que se denomina setor informal e popular.

Conforme informações da Fundação Nacional do Índio – Funai⁵², hoje, no Brasil, vivem cerca de 460 mil índios, distribuídos entre 225 sociedades indígenas, que perfazem cerca de 0,25% da população brasileira. Cabe esclarecer que esse dado populacional considera tão somente aqueles indígenas que vivem em aldeias, havendo estimativas de que, além destes, há entre 100 e 190 mil vivendo fora das terras indígenas, inclusive em áreas urbanas. Há também 63 referências de índios ainda não contatados, além de existirem grupos que estão requerendo o reconhecimento de sua condição indígena no órgão federal indigenista.

[Acre - AC](#)
[Alagoas - AL](#)
[Amapá - AP](#)
[Amazonas - AM](#)
[Bahia - BA](#)
[Ceará - CE](#)
[Espírito Santo - ES](#)
[Goiás - GO](#)
[Maranhão - MA](#)
[Mato Grosso - MT](#)
[Mato Grosso do Sul - MS](#)
[Minas Gerais - MG](#)
[Pará - PA](#)
[Paraíba - PB](#)
[Paraná - PR](#)
[Pernambuco - PE](#)
[Rio de Janeiro - RJ](#)
[Rio Grande do Sul - RS](#)
[Roraima - RR](#)
[Santa Catarina - SC](#)
[São Paulo - SP](#)
[Sergipe - SE](#)
[Tocantins - TO](#)



O respeito à preservação da cultura indígena, bem como das práticas de medicina tradicional indígena, devem começar com o respeito e conhecimento do nome de cada grupo da etnia nos diversos estados da Federação.

⁵²Fundação Nacional do Índio (FUNAI). Ministério da Justiça. (Disponível em: < <http://www.funai.gov.br/index.html>>. Acesso em: 25 out 2009. A Fundação Nacional do Índio - Funai é o órgão do governo brasileiro que estabelece e executa a Política Indigenista no Brasil, dando cumprimento ao que determina a Constituição de 1988, ou seja, promover a educação básica aos índios; demarcar, assegurar e proteger as terras por eles tradicionalmente ocupadas; estimular o desenvolvimento de estudos e levantamentos sobre os grupos indígenas. A Fundação tem, ainda, a responsabilidade de defender as Comunidades Indígenas; despertar o interesse da sociedade nacional pelos índios e suas causas; gerir seu patrimônio e fiscalizar as suas terras, impedindo ações predatórias de garimpeiros, posseiros, madeireiros e quaisquer outras que ocorram dentro de seus limites e que representem um risco à vida e à preservação desses povos.

O portal cidadão – povos indígenas, no *site* da Funai, publiciza o nome de todos os grupos em cada região, mas se demonstra somente os da Região Sul do País.

Paraná PR – população total: 10.375

Distribuídos nos grupos: Guarani [M'byá e Nhandéwa], Kaingang, Xeta.

Rio Grande do Sul RS – população total: 13.448

Distribuídos nos grupos: Guarani, Guarani Mbya, Kaingang.

Santa Catarina SC – população total: 5.651

Distribuído em grupos: Guarani, Guarani Mbya, Guarani Nhandeva, Kaingang, Xokleng.

Para a análise das culturas, a antropologia é a área do conhecimento que mais se preocupa em estudar e reconhecer os hábitos e costumes dos povos. O antropólogo Maués, apresentou trabalho no Simpósio de Pesquisa Conjunta “As ‘outras’ religiões afro-brasileiras”, na VIII Jornada sobre Alternativas Religiosas na América Latina, que se realizou em São Paulo/SP, de 22 a 25 de setembro de 1998, com o título “*Pajelança e encantaria amazônica*”. Neste trabalho, o autor expõe que “a pajelança é uma forma de xamanismo”. (1998, p.1).

O termo “pajé” é considerado pejorativo entre as populações por nós investigadas, preferindo os xamãs a denominação de “curadores” ou, mais raramente, de “surjões da terra”. Por outro lado, o termo “pajelança” não costuma ser usado por essas populações: ele é freqüentemente utilizado pelas populações citadinas, especialmente por pessoas intelectualizadas que tendem a não participar – ou pelo menos a esconder sua participação – nesse sistema de crenças e práticas. Os atores falam, por exemplo, em “medicina invisível” (em oposição à medicina ocidental) – embora, realmente, a pajelança não se limite apenas às práticas curativas. (MAUÉS, 1998, p.1)

Maués,(1998, p.13) sobre o benzedor ou a benzedeira, entende que é um especialista que, podendo ser também um experiente, alia a essa condição um dom especial, que caracteriza sua especialidade: sabe benzer mau olhado, quebranto, “ersipla” (erisipela) e outras doenças suscetíveis de benzeção. O benzedor usa orações fortes e, muitas vezes, água e ramos de ervas no momento da benzeção.

S'antana, (2007, p. 37- 40) demonstra em seu livro *Benzedeiras e Benzeduras*, casos de pessoas que foram curadas por meio de benzeduras (conhecimentos tradicionais) e entre elas uma pessoa pública Luiz Carlos Borges (cantor tradicionalista), que conta como Doroteia uma “Nega Veia” de quase 96 anos, da cidade de São Luiz, em 1961, curou-o de uma cegueira de sete meses, consequência da perda de sangue pelo nariz e ouvidos. O cantor fez uma canção em homenagem à benzedeira: “O milagre de Dorotéia”.

As benzeduras colhidas pela autora são muitas, assim como as benzedeiras. E estas, que são de todas as raças, se declaram na maioria católicas. As benzeduras evocam sempre o

nome de Deus e de outros santos católicos; utilizam ainda para benzedura arruda, galho de laranjeira, cruz, machado, faca, fumo, cinzas, sal, água e óleo.

Na obra *Benedeiras e Benzeduras*, se encontram-se benzeduras para animais, bens materiais, doenças naturais e espirituais. (S'ANTANA, 2007)

Olho grande – adulto, III

Deus te fez, Deus te criou.

Deus te tire o mal que em teu corpo entrou.

Em louvor de São Pedro e de São Paulo que tire este mau olhar.

Assim como Deus fez o mar sagrado, ele tire este mau olhar.

Assim como Nosso Senhor foi nascido em Belém e crucificado em Jerusalém, assim será o mal desta criatura que o tem.

Quantidade: 3 vezes

Periodicidade: 3 dias

Instrumento: ramo de arruda e copo com água.

Gestos: molhar a arruda e benzer, fazendo cruz. Depois, jogar na terra a água com o ramo. (S'ANTANA, 2007, p. 92)

Maués, (1998, p 13) descreve que as parteiras têm uma importância especial nas localidades rurais, onde não há médicos nem hospitais. Algumas delas são reconhecidas e recebem treinamento pelos serviços oficiais de saúde das sedes municipais do interior. Diz que as mais consideradas são as “parteiras de dom”, isto é, aquelas que, além de conhecerem as técnicas de atendimento às mulheres grávidas e gestantes, também são assistidas por *caruanas*, que as auxiliam em sua tarefa. Essas parteiras não são necessariamente pajés ou curadoras, mas atendem as parturientes com a ajuda dos *encantados*.

Ao longo da história da humanidade a gravidez e o parto foram sempre considerados questões exclusivamente femininas. As sociedades antigas reprovavam a idéia de homens examinando ou tratando mulheres. Durante a Idade Média, este envolvimento era passível de punição. Em 1522, um médico chamado Watt foi queimado em uma fogueira porque, vestido como mulher, assistiu a uma mulher durante o parto. Este relato foi feito por Andrew J. Baeder em artigo sobre as raízes da obstetrícia tradicional. A partir da Idade Média, especialmente depois dos séculos 17 e 18, os homens começaram a entrar no quarto de parir. A cirurgia foi incorporada à Medicina e o parto começou a ser estudado como mecanismo físico. (S'ANTANA, 2006, p. 13)

Silva (2008, p. 343), estudando os animais medicinais, como o intuito de preservação da cultura dos ribeirinhos da margem do rio Negro, observou “os animais também têm importância na cura de doenças físicas, as quais são associadas às causas naturais (biológicas) e não-físicas, ‘espirituais’, de ordem sobrenatural ou cosmológica”.

As doenças naturais são curadas por meio da medicina ocidental (médicos, enfermeiros, etc.) ou por meio de receitas fitoterápicas, sendo comum a inclusão de partes de animais além de cura por benzeduras.

Helmann sustenta que as doenças populares são mais do que conjunto de sintomas e de sinais físicos. Elas têm também uma série de significados *simbólicos* – morais, sociais ou psicológicos – para suas vítimas. Em alguns casos, ligam o sofrimento do indivíduo a mudanças no ambiente natural ou a efeitos produzidos por forças sobrenaturais. (HELMAN, 2003, p.119).

A pesquisa da autora *Animais medicinais: conhecimento e uso entre as populações ribeirinhas do rio Negro, Amazonas, Brasil*, é de importância ímpar, pois catalogou informações que não só garantem a preservação da cultura dos ribeirinhos como demonstra que “foram citadas 59 espécies animais de uso medicinal, distribuídas em 22 espécies de mamíferos, 13 de répteis, 11 de peixes, oito de aves, quatro de invertebrados e uma de anfíbio”. (SILVA, 2008, p.348).

As partes corporais dos grandes mamíferos terrestres (ex. anta, queixada, onça, veado e capivara) têm múltiplas indicações. A anta (*Tapirus terrestris*) e a capivara (*Hydrochaerus hydrochaeris*) foram os mamíferos terrestres mais citados pelos entrevistados (20 citações cada). A gordura de ambas é utilizada na cura de problemas respiratórios (ex. asma, gripe, pneumonia) e inflamatórios (ex. ferimentos, golpes etc.). O pênis (“vergalhão”) da anta é desidratado e guardado por longo tempo, sendo preparado em infusões (chás) para tratar de inflamações, hemorragias puerperais e outros problemas uterinos (doenças da “mãe do corpo”). A queixada (*Tayassu pecari*) é outra espécie de usos múltiplos: doenças respiratórias (asma, pneumonia), inflamação uterina (doenças da “mãe do corpo”), malária e cicatrizante (golpe, traumatismo ósseo). A banha, os dentes e as unhas da onça (*Panthera spp.*) são utilizados para tratar problemas respiratórios, tais como asma e pneumonia (“canseira”). O chifre do veado (*Mazama spp.*) é indicado para picada de serpentes. Diversas “simpatias” foram citadas pelos entrevistados no tratamento e na cura das doenças. O jacundá (*Crenicichla spp.*) e o araripirá (*Chalceus macrolepidotus*) são utilizados para tratar asma; a simpatia consiste em cuspir na boca do peixe vivo e jogá-lo na água, ou então beber o líquido do olho do peixe cozido. O dente do aruanã (*Osteoglossum spp.*) e da mucura (*Didelphidae*), enterrado junto às árvores, pode estimular a produção de frutos. A cabeça da paca (*Agouti paca*), utilizada como amuleto, facilita o momento do parto. O hióide (“gogó”) do macaco-guariba é empregado numa simpatia para curar a coqueluche (“tosse de guariba”). A unha da anta aquecida no fogo é colocada em cima do tumor ou da verruga. Os olhos e órgãos genitais dos botos são utilizados como simpatia ou amuleto para atrair o sexo oposto. O dente do jacaré é utilizado como amuleto para proteção. (SILVA, 2008, p. 352).

Monteles e Pinheiro (2007, p. 40), etnobotânicos, no artigo *Plantas medicinais em um quilombo maranhense: uma perspectiva etnobotânica*, descrevem o estudo que fizeram

com a comunidade Quilombo (REIS apud REVISTA DA USP, 1995/1996, p. 19)⁵³ Sangrador no Maranhão, a pesquisa teve uma perspectiva etnobotânica descritiva, com o objetivo de levantar, por meio do conhecimento tradicional, as espécies vegetais utilizadas na terapêutica do Quilombo Sangrador (MA). “Evidenciando as espécies e seus usos, desde a obtenção – cultivo ou extrativismo – até sua aplicação dentro dos contextos sócio-cultural e ambiental da comunidade”.

Considera-se aqui, que a terapêutica local é fruto de um sincretismo de práticas africanas fortemente influenciadas por práticas indígenas, e que o resgate da terapêutica local, através da sistematização dos conhecimentos advindos desse universo, pode fornecer relevantes contribuições para a conservação da diversidade sócio-cultural e biológica em territórios de populações tradicionais.(MONTELES, PINHEIRO, 2007, p. 38)

Em Porto Alegre/RS existem cinco quilombos urbanos reconhecidos pela Federação das Associações das Comunidades Quilombolas do Rio Grande do Sul. Alpes, Areal da Baronesa, Família Silva e Família Fidélis.

Quiçá, um dia, se tenha condições de apreender com cada uma dessas comunidades indígenas, ribeirinhas, regionais, quilombolas os conhecimentos sobre cura, por produtos naturais, que trazem como cultura dos seus ancestrais, e que formam a Medicina Tradicional brasileira.

⁵³ **Quilombo:** a formação de grupos de escravos fugitivos se deu em toda parte do Novo Mundo onde houve escravidão. No Brasil estes grupos foram chamados de quilombos ou mocambos, os quais às vezes conseguiram congregar centenas e até milhares de pessoas. O grande quilombo dos Palmares, na verdade uma federação de vários agrupamentos, chegou a contar com uma população de alguns milhares de almas, embora provavelmente não os quinze, vinte e até trinta mil habitantes que os autores citam sem maior rigor crítico das fontes. Um dos responsáveis por esse número alto foi Johan Nieuhoff, que visitou o Brasil na década de 1640 e escreveu que havia seis mil quilombolas nos “pequenos Palmares”, cerca de oito mil nos “grandes Palmares”, “além de muitos outros” em outros mocambos palmarinos. Na década de 1670, provavelmente para justificar diante da metrópole seu fracasso contra o quilombo, o governador de Pernambuco Pedro de Almeida estabeleceu a cifra de vinte mil. As mesmas razões podem ter levado um outro governador, Francisco Brito, a declarar trinta mil. A admitir números tão altos teríamos de pensar onde estava todos quando Palmares caiu e o que lhes aconteceu posteriormente, pois entre mortos e capturados as fontes não ultrapassam a cifra de dois mil. Como se repetiu em muitos outros quilombos, esta população não era constituída apenas de escravos fugidos e seus descendentes. Para ali também convergiram outros tipos de trãnsfugas, como soldados desertores, os perseguidos pela justiça secular e eclesiástica, ou simples aventureiros, vendedores, além de índios pressionados pelo avanço europeu.

Mas predominavam os africanos e seus descendentes. Ali, africanos de diferentes grupos étnicos administraram suas diferenças e forjaram novos laços de solidariedade, recriaram culturas. Apesar da falta de dados mais diretos, considerando a direção do tráfico atlântico na época, supõe-se que Palmares foi predominantemente um cadinho de grupos originários do Centro-Sul da África, gente de grupos linguísticos kikongo, kimbundu, ovimbundo e outros da região Congo-Angola.

O próprio termo quilombo derivaria de kilombo, uma sociedade iniciática de jovens guerreiros mubundu adotada pelos invasores jaga (ou imbangala), estes formados por gente de vários grupos étnicos desenraizada de suas comunidades. Esta instituição teria sido reinventada, embora não inteiramente reproduzida, pelos palmarinos para enfrentar um problema semelhante, de perda de raízes, deste lado do Atlântico.

2.4 MEDICINA TRADICIONAL CHINESA

Difundida no Ocidente, a Medicina Tradicional Chinesa caracteriza-se por um sistema médico integral, originado há milhares de anos na China. O Nei Ching – o livro de ouro da medicina chinesa, foi escrito há mais de 3000 anos e utiliza linguagem que retrata simbolicamente as leis da natureza e os princípios da natureza,

Uma vez, o Imperador Amarelo dirigiu-se a T'ien Shih, o mestre divinamente inspirado, nos seguintes termos:

– Ouvi dizer que nos tempos antigos as pessoas viviam mais de um século e mesmo assim permaneciam ativas e não se tornavam decrepitas nas suas atividades. Hoje em dia, porém, as pessoas só vivem metade desses anos e mesmo assim tornam-se decrepitas e débeis. È por que o Mundo muda de geração para geração? Ou será por que a espécie humana negligencia as leis da Natureza?

– E Ch'i Po respondeu:

–Antigamente, essas pessoas que compreendiam o Tao [o caminho do autodesenvolvimento] moldavam-se de acordo com o Yin e o Yang [os dois princípios da Natureza] e viviam em harmonia com as artes da adivinhação. Havia temperança no comer e no beber. As suas horas de levantar e recolher eram regulares e não desordenadas e ao acaso. Graças a isso, os antigos conservavam os seus corpos unidos às suas almas, a fim de cumprirem por completo o período de vida que lhes estava destinado, contando cem anos antes do passamento. (CH'I-PO, 1980, p. 7).

O Yin e o Yang, os elementos masculinos e femininos da natureza, são o princípio básico de todo o Universo, são a raiz e a fonte da vida e da morte. “ O Yang representa paz e serenidade; o Yin, temeridade e desordem. O Yang representa destruição; o Yin, conservação. O Yang provoca evaporação; o Yin dá forma às coisas”. (CH'I-PO, 1980, p. 25.)

O objetivo desse conhecimento é obter meios de equilibrar essa dualidade. Também inclui a teoria dos cinco movimentos que atribui a todas as coisas e fenômenos, na natureza, assim como no corpo, uma das cinco energias ou elementos (madeira, fogo, terra, metal, água). Utiliza como elementos do diagnóstico a anamnese, palpação do pulso, observação da face e língua em suas várias modalidades de tratamento (acupuntura, plantas medicinais, dietoterapia, práticas corporais e mentais). (BRASIL, 2006, p.14).

A MTC inclui ainda práticas corporais: *lian gong*⁵⁴, *chi gong*⁵⁵, *tui-ná*⁵⁶, *tai-chi-chuan*⁵⁷; práticas mentais: *meditação*⁵⁸; orientação alimentar; e o uso de plantas medicinais:

⁵⁴ **Lian gong:** ginástica terapêutica chinesa que se caracteriza por um conjunto de três séries de dezoito exercícios terapêuticos e preventivos os quais aliam os conhecimentos da medicina ocidental às bases de medicina tradicional chinesa. (BRASIL, 2006b, p.63)

⁵⁵ **Chi gong:** série de movimentos harmônicos aliados à respiração, com foco em determinada parte do corpo, para o desenvolvimento do *chi* interno e ampliação da capacidade mental. (BRASIL, 2006b, p. 60)

⁵⁶ **Tui-ná:** massagem realizada por meio de movimentos ritmados de sedação e tonificação (pressão e beliscão) para propiciar a união e o equilíbrio das energias *yin* e *yang*. (BRASIL, 2006b, p. 62)

fitoterapia tradicional chinesa, relacionada à prevenção de agravos e de doenças, promoção e recuperação da saúde.

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares apresenta ao público esclarecimentos sobre práticas da Medicina Tradicional Chinesa; com base nessa publicação, discorre-se sobre algumas terapias.

2.4. 1 Acupuntura

A acupuntura é uma tecnologia de intervenção em saúde que aborda de modo integra e dinâmico o processo de saúde-doença no ser humano, podendo ser usada isolada ou de forma integrada com outros recursos terapêuticos. (BRASIL, 2006b, p.14).

Originária da Medicina Tradicional Chinesa (MTC), a Acupuntura compreende um conjunto de procedimentos que permitem o estímulo preciso de locais anatómicos definidos por meio da inserção de agulhas filiformes metálicas ou de *laser* para promoção, manutenção e recuperação da saúde, bem como para prevenção de agravos e doenças.

A primeira descrição histórica da Acupuntura, como terapêutica, é feita por Ssu Ma Ch'ien no "*Shih Chi*", 90 aC. Foram descobertos recentemente nas tumbas encontradas em Ma Wang Tui, livros que descrevem onze canais separados, cada um associado a uma gama de sintomas específicos, sem referência a pontos de acupuntura. (FERREIRA, 1999)

A denominação chinesa *zhen jiu*, que significa agulha (*zhen*) e calor (*jiu*) foi adaptados nos relatos trazidos pelos jesuítas no século XVII como Acupuntura (derivada das palavras latinas *acus* (agulha) e *punctio* (punção). (BRASIL, 2006c, p. 14).

O efeito terapêutico da estimulação de zonas neuroreativas (pontos de acupuntura) foi, a princípio, descrito e explicado numa linguagem de época, simbólica e analógica, consoante com a filosofia clássica chinesa. “A estimulação de pontos, na Acupuntura, provoca a liberação, no sistema nervoso central, de neurotransmissores e outras substâncias responsáveis pelas respostas de promoção de analgesia, restauração de funções orgânicas e modulação imunitária”. (BRASIL, 2006b, p. 14).

O consenso do National Institutes of Health dos Estados Unidos referendou a indicação da acupuntura, de forma isolada ou como coadjuvante, em várias doenças e agravos à saúde, tais como odontalgias pós-operatórias, náuseas e vômitos pós-

⁵⁷ **Tai-chi-chuan:** conjunto de movimentos suaves, contínuos, progressivos e completos, usados para a prevenção de doenças, manutenção da saúde e estabilização emocional. (BRASIL, 2006b, p. 61)

⁵⁸ **Meditação:** procedimento que foca a atenção de modo não analítico ou discriminativo, promovendo alterações favoráveis de humor e no desempenho cognitivo. (BRASIL, 2006b, p. 61)

quimioterapia ou cirurgia em adultos, dependências químicas, reabilitação após acidentes vasculares cerebrais, dismenorréia, cefaléia, epicondilite, fibromialgia, dor miofascial, osteoartrite, lombalgias e asma, entre outras. (BRASIL, 2006b, p. 15)

Considerando as aplicações da Acupuntura e os fatos recentes e atuais do Brasil, no que diz respeito ao crescimento de “dependência química”,⁵⁹ e aos transtornos econômicos e jurídicos que envolvem essas situações, por que os gestores municipais, que (des)conhecem a determinação da PNPIC não utilizam essa prática para auxiliar esse agravo de saúde dos dependentes, e, por conseqüência, de desagravo ao meio ambiente social? “ Vários Conselhos de profissões da saúde regulamentadas reconhecem a Acupuntura como especialidade em nosso país, e os cursos de formação encontram-se disponíveis em diversas Unidades Federais (BRASIL, 2006b, p.15). Vários são os terapeutas acupunturistas no Brasil.

Logo essa é uma prática viável e disponível, basta haver vontade política do gestor municipal em implementá-la no SUS.

No Brasil, a Acupuntura foi introduzida há 41 anos. Em 1988, por meio da Resolução n. 5/88, da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (Ciplan), teve as suas normas fixadas para o atendimento nos serviços públicos de saúde.

⁵⁹ Veja-se: O Conselho Estadual de Entorpecentes Conen- RS, ligado à Secretaria da Saúde-RS, conceitua droga e a classifica quanto à legalidade, aos efeitos e à dependência. **Conceito de droga:** qualquer substância que modifica, aumenta, inibe ou reforça as funções fisiológicas, psicológicas ou imunológicas do organismo de maneira transitória ou permanente. **Classificação quanto à legalidade:** lícitas : fumo, álcool, anfetaminas, barbitúricos, remédios anticolinérgicos e antidepressivos tricíclicos. Ilícitas: maconha, cocaína, crack, heroína, ácido lisérgico(LSD), solvente (Thinner). **Classificação quanto aos efeitos:** estimulantes: ativam, acentuam e aumentam a atividade neural, conhecidos como psicoestimulantes. Ex.: anfetaminas, cocaína, cafeína, nicotina e os supressores do apetite sintéticos. Depressoras: suprimem inibem ou diminuem alguns aspectos da atividade do Sistema Nervoso Central. Ex.: sedativos/hipnóticos, opióides, neurolépticos. O álcool, os barbitúricos, anestésicos, as benzodiazepinas, opiáceos, e todos os seus análogos sintéticos. Alucinógenos: induzem a alterações do senso de percepção, do pensamento e dos sentimentos Ex.: LSD/ ácido lisérgico, DMT/dimetiltriptamina, MDA/psilocibina, mescalinae tenanfetamina, MDMA/ êxtase, PCP/ fenciclidina. **Dependência:** necessidade de repetidas doses da DROGA para sentir-se bem ou para evitar sensações ruins. Dependência psíquica: é a condição na qual uma droga produz um sentimento de satisfação e um impulso psicológico que requer seu uso periódico ou contínuo. Dependência física: é um conjunto de distúrbios físicos quando o uso da droga é interrompido; tais distúrbios são denominados síndrome de abstinência. (Disponível em: < <http://www.saude.rs.gov.br/wsa/portal/index.jsp?menu=organograma&cod=32858> >. Acesso em: 27out 2009.

2.5 MEDICINA INTEGRATIVA /COMPLEMENTAR

Hablar de medicina “alternativa” es ... como hablar de extranjeros – ambos términos son vagamente peyorativos y hacen referencia a amplias y heterogéneas categorías definidas por lo que no son, en lugar de definirse por lo que son. (OMS 2002, p.18)

Nos termos da Organização Mundial da Saúde, a designação *Medicina Complementar* é utilizado, para referir-se a práticas sanitárias que não são tradicionalmente utilizadas ou não estão integradas ao sistema de saúde do País.

Medicina complementaria y alternativa. Los términos “complementaria” y “alternativa” (y a veces también “no convencional” o “paralela”) se utilizan para referirse a un amplio grupo de prácticas sanitarias que no forman parte de la tradición de un propio país, o no están integradas en su sistema sanitario prevaeciente. La acupuntura es una terapia médica tradicional china. Sin embargo muchos países europeos la definen, y la medicina tradicional china en general, como MCA, porque no forma parte de sus propias tradiciones sanitarias. De la misma forma, desde que la homeopatía y los sistemas quiroprácticos se desarrollaron en Europa en el siglo XVIII, tras la introducción de la medicina alopática, no están clasificadas como sistemas de MT ni se incorporan en los modos dominantes sanitarios de Europa. En su lugar, se refiere a éstas como una forma de MCA. (OMS, 2002, p.18).

Nesse contexto, muito embora as práticas de Homeopatia, Fitoterapia já estajam regulamentadas e incorporadas no Sistema Único de Saúde, as mesmas ainda não são amplamente utilizadas, motivo pelo qual se refere a estas como Medicina Integrativa e Complementar.

2.5.1 Homeopatia

A Homeopatia, sistema médico complexo de caráter holístico, baseada no princípio vitalista e no uso da lei dos semelhantes, enunciada por Hipócrates no século IV a.C, foi desenvolvida por Samuel Hahnemann no século XVIII, após estudos e reflexões baseados na observação clínica e em experimentos realizados na época. Hahnemann sistematizou os princípios filosóficos e doutrinários da homeopatia em suas obras *Organon da arte de curar e Doenças crônicas*.

A propósito das curas homeopáticas, a experiência nos ensina que as dose extraordinariamente pequenas de medicamentos, essências neste método de tratamento pela semelhança sintomática são perfeitamente suficientes para vencer e remover (da sensação do princípio vital) doenças naturais semelhantes. Certamente

resta, após a destruição da doença natural, certa doença medicinal no organismo. No entanto, em virtude da extraordinária pequenez da dose, é tão passageira, tão pequena que desaparece rapidamente por si. A força vital, apenas emprega contra esse distúrbio artificial da saúde, reação necessária e suficiente para elevar o presente estado ao nível habitual de saúde, isto é, apenas o que falta para o restabelecimento completo. Depois de extinto o desarranjo mórbido inicial, não se requer mais do que um pequeno esforço para alcançar este perfeito equilíbrio.” (PUSTIGLIONE, 1994, p.72).

Essa passagem mostra como a Homeopatia trabalha o ser em uma visão holística, tendo como foco o princípio vital e, a partir desse conceito, surge uma racionalidade médica homeopática, que experimentou grande expansão por várias regiões do mundo na Antiguidade, “estando hoje firmemente implantada em diversos países da Europa, das Américas e da Ásia. No Brasil, os conhecimentos homeopáticos surgiram por Benoit Mure em 1840, tornando-se uma nova opção de tratamento”. (BRASIL, 2006b, p. 16)

Para a Homeopatia, o adoecimento é a expressão da ruptura da harmonia dessas diferentes dimensões: física, psicológica, social e cultural.

Hahnemann diz que “o médico homeopata jamais trata os sintomas primitivos dos miasmas crônicos, nem os males secundários que resultam de seu desenvolvimento, com remédios locais [...] o médico homeopata dedica-se apenas a curar o miasma que constitui a sua base”. (PUSTIGLIONE, 1994, p. 147). Sendo uma terapia que trabalha com a força vital do ser, atua nessa esfera.

E, como o desequilíbrio da força vital provoca as doenças do corpo físico, a Homeopatia pode ser utilizada como tratamento para as mais diversas situações clínicas do adoecimento como, por exemplo, doenças crônicas não transmissíveis, doenças respiratórias e alérgicas; transtornos psicossomáticos, reduzindo a demanda por intervenções hospitalares e emergenciais e contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos usuários. Além disso, contribui para o uso racional de medicamentos, facilitando a redução à fármaco-dependência. (BRASIL, 2006b, p. 18).

Em 1979, é fundada a Associação Médica Homeopática Brasileira (AMHB); em 1980, a homeopatia é reconhecida como especialidade médica pelo Conselho Federal de Medicina (Resolução N. 1000); em 1990, é criada a Associação Brasileira de Farmacêuticos Homeopatas (ABFH); em 1992, é reconhecida como especialidade farmacêutica pelo Conselho Federal de Farmácia (Resolução N. 232); em 1993, é criada a Associação Médico-Veterinária Homeopática Brasileira (AMVHB); e em 2000, é reconhecida como especialidade pelo Conselho Federal de Medicina Veterinária (Resolução N. 622). (BRASIL, 2006, p. 7).

A Homeopatia é conhecida e consolidada em todo o mundo. A denominação dos medicamentos homeopáticos é a mesma, em qualquer lugar do mundo, porque é o nome em

latim da substância ou planta que lhes deu origem. Não existem nomes comerciais, esses medicamentos sempre foram de domínio público.

A Homeopatia é pouco difundida para os usuários do SUS, mesmo sendo uma prática de medicina resguardada pela PNPIC.

2.5.2 Plantas medicinais e fitoterapia

A Fitoterapia é uma "terapêutica caracterizada pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal". O uso de plantas medicinais na arte de curar é uma forma de tratamento de origens muito antigas, relacionada aos primórdios da Medicina e fundamentada no acúmulo de informações por sucessivas gerações. (BRASIL, 2006b, p.19).

As ações decorrentes desta política, manifestadas em um Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF), são imprescindíveis para a melhoria do acesso da população aos medicamentos, à inclusão social e regional, ao desenvolvimento industrial e tecnológico, à promoção da segurança alimentar e nutricional, além do uso sustentável da biodiversidade brasileira e da valorização, valorização e preservação do conhecimento tradicional associado das comunidades tradicionais e indígenas. (BRASIL, 2007, p. 5).

Filippo Teofrasto Paracelso, médico, filósofo, astrólogo, considerado um dos alquimistas mais notáveis do seu tempo, deixou como legado às gerações de alquimistas que o sucederam o livro *Plantas mágicas, botânica oculta* (PARACELSO, 1976) a obra introduziu os estudos da homeopatia e fitoterapia, terapias que, no início do séc XX faziam parte das Ciências Ocultas. A ciência experimental estava ainda por nascer, os conhecimentos eram dogmáticos- religiosos e conservados no ocultismo. “Como base própria da divina criação, observou com atenção que toda substância dotada da vida orgânica, embora aparentemente inerte, encerrava grande variedade de potência curativa”. (PARACELSO, 1976, p. 6).

Ao longo dos séculos, partindo dessa premissa de Paracelso, os produtos de origem vegetal constituíram as bases para tratamento de diferentes doenças.

Desde a Declaração de Alma-Ata, em 1978, a OMS tem expressado sua posição a respeito da necessidade de valorizar a utilização de plantas medicinais no âmbito sanitário, tendo em conta que 80% da população mundial utiliza essas plantas ou preparações destas no que se refere à atenção primária à saúde. Ao lado disso, destaca-se a participação dos países em desenvolvimento nesse processo, já que possuem 67% das espécies vegetais do mundo.

O Brasil possui grande potencial para o desenvolvimento dessa terapêutica, como: maior diversidade vegetal do mundo; ampla biodiversidade e uso de plantas medicinais vinculado ao conhecimento tradicional e à tecnologia, para validar cientificamente esses conhecimentos.

O interesse popular e institucional vem crescendo no sentido de fortalecer a Fitoterapia no SUS, e um número expressivo de ervarias e ervateiros se encontra em todas as regiões do País. E esse potencial de biodiversidade e aceitação de fitoterápicos, por brasileiros de todas as classes sociais, serviu de lastro a implantação da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicas, que tem por objetivos⁶⁰ inserir o uso de plantas medicinais no SUS em conformidade com a PNPIC

Esse incentivo efetivamente vem ocorrendo, e são muitos os laboratórios de universidades públicas a receberem as informações tradicionais e a transformá-las em medicamentos fitoterápicos, conforme determinações e regulamentações exigidas pela RDC 48 e 98 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

A jornalista Beatriz Thielmann de Viçosa (MG), fazendo entrevista na Universidade Federal de Minas Gerais, trouxe a notícia de que "De frutos cítricos, como a laranja, nós extraímos um flavonóide denominado Naringina. Ele serve para reduzir gordura e açúcar no sangue. Baixa tanto o colesterol quanto diminui o diabetes. Temos pesquisas na fase pré-

⁶⁰ BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria da ciência, tecnologia e insumos estratégicos, Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, Brasília 2007, p. 6. **Objetivos:** Com vistas a atingir o objetivo da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos que visa "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", o Programa Nacional se propõe a:

- 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.

clínica, com animais de laboratório, e na fase clínica, com humanos, comprovando seus efeitos", afirma a doutora em ciência Tania Toledo de Oliveira, da Universidade Federal de Viçosa-UFV. Segundo essa pesquisadora, o mangue vermelho está sendo estudado pela Universidade de Campinas (Unicamp) desde 2006, para cura da úlcera gástrica; a Pariparoba, pesquisada pela Universidade de São Paulo (USP) está demonstrando ser um excelente filtro solar e rejuvenecedor. "O conhecimento popular conta em todas as fases. É um bem extremamente valioso. O que fazemos não é questionar o conhecimento popular, e sim reconhecê-lo", ressalta o biólogo Felipe Meira de Faria, da Unicamp. (THIELMANN, 2009).

Outros produtos da farmácia da terra são apresentados pela repórter Beatriz Castro de Fortaleza –CE, que visitou a Universidade Federal do Ceará (UFC) e que pesquisa a Arroeira, medicamento popular no Nordeste, do qual os pesquisadores extraem dois medicamentos. “O primeiro é um xarope, que nós chamamos de Elixir, o segundo é uma Pomada para problemas ginecológicos”, diz o doutor em Agronomia Sérgio Horta Mattos, da Universidade Federal do Ceará (UFC).

Beatriz Castro registra que a utilidade medicamentosa das plantas,

[...] aroeira, alecrim, confei o povo já sabia, e a ciência só confirmou, e hoje as mudas das 40 plantas mais usadas na medicina popular são repassadas para cerca de 50 Farmácias Vivas no Ceará, uma retribuição aos ensinamentos colhidos em aldeias, quilombos, junto a rezadeiras, curandeiros, aos moradores mais antigos do interior. Globo Reporter- Rede Globo. 16/10. (CASTRO, 2009).

Os produtos da farmácia da terra, como são popularmente chamados, têm uso popular, de conhecimento tradicional em várias gerações. “O SUS fornece medicamentos fitoterápicos feitos a base de Espinheira Santa – para gastrites e úlceras – e Guaco – para tosses e gripes –, em diversas apresentações. Os produtos já integram as listas de distribuição de medicamentos em 12 estados (RN, PB, SE, BA, TO, MT, DF, GO, RJ, PR, SC e RS).” (BRASIL, FOME ZERO 2009).

Mas, como adverte a professora de ciências farmacêuticas Silvia Berlanga, da Universidade de São Paulo (USP), sobre plantas medicinais: elas também podem ser tóxicas, principalmente se associadas a tratamentos com remédios industrializados. "Se a pessoa estiver sob tratamento convencional, não deve usar essas plantas, esses chás e extratos, sem orientação médica ou pelo menos informar ao médico que também está fazendo uso de outros medicamentos", alerta. (Apud THIELMANN, 2009)

Os medicamentos fitoterápicos, por determinação da RDC 48 da Anvisa, são submetidos a três níveis de teste, sendo o último com humanos. Após os testes exigidos as plantas estão aptas a figurar na Relação Nacional de Plantas Medicinais (RNPM).

Na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS, observa-se uma abertura, uma ressalva ao conhecimento tradicional, pois caracteriza como “relação de plantas medicinais **com potencial** de utilização para o SUS: relação de espécies de plantas medicinais selecionadas por meio do diagnóstico situacional e que **não** alcançaram os critérios necessários para serem inseridas na Relação Nacional de Plantas Medicinais.” (BRASIL, 2006b, p. 68).

2.5.3 Termalismo social e crenoterapia

O uso das águas termais para tratamento de saúde é um procedimento dos mais antigos, utilizado desde a época do Império grego. Foi descrito por Heródoto (450 a.C.), autor da primeira publicação científica termal. (BRASIL, 2006b, p.21)

Em estudo comparado entre águas termais de Portugal e Brasil, faz uma retrospectiva histórica do uso das águas quentes como terapia.

As práticas termais tiveram uso ancestral e são associadas, sobretudo por médicos, à fase ‘religiosa’ e empírica da Medicina. Com o advento da Medicina dita científica, os médicos sentiram necessidade de se apropriar dessa prática terapêutica para uso popular, para outros do domínio da magia de modo a que ela acompanhasse a história da medicina. (QUINTELA, 2004, p. 2).

No Termalismo, o agente terapêutico é a água termal (água com temperatura acima de 20°C), motivo pelo qual, como o uso é coletivo denomina-se Termalismo Social.

No Brasil, há fontes termais em vários estados, mas as de Santa Catarina- SC, Minas Gerais- MG, Mato Grosso- MT e Espírito Santo- ES são as mais conhecidas. As fontes Termais são diferentes em cada região, pois cada água contém em si as propriedades curativas para doenças e enfermidades diversas. São medicamentos líquidos, ou ouro líquido, já que, além de propiciarem saúde, ainda são fonte de renda nas regiões onde brotam naturalmente.

A Crenoterapia consiste na indicação e no uso de águas minerais, com finalidade terapêutica, atuando de maneira complementar aos demais tratamentos de saúde.

O Código de águas, Decreto-lei 7.841, de 8 de agosto de 1945, em seu art. 1º, estabelece: “Águas minerais são aquelas provenientes de fontes naturais ou de fontes artificialmente captadas que possuam composição química ou propriedades físicas ou físico-químicas distintas das águas comuns, com características que lhes confirmam uma ação medicamentosa”.

No Brasil, a Crenoterapia foi introduzida com a colonização portuguesa, que trouxe ao País seus hábitos de usar águas minerais para tratamentos de saúde. Com a Medicina Convencional deixou de ser indicada.

O Departamento Nacional de Produção Mineral, do Ministério de Minas e Energia, na expectativa de mobilizar o setor e de proporcionar recuperação econômica, realizou, no período de 29 de setembro a 2 de outubro do corrente ano, na cidade de São Pedro -SP, o 18º Congresso Brasileiro da Indústria de Águas Minerais (INTERNET, 2009). Paralelamente ao Congresso, aconteceu o 1º Simpósio Brasileiro de Crenologia e Hidrologia Médica, eventos organizados pela Comissão Permanente de Crenologia do DNPM e pela Associação Brasileira da Indústria e Águas Minerais (Abinam).

As águas minerais foram batizadas como “diamante líquido”, “petróleo”, “ouro”, “remédio universal”, quer por suas virtudes terapêuticas, quer pelo potencial econômico que representam para um país e/ou uma região. Os lugares que circundam essas fontes foram denominados “laboratórios da natureza, ou farmácias da natureza”. A partir delas formaram-se ciências como a hidrologia, a hidrologia médica, a crenologia e, em torno destas, originaram-se disputas pela legitimidade de suas práticas, apoiadas em saberes para alguns afirmados como “populares” ou empíricos, para outros, científicos. (QUINTELA, 2004, p. 4)

Países europeus, como: Espanha, França, Itália, Alemanha, Hungria entre outros, adotam desde o início do século XX o Termalismo Social, como maneira de ofertar às pessoas idosas tratamentos em estabelecimentos termais especializados (BRASIL, 2006b, p. 22), objetivando proporcionar a essa população o acesso ao uso das águas minerais com propriedades medicinais, seja para recuperar ou tratar sua saúde, assim como para preservá-la.

Não é diferente no Brasil, as Fontes Termais e as Fontes Minerais, com abordagens coletivas, tanto de prevenção quanto de promoção e recuperação de saúde, são uma realidade que promove saúde e origina riquezas, pois foi incrementado o conceito no contexto de Turismo e Saúde e de Termalismo Social, cujos alvos são: sustentabilidade e manutenção da saúde. (BRASIL, 2006b, p. 22).

2.6 MEDICINA ANTROPOSÓFICA

A Medicina Antroposófica é uma ampliação da medicina convencional acadêmica, que busca compreender e tratar o ser humano, considerando sua relação com a natureza, sua vida emocional e sua individualidade.

No Brasil, a Associação Brasileira de Medicina Antroposófica (Abma) é a instituição oficialmente responsável pelo ensino, pesquisa e divulgação dessa prática, e os cursos básicos são ministrados a médicos e profissionais da saúde.

Medicina Antroposófica no mundo todo é considerada uma extensão da formação médica acadêmica. Em resumo, é uma especialização da Medicina, enriquecida pelo trabalho conjunto, interdisciplinar com outros profissionais, tais como: massagistas rítmicos, terapeutas artísticos, euritmistas e psicólogos.

A “arte médica” que parte da Escola Superior Livre de Ciência Espiritual no *Goetheanum em Dornach*, Suíça, foi inaugurada pelo Dr. Rudolf Steiner⁶¹ e representa uma parte do que é abrangido pelos ensinamentos antroposóficos globais de Rudolf Steiner. (WEGMAN, 2009)

Além da preocupação com o todo do organismo vivo, a Medicina Antroposófica se utiliza do meio onde o *Ser* vive para curá-lo, buscando, nos elementos da natureza, de forma integrada (p.ex.: argila, água, plantas), o medicamento para a disfunção que se apresenta no corpo físico.

Tudo que é ensinado nas universidades em âmbito médico, todo o científico é muito bem reconhecido dentro da realização dessa arte médica, estimam-se os resultados da pesquisa científica, mas também se está muito consciente que, apesar de todas as conquistas dos novos tempos, muitos mostram uma insatisfação e se trata de adquirir a verdadeira razão para a terapia. Vê-se a causa desta insatisfação no fato de a arte médica ser hoje apenas edificada sobre o conhecimento do ser humano físico, e se está consciente que esta insatisfação apenas pode ser superada se se acrescentar à abordagem do ser humano físico-sensorial a abordagem do supra-sensível no ser humano. Assim, esta arte médica que nós defendemos no *Goetheanum* parte de uma antropologia que tanto abrange o ser humano sensível quanto o ser humano supra-sensível. Aos conhecimentos que as ciências oferecem sobre o físico-sensível, ela acrescenta os conhecimentos do supra-sensível provenientes da ciência espiritual antroposófica. (WEGMAN, 2009).

⁶¹(Disponível em: <<http://www.abmanacional.com>>. Acesso em: 7 dez 2008) O precursor da Medicina Antroposófica foi Rudolf Steiner, filósofo alemão que dedicou seus estudos a “teoria do conhecimento”, buscando explicações e a aplicação dessa teoria aos fenômenos ocorridos em organismos vivos. Rudolf Steiner reconheceu essa diferenciação na metodologia proposta pela Teoria do Conhecimento, na forma como o poeta alemão Johann Wolfgang von Goethe fazia suas pesquisas no campo da Botânica e da Zoologia. Sua primeira tarefa foi publicar a Obra Científica de Goethe, o que ninguém havia feito até então. Foi ordenando e publicando essa obra que Rudolf Steiner desenvolveu os primeiros conceitos de uma metodologia específica na Teoria do Conhecimento, para se entenderem os organismos vivos, para reconhecê-los como um todo, sem fragmentações.

Esse tipo de prática médica, já bem conhecida em algumas regiões do Brasil, tem os serviços do profissional médico do SUS regulamentados pela PNPIC.

Em Porto Alegre, no Posto de Saúde Passo das Pedras, a médica Linda Chee Ming Tse, é uma especialista em Medicina Antroposófica e atua dentro dos ditames e conceitos da prática no SUS. O que será exposto no capítulo seguinte.

A condição de ampliação e acesso as práticas ressaltadas acima, tanto de Medicina Tradicional quanto de Medicina Tradicional Chinesa ou Complementar, é assunto que se aborda a seguir.

2.7 AMPLIAÇÃO E ACESSO – PROJETO DE LEI

A PNPIC determina, em suas diretrizes, que os gestores municipais regulamentem, viabilizando ampliação e acesso às práticas integrativas nela elencadas, Medicina Tradicional (MT), Medicina Tradicional Chinesa (MTC) e Medicina Complementar (MC).

A regulamentação deve se fazer por lei que garanta: ampliação e acesso às práticas integrativas e complementares no SUS, motivando o conhecimento transdisciplinar; direito integral de saúde no âmbito do SUS; direito dos terapeutas de terem a atividade regulamentada para sua segurança e dos pacientes; sustentabilidade cultural.

O direito dos cidadãos ao acesso às Práticas Integrativas e Complementares no SUS deve ser implementado como prevê a política pública e uma das formas possíveis é por lei municipal que regulamente a atividade dos terapeutas naturistas. Por esse motivo, criou-se um projeto de lei que deve ser de competência do Poder Executivo Municipal – prevê dotação orçamentária–, para que o mesmo possa cumprir as diretrizes traçadas pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde, como gestor municipal.

Projeto de Lei Ordinária⁶²

SÚMULA: Dispõe sobre normas gerais e critérios básicos a implantação das Terapias Naturais no Município de Caxias do Sul, e dá outras providências. (AMORIM, 2009)

⁶²Projeto de Lei, apresentado em audiência pública no dia 4 de junho de 2009, na Câmara de Vereadores de Caxias do Sul. A autora é advogada, especialista em Direito Civil e Processual Civil pela Faculdade IDC; Mestranda em Direito Ambiental pela UCS-RS; bolsista da Capes.

Estabelece normas gerais e critérios básicos à implantação das Terapias Naturais no Município e dá outras providências.

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º O município implementará as Terapias Naturais para o atendimento da população da sua jurisdição.

§ 1º Entendem-se como Terapias Naturais todas as práticas de promoção de saúde e prevenção de doenças que utilizem basicamente recursos naturais.

§ 2º Dentre as Terapias Naturais destacam-se modalidades, tais como: massoterapia, fitoterapia, terapia floral, acupuntura, hidroterapia, cromoterapia, aromaterapia, geoterapia, quiropraxia, ginástica terapêutica, iridologia, *reiki*, práticas corporais (*lian gong, chi gong, tui-ná, tai-chi-chuan*); práticas mentais (meditação, *yoga*); terapias de respiração.

Art. 2º Para o exercício da atividade, os profissionais aptos a exercer as terapias naturais citadas no artigo 1º§§ deverão estar habilitados por cursos de terapeutas nas modalidades prevista nesta lei, em escolas particulares ou públicas, de nível técnico ou superior, ou com prática terapêutica incontestável de mais de cinco anos, a partir desta lei, e inscritos em associações, conselhos ou órgãos de classe existentes no Município, Estado ou País.

Art. 3º Para o disposto nesta lei, o Município poderá celebrar convênios com órgãos federais e estaduais, escolas de terapias, bem como com entidades representativas de terapeutas naturistas.

Art. 4º As despesas decorrentes da execução desta lei correrão por conta de dotações orçamentárias próprias.

Art. 5º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Exposição de Motivos

Esse projeto de Lei Ordinária visa à inclusão da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, na rede municipal de saúde do Município de Caxias do Sul.

Considerando os ditames da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC) implantado pela Portaria Ministerial nº 971, em 3 de maio de 2006;

Considerando a composição tripartite da saúde no Brasil;

Considerando a responsabilidade do Gestor Municipal de dar sustentabilidade aos programas de saúde;

Considerando que a PNPIC no SUS determina que o Gestor Municipal deve:

- 1- elaborar normas técnicas para inserção da PNPIC na rede municipal de saúde;
- 2- definir recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política;
- 3- promover articulação intersetorial para a efetivação da Política;
- 4 - estabelecer mecanismos para a qualificação dos profissionais do sistema local de saúde;
- 5- estabelecer instrumentos de gestão e indicadores para o acompanhamento e avaliação do impacto da implantação/ implementação da Política;
- 6- divulgar a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS;
- 7- realizar assistência farmacêutica com plantas medicinais; fitoterápicos e homeopáticos, bem como a vigilância sanitária no tocante a esta Política e suas ações decorrentes na sua jurisdição;
- 8- apresentar e aprovar proposta de inclusão da PNPIC no Conselho Municipal de Saúde;
- 9- exercer a vigilância sanitária no tocante à PNPIC e ações decorrentes, bem como incentivar o desenvolvimento de estudos de farmacovigilância e farmacoepidemiologia, com especial atenção às plantas medicinais e aos fitoterápicos, no seu âmbito de atuação

Considerando que normas técnicas é a normalização da atividade que estabelece, em relação a problemas existentes ou potenciais, prescrições destinadas à utilização comum e repetitiva com vistas à obtenção do grau ótimo de ordem em um dado contexto, os objetivos da normalização de critérios básicos a implantação das Terapias Naturais na Secretaria Municipal de Saúde, para a inserção da PNPIC na rede municipal de saúde são:

- proporcionar a redução de agravos da saúde brasileira através de práticas e procedimentos naturais de uso comum da comunidade;
- proporcionar meios mais eficientes na troca de informação entre o terapeuta e o cliente, melhorando a confiabilidade das relações de serviços de saúde;
- proteger a vida humana e a saúde;
- prover a sociedade de meios eficazes para aferir a qualidade dos serviços terapêuticos naturais oferecidos.

Como já exposto, as políticas públicas são o reflexo do desejo do legislador, tanto em nível constitucional como no caso das voltadas à saúde e ao meio ambiente, quanto às voltadas a assuntos regulados por leis infraconstitucionais; logo, são a cristalização ou a materialização do desejo do cidadão, motivo que impõe a seus gestores que as cumpram na integralidade, e, não sendo possível que se implemente de imediato, que viabilizem condições de implementação e de acesso à comunidade.

Ora, ampliar o número de terapeutas, para que se possam dar acesso às práticas ressaltadas na PNPIC, é uma questão de regulamentação de lei. Lei municipal, do Executivo já que altera dotação orçamentaria. Portanto, basta conhecimento e vontade do gestor municipal para ampliar o acesso às práticas integrativas no SUS.

3 INTERFERÊNCIAS E EXPERIÊNCIAS À AMPLIAÇÃO AO ACESSO A PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

Nesse tópico, analisar-se-ão algumas formas de interferência à ampliação das Práticas Integrativas e Complementares no SUS: interferência legal (positiva) e interferência de terceiros (negativas).

Ainda far-se-á uma seleção de casos já publicados, que relatam o uso de Práticas Integrativas de Medicina Tradicional, que foram bem-sucedidas no âmbito do SUS. Por fim, apresentam-se relatos de obreiras (médica, enfermeiras), que contribuem com à ampliação e ao acesso a Práticas Integrativas e Complementares no SUS.

3.1 CONTROLE DO ESTADO SOBRE OS FITOTERÁPICOS

O controle do Estado sobre os fitoterápicos se dá por meio da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) por suas Resoluções de Diretoria Colegiada (RDC). A Anvisa tem papel fundamental no controle e registro de produtos de consumo e uso humano; alimentícios, cosméticos, medicamentos e outros.

A RDC 48, de 16 de março de 2004, atualizou e normatizou o registro de medicamentos fitoterápicos, e a regulamentação é destinada a empresas que venham a industrializar produtos de origem vegetal.

Pode-se dizer que o selo de qualidade, que garante eficácia, qualidade e cientificidade em produtos fitoterápicos é o *registro* e a *liberação de uso* da Anvisa.

Fitoterápico é o medicamento obtido do emprego exclusivo de 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 por meio de levantamentos etnofarmacológicos de utilização; de documentações tecnocientíficas em publicações ou ensaios clínicos (fase 3). “Não se considera medicamento fitoterápico aquele que, na sua composição, inclua substâncias ativas isoladas, de qualquer origem, nem as associações destas com extratos vegetais.” (ANVISA, 2009).

A Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, publicada mediante o Decreto 5.813, em 22 de junho de 2006, refere que “ se constitui em parte essencial das

políticas públicas de saúde, meio ambiente, desenvolvimento econômico e social como um dos elementos fundamentais de transversalidade na implementação de ações capazes de promover melhorias na qualidade de vida da população brasileira”. (BRASIL, 2007, p. 5)

A Instrução Normativa 5, de 11 de dezembro de 2008, determina a publicação da "lista de medicamentos fitoterápicos de registro simplificado". Nela constam os tipos de plantas que não necessitam validar suas indicações terapêuticas e a segurança de uso.

A interferência positiva da Anvisa, como reguladora e fiscalizadora, permite que parâmetros de eficácia e qualidade sejam conseguidos, mas a determinação de que as análises experimentais ocorram em fases e períodos preestabelecidos, em média cinco anos, auxilia para uma interferência negativa – a biopirataria.

A interferência negativa do Estado se concretiza na gestão. Falta ao ente público – gestor municipal, que tem a responsabilidade com a atenção básica nos Postos de Saúde – atitude e também dar melhor aproveitamento aos recursos financeiros para a prevenção e qualidade na saúde. Relembrando, é uma das diretrizes da PNPIC, o comprometimento do gestor municipal na ampliação e no acesso a Práticas Integrativas e Complementares. Mas os municípios brasileiros, na grande maioria, ainda não possuem sequer um horto medicinal, muito menos um laboratório de fitoterápicos no qual se viabilizaria a obtenção de qualidade e segurança na manipulação dos medicamentos de conhecimento tradicional, que podem ser destinados, por prescrição médica, a pacientes da Atenção Básica no SUS.

Existe falta de interesse, há falta de atitude, mas a maior interferência (negativa) ao acesso à terapia fitoterápica é o desconhecimento dos médicos, que relutam em tratar os pacientes com medicamentos naturais.

E o vício do medicamento alopático – industrializado e sintético não é só do médico, é também dos usuários do SUS que querem “ganhar remédio”, não importando se o remédio é eficaz ou se lhe trará efeitos colaterais.

Não se quer, com essa observação, negar que a tecnologia científica é necessária, útil e eficaz, mas, somente no “subsistema – secundário – (complexo)”.

Relembra-se: é o médico generalista que recebe o paciente no posto de saúde do SUS, e é ele quem deve reconhecer e dar o diagnóstico, mas também é esse médico que tem a obrigação funcional de cumprir as determinações das políticas públicas em Saúde, voltadas à atenção básica. Logo, se o paciente é do “subsistema – primário”, o médico tem que ter aptidão aos conhecimentos tradicionais e de terapias complementares e/ou indicar quem, sob seu controle, atenda o paciente de Atenção Básica com essas práticas eficazes e menos dispendiosas.

É importante comentar que o vício de receitar e ganhar medicamentos alopáticos está criando uma indústria paralela. A indústria das ações judiciais em busca de medicamentos que *não* constam na Relação Nacional de Medicamentos (Rename). Grifou-se o “não” porque nem sempre é uma realidade o *não* consta o medicamento na Rename. O medicamento consta na lista, mas com o nome genérico, e o paciente acompanhado de laudo e requisição médica, exige do Estado o produto com a mesma propriedade medicamentosa, mas com nome comercial diverso e mais caro.

Não são poucas as ações que tramitam no tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul TJ/RS e no Tribunal Regional Federal da Quarta Região TRF4. E o que era lucro somente da indústria farmacêutica passa a ser rentável, lucro, para médicos e advogados e duplo gasto para o erário público, pois movimenta a estrutura judiciária e ainda paga pelo medicamento exigido pelo paciente.

Demonstra-se aqui um caso em que um paciente, com acidente vascular cerebral, por determinação médica, teve que usar o medicamento *Botox* (que é a toxina botulínica), como na Relação Nacional de Medicamentos não consta o nome *Botox*, o paciente ajuíza então ação buscando receber do SUS o medicamento Botox, muito embora tenha recebido a toxina botulínica. A ação foi ajuizada porque o laudo médico exige *Botox*.

DES.^a MARIA ISABEL DE AZEVEDO SOUZA
Presidente e Relatora
RELATÓRIO

Adota-se o relatório de fl. 102:

“Os autos⁶³ dão conta de que ILÍDIO TONELLA ajuizou contra o MUNICÍPIO DE CAXIAS DO SUL e o ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL ação para obrigá-los a fornecer-lhe o medicamento **Botox** (toxina botulínica), indispensável ao tratamento da moléstia de que é portador (acidente vascular cerebral). Na decisão de fls. 78/79, o MM. Juiz de Direito da 2ª Vara Cível Especializada em Fazenda Pública da Comarca de Caxias do Sul ordenou o fornecimento do fármaco pleiteado, no prazo de cinco dias. Inconformado, tempestivamente, o MUNICÍPIO DE CAXIAS DO SUL interpõe o presente agravo de instrumento. Argui, em preliminar, (I) a ilegitimidade passiva ad causam em relação ao fármaco requerido e (II) o descabimento do deferimento da antecipação de tutela pela falta dos requisitos exigidos para sua concessão. Pede a concessão de efeito suspensivo ao recurso.”

Na decisão de fls. 89/91, deferiu-se o efeito suspensivo ao recurso para “sustar a ordem de fornecimento do medicamento Botox (toxina botulínica pelo Agravante”. Intimado, o Agravado deixou de apresentar as contrarrazões (fl. 95). O Ministério Público opinou pelo desprovimento do recurso.”

Na decisão monocrática de fls. 102/106, negou-se seguimento ao recurso. Inconformado, o MUNICÍPIO DE CAXIAS DO SUL interpõe o presente agravo. Argui, em preliminar, a ilegitimidade passiva ad causam para fornecer medicamento excepcional, porquanto “a Política Nacional dos Medicamentos define, ainda, que o fornecimento de medicamentos excepcionais e especial é de atribuição dos Estados-membros” (fl. 113). Defende que a decisão recorrida viola o princípio da reserva do possível. Aduz, ainda, que “o Estado já deferiu o fornecimento da medicação **toxina**

⁶³Tribunal de Justiça do RS, processo 70032378317. (Disponível em: http://www.tjrs.jus.br/site_php/jprud2/resultado.php >. Acesso em: 31 out. 2009.)

butolínica (...), e não o medicamento Botox, que é o nome comercial” (fl. 118). É o relatório. (Grifou-se)

O Sistema Único de Saúde à mercê do (des)conhecimento, como acima demonstrado, está fadado a não assistir como se propôs os usuários de Atenção Básica, porque está sendo extremamente onerado por alguns indivíduos em detrimento do coletivo.

Não se nega a obrigação constitucional do Estado, combinada com a Política Nacional de Medicamentos de oferecer os medicamentos ao cidadão brasileiro, mas é preciso ter consciência, isto é observar-se a possibilidade do SUS, e mais, exigir-se dos médicos do sistema particular que observem a real necessidade do paciente e ao Judiciário a real condição financeira de quem pede, inclusive se passou pela avaliação dos médicos que são do SUS.

Os médicos dedicados ao trabalho no SUS conhecem e vivenciam as dificuldades dos pacientes, tanto que, em assembleia com o ministro da Saúde, em junho de 2009, afirmam que estão sendo expulsos do SUS. “Na entrevista coletiva,⁶⁴ o presidente do Conselho Federal de Medicina (CFM), Edson de Oliveira Andrade, reafirmou o compromisso dos médicos de atuar em defesa dos pacientes e classificou a situação do SUS como de “descaso, abandono, mentiras e imenso desrespeito aos enfermos”. Para Andrade, “os médicos estão sendo expulsos do SUS e queremos dizer à sociedade que não aguentamos mais”.

Contrário senso, o Judiciário,, por seus pares defere liminares e concede tutelas antecipadas, constringindo recursos público para pagamento de medicamento a indivíduos que, na maior parte das vezes, poderia fazer uso de medicamentos com o mesmo princípio ativo e bem mais baratos.

Não basta “lavar as mãos” e liberar os birôs dos foros sem, contudo observar que a Atenção Básica, que atende a grande maioria dos usuários, está sendo debridadada, esfacelada, pelo desvio de recursos a uma única pessoa, que , na verdade, procura a Justiça porque tem em mãos um laudo e uma requisição, com pecha.

Os profissionais médicos que estão habituados as receberem amabilidades e financiamentos para congressos, com todas as despesas pagas pelos grandes laboratórios, ficam comprometidos a receitar e, por conseguinte, a auxiliar esses laboratórios a colocarem no mercado de consumo medicamentos de ponta daquela indústria, mesmo desconhecendo a eficácia e eficiência dos produtos em relação à saúde do paciente; forcem, através de pedidos judiciais, a entrada de medicamentos na lista Rename.

⁶⁴Veja-se o movimento médico. (Disponível em: <http://www.portalmédico.org.br/JORNAL/Jornais2009/mai_jun/jornal_2_3.pdf>. Acesso em: 31 out. 2009).

Observe-se o que foi comentado, sobre esse tema, pelo secretário da Saúde do estado, o médico Osmar Terra, em entrevista concedida ao Jornal Zero Hora do grupo RBS:

Muitas vezes as ações judiciais chegam a nós antes mesmo dos pedidos de leito. Não temo ser preso por causa das ações, mas sei que o risco existe. Sou gestor público e tenho que atender igualmente a todos. **O problema é que os laboratórios usam a legislação do SUS para se beneficiar. Em vez de testarem os medicamentos, fazem as experiências no SUS. Dão de graça por alguns meses e, em seguida, pedem para o paciente cobrar do Estado na Justiça. Muitos desses remédios nem são eficazes.** Às vezes, sei que temos problemas no estoque. Como os medicamentos são caros, é difícil estocar.

E na mesma reportagem o presidente do Sindicato Médico do Rio Grande do Sul (Simers) aponta: **“A Justiça é a última esperança.** A Constituição diz que pessoas têm direito a esse atendimento, como têm de ir e vir, e o estado tem obrigação de prover isso. Ocorre que o estado não provê e fica tudo por isso mesmo. **Normalmente, o médico que está diante desta situação estimula o paciente a procurar o socorro do Judiciário.”** (CARDOSO; GONZATTO, 2008)

E o Judiciário, poder do Estado brasileiro com obrigação de dizer o Direito, de forma equânime, vem sendo manipulado e continua, indiscriminadamente, a conceder as tutelas e liminares. O que, raras vezes, em grau de recurso é revertido.

Nas diretrizes baseadas na "medicina das evidências" estão narrados, também, eventuais conflitos de interesses, em decorrência de eventual vinculação, da informação fornecida, com fabricante, fornecedor ou entidade ou pessoa envolvida no processo de produção e comercialização do medicamento avaliado. Não é demais lembrar que o fornecimento de medicamento para tratamento de enfermidades em desconformidade com os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas vai de encontro à racionalização e organização do sistema, bem como ao próprio direito à saúde. Daí que se torna necessária a execução de uma perícia médica. Esta, a ser realizada em primeiro grau, deve ter como nortes, portanto, a informação sobre os protocolos clínicos e terapêuticos do Ministério da Saúde, a "medicina de evidências" e a realização de termo, firmado pelo perito e pelo médico subscritor da prescrição, de ausência de conflito de interesses, na esseira da melhor prática clínica e atenta à definição de saúde da Organização Mundial de Saúde- "estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença". Aliás, a OMS define a qualidade clínica como sendo a articulação de desempenho profissional, eficiência no uso dos recursos, gestão de risco (incluindo a segurança do doente) e o índice de satisfação do cliente. De outro lado, há que se tomar posição a respeito daqueles medicamentos que não se encontram enquadrados na lista RENAME ou ainda em fase de experimentação ou mesmo ainda não incluídos nos protocolos clínicos e diretrizes médicas, e que, mesmo assim, são, muitas vezes, objeto de pedidos no Judiciário.(...).“Com relação à concessão do pedido de fornecimento ao autor do medicamento Humira (adalimumabe), torna-se necessária a realização de perícia médica para explicitar a real necessidade da medicação ora requerida, e a impossibilidade de tal medicamento ser substituído, com eficácia equivalente, pelos medicamentos fornecidos pelo SUS. Nesses termos, antes da concessão de eventual pedido de fornecimento de medicamentos, se faz imprescindível a realização de perícia médica, com todas as cautelas possíveis. Assim, merece ser reformada a r. decisão agravada, para suspender o fornecimento da medicação postulada, até que se produza prova pericial confirmando a necessidade dos referidos medicamentos.

Por esses motivos, com fulcro no art. 37, § 1º, II, do R.I. da Corte, dou parcial provimento ao agravo de instrumento, tão-somente para reformar a decisão que determinou o fornecimento ao autor do medicamento supra referido, ressaltando que qualquer medicação já entregue não poderá ser recolhida ou postulado o ressarcimento, devendo a União ser mantida no pólo passivo da demanda. Comuniquem-se o juízo de origem. Irrecorrida esta decisão, dê-se baixa na SRIP e remetam-se os autos à Vara de Origem. (AG - AGRAVO DE INSTRUMENTO Processo: 2009.04.00.031136-7 UF: SC Data da Decisão: 01/09/2009 Órgão Julgador: TERCEIRA TURMA – TRF4)

A festa do medicamento está feita, o Judiciário, mesmo sem “intenção ” é participe. E quem sofre são todos os usuários do SUS, recebendo socorro em cadeiras, ficando dias e noites sentados com soro, com dor, com desconforto e de forma desumana, aguardando leitos, enquanto do SUS, para um único paciente, por liminares ou tutelas antecipadas saem dos cofres públicos valores em reais que faltam ao atendimento coletivo.

Passa-se a analisar no tópico que segue o tema do Direito de Propriedade sobre os conhecimentos tradicionais –fitoterápicos–, observando-se que talvez seja um dos pontos em que a legislação brasileira tenha que urgentemente ser reformulada, adequada, para que seja efetivamente protegido o conhecimento tradicional brasileiro.

3.2 MARCAS, PATENTES E BIOPIRATARIA

O reconhecimento das diversas tradições de criatividade é um componente essencial para manter vivos diferentes sistemas de conhecimento. Isso é particularmente importante nesse período de violenta destruição ecológica, no qual a mínima fonte de conhecimento e discernimento ecológico pode tornar-se um elo vital para o futuro da humanidade nesse planeta (SHIVA, 2001, p. 30).

Para Shiva (2001, p.30), o sistema de conhecimento autóctone, ou, aquele que é natural de uma dada região: aborígene, indígena, silvícola, geralmente é ecológico, enquanto o modelo dominante de conhecimento científico, caracterizado pelo reducionismo e pela fragmentação, não está preparado para considerações de inter-relações na natureza.

Sobre o mesmo enfoque, é possível se analisar o conhecimento tradicional de Medicina Tradicional e Medicina Complementar, *in casu*, as Plantas Medicinais e a Fitoterapia.

O conhecimento tradicional há dezessete anos foi objeto de discussão e de proteção na Convenção sobre Diversidade Biológica, assinada durante a Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento, realizada na cidade do Rio de Janeiro, no período de 5 a 14 de junho de 1992, conhecida como Rio 92.

O Decreto Legislativo 2, de 5 de junho de 1992, ratifica, o texto da CDB, o qual declara em seu Preâmbulo⁶⁵, entre outras, que o Estado tem direito soberano sobre os seus

⁶⁵ As Partes Contratantes,

Conscientes do valor intrínseco da diversidade biológica e dos valores ecológico, genético, social, econômico, científico, educacional, cultural, recreativo e estético da diversidade biológica e de seus componentes;
Conscientes, também, da importância da diversidade biológica para a evolução e para a manutenção dos sistemas necessários à vida da biosfera,

Afirmando que a conservação da diversidade biológica é uma preocupação comum à humanidade,

Reafirmando que os Estados têm direitos soberanos sobre os seus próprios recursos biológicos,

Reafirmando, igualmente, que os Estados são responsáveis pela conservação de sua diversidade biológica e pela utilização sustentável de seus recursos biológicos,

Preocupados com a sensível redução da diversidade biológica causada por determinadas atividades humanas,

Conscientes da falta geral de informação e de conhecimento sobre a diversidade biológica e da necessidade urgente de desenvolver capacitação científica, técnica e institucional que proporcione o conhecimento fundamental necessário ao planejamento e implementação de medidas adequadas,

Observando que é vital prevenir, combater na origem as causas da sensível redução ou perda da diversidade biológica,

Observando também que quando exista ameaça de sensível redução ou perda de diversidade biológica, a falta de plena certeza científica não deve ser usada como razão para postergar medidas para evitar ou minimizar essa ameaça,

Observando igualmente que a exigência fundamental para a conservação da diversidade biológica é a conservação in situ dos ecossistemas e dos habitats naturais e a manutenção e recuperação de populações viáveis de espécies no seu meio natural.

Observando ainda que medidas ex situ, preferivelmente no país de origem, desempenham igualmente um importante papel,

Reconhecendo a estreita e tradicional dependência de recursos biológicos de muitas comunidades locais e populações indígenas com estilos de vida tradicionais, e que é desejável repartir eqüitativamente os benefícios derivados da utilização do conhecimento tradicional, de inovações e de práticas relevantes à conservação da diversidade biológica e à utilização sustentável de seus componentes,

Reconhecendo, igualmente, o papel fundamental da mulher na conservação e na utilização sustentável da diversidade biológica e afirmando a necessidade da plena participação da mulher em todos os níveis de formulação e execução de políticas para a conservação da diversidade biológica,

Enfatizando a importância e a necessidade de promover a cooperação internacional,

regional e mundial entre os Estados e as organizações intergovernamentais e o setor

não-governamental para a conservação da diversidade biológica e a utilização sustentável de seus componentes,

Reconhecendo que cabe esperar que o aporte de recursos financeiros novos e adicionais e o acesso adequado às tecnologias pertinentes possam modificar sensivelmente a capacidade mundial de enfrentar a perda da diversidade biológica,

Reconhecendo, ademais, que medidas especiais são necessárias para atender as necessidades dos países em desenvolvimento, inclusive o aporte de recursos financeiros novos e adicionais e o acesso adequado às tecnologias pertinentes,

Observando, nesse sentido, as condições especiais dos países de menor desenvolvimento relativo e dos pequenos Estados insulares,

Reconhecendo que investimentos substanciais são necessários para conservar a diversidade

biológica e que há expectativa de um amplo escopo de benefícios ambientais,

econômicos e sociais resultantes desses investimentos,

Reconhecendo que o desenvolvimento econômico e social e a erradicação da pobreza são as prioridades primordiais e absolutas dos países em desenvolvimento,

Conscientes de que a conservação e a utilização sustentável da diversidade biológica é de importância absoluta para atender as necessidades de alimentação, de saúde e de outra natureza da crescente população mundial, para o que são essenciais o acesso e a repartição de recursos genéticos e tecnologia,

Observando, enfim, que a conservação e a utilização sustentável da diversidade biológica fortalecerão as relações de amizade entre os Estados e contribuirão para a paz da humanidade,

Desejosas de fortalecer e complementar instrumentos internacionais existentes para a conservação da diversidade biológica e a utilização sustentável de seus componentes, e

Determinadas a conservar e utilizar de forma sustentável a diversidade biológica para benefício das gerações presentes e futuras. (BRASIL, 2000, p. 9)

próprios recursos biológicos, e que é vital prever, prevenir e combater na origem as causas da sensível redução ou perda da diversidade biológica. Reconhece a estreita e tradicional dependência de recursos biológicos de muitas comunidades locais e populações indígenas, com estilos de vida tradicionais, e que é desejável repartir equitativamente os benefícios derivados da utilização do conhecimento tradicional, de inovações e de práticas relevantes à conservação da diversidade biológica e à utilização sustentável de seus componentes.

Muitos anos se passaram da entrada da CDB no mundo jurídico brasileiro, que se deu por meio da publicação do Decreto supracitado, sem, contudo ter muita efetividade.

A biodiversidade, declarada e ratificada como patrimônio privativo do Estado, segundo Wilson (2002, p. 129), “funciona como uma espécie de seguro para manter a estabilidade dos ecossistemas. Quando uma espécie desaparece, seu nicho é ocupado mais rapidamente e com mais eficiência se existirem muitos candidatos para o papel”, e é protegida pela legislação brasileira.

O legislador infraconstitucional tem buscado tutelar a biodiversidade por meio dos seguintes instrumentos normativos: Lei de Biossegurança, Lei de Propriedade Industrial, Lei de Proteção de Cultivares, Lei de Sementes e Mudanças, Lei dos Crimes Ambientais, Medida Provisória⁶⁶, Projeto de Lei de Acesso aos Recursos Genéticos e Esse último dispõe sobre o acesso ao patrimônio genético e ao conhecimento tradicional associado e sobre a repartição justa e equitativa dos benefícios derivados da sua utilização, sendo o acesso regulado pelo Conselho de Gestão do Patrimônio Genético (CGEN), pertencente ao Ministério do Meio Ambiente.

No caso dos fitoterápicos, muito embora a vasta legislação, é a Anvisa que licencia, certifica a qualidade e eficácia de substâncias ou de princípios ativos.

No Brasil, pelo que se depreende da legislação, não é possível, até esse momento, patentear conhecimentos intelectuais ou conhecimentos científicos, que surgem da pesquisa com plantas medicinais, mas é prudente lembrar que o pesquisador deve resguardar o resultado de sua pesquisa por meio da Lei dos Direitos Autorais, que muito embora não dê ao pesquisador um direito de patente, resguarda a sua pesquisa de patentes de terceiros fora do Brasil.

⁶⁶ Medida Provisória 2.186-16, de 23 de agosto de 2001. Regulamenta o inciso II do § 1º e o § 4º do art. 225 da Constituição, os arts. 1º, 8º, alínea "j", 10, alínea "c", 15 e 16, alíneas 3 e 4 da Convenção sobre Diversidade Biológica; dispõe sobre o acesso ao patrimônio genético; a proteção e o acesso ao conhecimento tradicional associado, a repartição de benefícios e o acesso à tecnologia e transferência de tecnologia para sua conservação e utilização, e dá outras providências. (Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/mpv/2186-16.htm>. Acesso em 06 nov. 2009).

Nos Estados Unidos, na União Européia e no Japão, é possível o patenteamento de “invenções” tanto de material genético quanto de princípios ativos de Plantas Medicinais.

O Direito Internacional da Propriedade Intelectual é protegido pela Organização Mundial do Comércio, dentre os anexos desse acordo, figura o Acordo sobre Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual, relacionados ao Comércio –ADPIC - TRIPS-OMC,⁶⁷ que, na ciência do Direito, Comercial e Internacional, permite que os países possam gozar das mesmas regras.

Mas, embora seja uma regra de Direito Comercial Internacional, não impede a biopirataria, não resguarda o conhecimento tradicional, pois permite que os menos favorecidos e menos esclarecidos, detentores desses conhecimentos tradicionais, tenham esses patenteados sem qualquer dificuldade.

Dois aspectos devem ser observados no patenteamento – não esquecendo que a observação é sobre o patenteamento no Exterior, já que não temos legislação que permita o patenteamento de conhecimentos tradicionais: **o positivo**, que está no controle e possibilidades de obtenção de maior investimento em pesquisas, que resultem em descoberta de cura de doenças ou que auxiliem o homem nos percalços da vida.

E sobre esse aspecto, Wilson diz que a primeira pista para um novo medicamento pode estar entre as centenas de remédios da medicina chinesa tradicional. Pode ser identificada nos rituais acompanhados por alucinógenos de um curandeiro da Amazônia; da

⁶⁷ Veja-se: Ministério do Desenvolvimento, OMC Portal INPI. (Disponível em: < http://www.inpi.gov.br/menu-esquerdo/patente/pasta_acordos/omc_html_acesso_em_06/11/2009>. Acesso em: 6 nov. 2009). Por se tratar da Organização Mundial do Comércio (OMC) é necessário conhecer o seu antecedente, isto é, o Acordo Geral sobre Tarifas Alfandegárias e Comércio (GATT) e o seu principal foro de negociações, que foi a Rodada Uruguai. No âmbito do Gatt, cujo objetivo fundamental era a liberação do comércio internacional, a inclusão da propriedade intelectual ocorreu devido à necessidade de ampliar a proteção dos direitos de propriedade intelectual, uma vez que sua violação caracterizava-se como uma prática comercial desleal.

As negociações do GATT foram chamadas de rodadas. No total de 8 (oito), a Rodada Uruguai foi a mais famosa, pois chegou-se a uma acordo final para a ampla liberalização do comércio de produtos e serviços com a criação da Organização Mundial do Comércio. Ressalta-se que, dentre os anexos desse acordo, figura o Acordo sobre Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual relacionados ao Comércio (ADPIC - TRIPS). A Organização Mundial do Comércio - OMC é um organismo multilateral, internacional, para construção, defesa e desenvolvimento do sistema mundial do comércio. Foi criada pelo Acordo de Marraqueche, em 15 de abril de 1994, entrando em vigor em 1º de janeiro de 1995.

A OMC é uma organização independente, orgânica e funcionalmente estabelecida por iniciativa de seus próprios membros, por meio de um acordo constitutivo e mais quatro anexos, também como *status* de acordo e com relativa autonomia, entre os quais, destaca-se o ADIPC - TRIPS.

O acordo da OMC, por ser constitutivo de uma organização internacional, não admite reservas. Os anexos sim, admitem-nas, de acordo com as disposições fixadas nos próprios instrumentos. Nesse aspectos, considerando a abrangência das disposições do ADIPC - TRIPS e as obrigações dela decorrentes, o Acordo prevê prazos de transição diferenciados, de acordo com o grau de desenvolvimento dos países membros. Nesse sentido, o Brasil só se obrigou ao atendimento integral de suas disposições a partir de dezembro de 1999.

A Organização Mundial do Comércio assenta-se sobre determinados princípios a saber: multilateralismo, nação mais favorecida e proibições de discriminações.

observação fortuita de um cientista ou da busca ativa, por meio de exames de tecidos vegetais e animais. (WILSON, 2002, p. 139-140).

Para esse autor, o ganho das experiências e descobertas de análogos artificiais são as patentes, e tanto a patente quanto a marca registrada da pesquisa farmacêutica geram fortunas a indústria farmacêuticas.

Wilson (2002, p.138), comenta que um quarto de todos os remédios vendidos nas farmácias é de substâncias extraídas de plantas. Outros 13% vêm de micro-organismos e 3% de animais, perfazendo um total, aproximadamente, de 40% de produtos de origem biológica. O conhecimento desses produtos, plantas e animais, que servem no todo ou em partes, como ou para medicamentos é ouro⁶⁸ para a indústria farmacêutica.

Bioprospecção é o método ou forma de localizar, avaliar e explorar sistemática e legalmente a diversidade de vida existente em determinado local (SANTOS, 2002)

Para Santilli (2005, p.199), a bioprospecção é o acesso a material genético e a seus produtos, ou aos conhecimentos tradicionais associados, a fim de identificar possíveis aplicações econômicas. Coleta de material biológico e acesso a seus recursos genéticos, em busca de novos compostos bioquímicos cujos princípios ativos possam ser aproveitados para a produção de novos produtos farmacêuticos, químicos e alimentares. (p. 200).

Wilson (2002), em *O futuro da vida: um estudo da biosfera para a proteção e todas as espécies*, inclusive a humana, demonstra vários casos de patenteamento dos conhecimentos tradicionais e, entre tantos, destaca um de grande importância para a humanidade e para a Medicina Convencional, a ciclosporina.

Um fungo obscuro das montanhas do interior da Noruega produzia um potente supressor do sistema imunológico humano. Quando a molécula responsável foi extraída do fungo e purificada, verificou-se que se tratava de uma molécula complexa, de um tipo que os químicos orgânicos jamais haviam observado. Além disso, o efeito não podia ser explicado pelos princípios conhecidos da biologia molecular e celular. Entretanto, sua importância para a medicina era óbvia, já que, quando órgãos são transplantados de uma pessoa para outra, o sistema imunológico do hospedeiro tende a rejeitar o tecido alienígena. Esse novo agente, que recebeu o nome de **ciclosporina**, tornou-se uma parte essencial dos transplantes de órgãos, além de abrir novas linhas de pesquisa sobre os mecanismos moleculares da própria resposta imunológica. As estranhas cadeias de eventos que às vezes levam de uma observação casual a uma grande descoberta científica dariam excelentes enredos de histórias de ficção científica se não fossem verdadeiros. (WILSON, 2002, p. 140).

⁶⁸ Veja-se sobre o tema: WILSON, Edward. *O futuro da vida: um estudo da biosfera para a proteção de todas as espécies*, inclusive a humana. Rio de Janeiro: Campos, 2000. p.138-147. O autor relata que, nas cinco maiores florestas do planeta, os estrategistas da indústria farmacêutica investem em bioprospecção e desenvolvimento de produtos, porque sabem que, na farmacopeia da natureza, uma única molécula pode ser suficiente para pagar com sobras todo o dinheiro investido.

Ainda hoje, é quase inimaginável um transplantado viver sem o Ciclosporina, que é um medicamento utilizado como supressor do sistema imunológico, ou seja, antirrejeição do órgão transplantado.

Aspecto **negativo** ou interferência negativa do patenteamento sobre os conhecimentos tradicionais ocorre quando acontece a biopirataria.

Biopirataria é o saque, o contrabando de diversas formas de vida da flora e fauna e também a apropriação dos conhecimentos das comunidades tradicionais quanto ao uso dos recursos naturais.

Um caso de biopirataria divulgado na mídia é o do cupuaçu.

O cupuaçu,⁶⁹ fruto característico da Amazônia, utilizado pelos povos indígenas, assim como por comunidades locais como uma fonte primária de alimento desde gerações, e utilizado como fitoterápico – uso das sementes para dor abdominais –, teve patenteado seu princípio ativo e insumos e também foi registrada a marca *cupuaçu* por uma indústria japonesa, a ASAHI Foods Co., Ltd.

Cupuaçu e Cupulate - Marcas registradas no Japão, na Europa e nos EUA.

Além destas patentes, a ASAHI Foods Co., Ltd. registrou o nome *cupuaçu* como marca registrada para várias classes de produtos (incluindo chocolate) no Japão, na União Europeia e nos Estados Unidos.

Obtivemos notícias que, na Alemanha, os advogados da ASAHI Foods Co., Ltd. ameaçaram com multas de 10.000 \$ uma empresa que comercializa geleia de

⁶⁹ Veja-se: (Disponível em: < <http://www.amazonlink.org/biopirataria/cupuacu.htm> acesso em 05/11/2009>. Acesso em: 5 nov. 2009). O **cupuaçu** (*Theobroma Grandiflorum*) é uma árvore de porte pequeno a médio, pertence à mesma família do Cacaú e pode alcançar até 20 metros de altura. A fruta de cupuaçu foi uma fonte primária de alimento na floresta Amazônica tanto para as populações indígenas, quanto para os animais. Essa fruta tornou-se conhecida por sua polpa cremosa de sabor exótico. A polpa é usada no Brasil inteiro e no Peru para fazer sucos, cremes de sorvete, geleia e tortas. Amadurece nos meses chuvosos de janeiro a abril e é considerada uma delicadeza na culinária de cidades sul-americanas onde a demanda ultrapassa o estoque. **Uso tradicional:** povos indígenas, assim como comunidades locais ao longo do Amazonas, cultivaram cupuaçu como uma fonte primária de alimento desde gerações. Nos tempos antigos, sementes de cupuaçu foram negociadas ao longo do rio Negro e Orinoco, onde o suco de cupuaçu, depois de ser abençoado por um pajé, foi utilizado para facilitar nascimentos difíceis. O povo Tikuna utiliza as sementes do cupuaçu para dores abdominais.

Potencial econômico - chocolate de cupuaçu: o valor relativamente alto do mercado da polpa da fruta (\$ 2 - 4 por kg), usada para a produção de produtos frescos, faz o cultivo de árvores de cupuaçu mais e mais atraente. Além do mais, as características semelhantes ao cacaú (*Theobroma cacao* L.) permite que, além da produção da polpa, as sementes de *T. grandiflorum* (ca.20 % de peso fresco) possam ser usadas também para fabricar um tipo de chocolate. Existem iniciativas em várias regiões do Brasil para desenvolver o chocolate de cupuaçu, também chamado de *cupulate*. No Japão, esse chocolate já está sendo produzido e comercializado. Somente no primeiro quadrimestre de 2002, o Amazonas exportou 50 toneladas de sementes de cupuaçu para o Japão. A expectativa é de que os japoneses comprem aproximadamente 200 toneladas de sementes de cupuaçu para beneficiamento no ano que vem. Novamente, assumimos, ou pior, incentivamos o insignificante papel de exportadores de matéria-prima.

cupuaçu (um outro detentor da marca "cupuaçu") por causa do uso do nome "cupuaçu" no rótulo da geléia.

A pesar da palavra *cupuaçu* a ASAHI Foods Co., Ltd. registrou ainda como sua marca a palavra *cupulate* na União Européia e no Japão. (INTERNET, 2009)

As informações que a Amazonlink.org apresenta são assustadoras. “Existe uma disputa sobre os direitos do uso da palavra *cupuaçu* para determinados produtos. Estudando as possibilidades de exportar bombons e outros produtos do cupuaçu para a Alemanha, a Amazonlink.org foi orientada para que a palavra cupuaçu não aparecesse em hipótese alguma.” (INTERNET, 2009).

PATENTES SOBRE O CUPUAÇU

Registrado por	Registrado onde	Data de publicação	Título	Número (Clique o número para mais informação fornecida pela esp@cenet)
The Body Shop International Pic*	Reino Unido	5/8/1998	COSMETIC COMPOSITION COMPRISING CUPUACU EXTRACT (Composição cosmética incluindo extrato de cupuaçu)	GB 2321644A
Asahi Foods Co., Ltd.*	Japão	30/10/2001	LIPIDS ORIGINATING FROM CUPUAÇU, METHOD OF PRODUCING THE SAME AND USE THEREOF (Gordura do cupuaçu - método para produzir e uso)	JP 2001299278
Asahi Foods Co., Ltd.*	Japão	18/12/2001	OIL AND FAT DERIVED FROM CUPUACU - THEOBROMA GRANDIFLORUM SEED, METHOD FOR PRODUCING THE SAME AND ITS USE (Óleo e gordura derivados da semente do cupuaçu - theobroma grandiflorum, método para produzi-lo)	JP2001348593
Asahi Foods Co., Ltd.*	União Europeia	3/7/2002	FAT ORIGINATING IN CUPUASSU SEED, PROCESS FOR PRODUCING THE SAME AND USE THEREOF (Produção e uso da gordura da semente do cupuaçu)	EP 1219698A1
Asahi Foods Co., Ltd.*	OMPI – mundial	3/7/2002	FAT ORIGINATING IN CUPUASSU SEED, PROCESS FOR PRODUCING THE SAME AND USE THEREOF (Produção e uso da gordura da	WO0125377

			semente do cupuaçu)	
Cupuacu International Inc.*	OMPI – mundial	17/10/2002	CUPUA SEED-ORIGIN FAT, PROCESS FOR PRODUCING THE SAME AND USE THEREOF (Produção e uso da gordura da semente do cupuaçu)	WO02081606

Observação: *Não sabemos se, ou até que grau o termo *biopirataria* se aplica para cada um dos detentores de patentes e marcas aqui mencionados. Porém, consideramos questionável a prática de patenteamento de plantas e cultivares tradicionalmente usadas pelas comunidades da Amazônia. (Disponível em: < <http://www.amazonlink.org/biopirataria/index.htm#> >. Acesso em 05 nov. 2009).

Outro caso de biopirataria relatado, por Santilli (2005, p. 202), foi o do patenteamento de uma variedade do *ayahuasca* (nome indígena que quer dizer “cipó da alma”), planta amazônica utilizada por diferentes povos indígenas e populações tradicionais, com finalidades curativas e medicinais, bem como em rituais xamânicos e cerimônias religiosas. O cancelamento da patente concedida ao norte-americano Loren Miller, requerida ao *Patent and Trademark Office* (órgão norte-americano responsável pelo registro de patentes e marcas comerciais), pela organização não governamental *Center for International Environmental Law* (Ciel), em nome da Coordenação das Organizações Indígenas da Bacia Amazônica (Coica), foi indeferido, mas a renovação do registro da patente, após o terceiro ano, não foi renovado.

As **interferências positivas e negativas**, que recaem sobre a qualidade, a eficiência, o controle de qualidade e a biopirataria, de uma forma ou outra, impedem o acesso amplo dos usuários do SUS aos fitoterápicos.

A seguir, enfatizar-se-ão alguns casos públicos de utilização das terapias, ressalvadas na Política Nacional de Práticas Complementares e Integrativas, em hospitais e postos do SUS.

3.3 EXPERIÊNCIAS – CASOS DE CONHECIMENTO PÚBLICOS

As práticas alternativas e complementares de Medicina Tradicional, Medicina Tradicional Chinesa e Medicina Complementar foram inseridas pela política pública nos postos de saúde do SUS, mas são minimamente implementadas.

E, muito embora sejam praticadas ainda de forma incipiente, a demonstração das experiências de casos tem, como finalidade, comprovar que, havendo vontade do Gestor municipal e dos envolvidos no atendimento da atenção básica à saúde, a ampliação e o acesso às PICs no SUS é viável e eficaz.

O primeiro caso que se apresenta é um de pajelança. A matéria jornalística de Carla Modena com título *Pajé tenta curar indiozinho cego por meningite*, foi exibida no Fantástico-Revista Eletrônica da Rede Globo no dia 19/4/2009.

Carla Modena narra que o menino índio Kaiabi (Felipe), Xingu de cinco anos, do estado do Mato Grosso (MT), contraiu uma infecção séria em consequência de um fungo causador de criptococose.

Kaiabi ficou internado por cinco meses no seu estado de origem, e dois meses no hospital municipal de São Paulo, e estava sob os cuidados de dois médicos o pediatra Marcos Schaper, do Projeto Xingu e por Maria Aparecida Ferrarini, pediatra infectologista da Unifesp.

Como não apresentava melhoras, estava cansado da permanência hospitalar de sete meses e continuava com séria infecção, tanto nos pulmões quanto nas meninges (meningite que levou-o à cegueira), seus pais e avó, acreditando na cura por rituais tradicionais, pediram a um pajé Xingu que fizesse o ritual da pajelança.

O Projeto Xingu trabalha há mais de 40 anos com índios do Xingu, e, na ocasião, cuidava de Felipe. Sendo o responsável pelo menino, trouxeram o pajé Yawa Mi U.

O ritual da pajelança durou quatro dias no hospital e continuou na aldeia junto com os familiares e pertences de Felipe. A pajelança, da qual o indiozinho participou teve reza (benzedura) e banho de raízes e ervas que, conforme o pajé, serviam para baixar a febre e retirar a dor do corpo.

Para o pajé Yawa Mi U, o indiozinho não respondia ao tratamento, porque, pela tradição indígena, maus espíritos atrapalham o tratamento.

Após a pajelança, Carla Modena que questionou: “Esse menino mudou com a chegada do pajé e com a pajelança?”

– “Então, mudou”, diz Douglas Rodrigues, coordenador do projeto Xingu.

– “Depois desses quatro dias de pajelança, hoje eu já vi outro Felipe, andando, sorrindo.” **“Para mim, o que importa é que o Felipe, que é a pessoa que eu cuido, acredita. Que a família do Felipe acredita que a comunidade do Felipe acredita. Isso pra mim basta”**, diz o pediatra Marcos Schaper do projeto Xingu.

– **“Eu acho que não dá pra gente tratar a medicina do pajé, a medicina tradicional indígena com o mesmo enfoque que a gente faz com a medicina científica”**, diz Douglas Rodrigues, coordenador do Projeto Xingu. (MODENA, 2009, p.3).

Outro caso apresentado é uma prática de Medicina Complementar.

Genimarta Oliveira (OLIVEIRA, 2008, p.1), profissional de Relações Públicas da Prefeitura de Macaé /RJ, descreve a forma de tratamento preventivo oferecido pelo município para o surto de dengue - O uso da homeopatia contra a dengue já é destaque em publicação científica. Sob o título “Macaé: sucesso da campanha contra a dengue em Congresso Internacional”, a publicitária Genimarta Oliveira conta que “a inclusão da Homeopatia em saúde coletiva com a realização da Campanha de Homeopatia contra a Dengue pela sScretaria Especial de Saúde, será tema de palestra nesta sexta-feira (19/09/2008), no XXIX Congresso Brasileiro de Homeopatia, em São Paulo e no Congresso Mundial de Epidemiologia, no Rio Grande do Sul”.

A homeopata coordenadora de Saúde Coletiva de Macaé, Laila Aparecida Nunes, informa que o a homeopatia foi adotada em 2007 e que chamou a atenção de especialistas, e que “além de palestras e apresentações desse novo dispositivo no combate à dengue, o projeto desenvolvido em Macaé também será publicado na Revista Científica da Associação Paulista de Homeopatia”. (OLIVEIRA, 2008, p.1).

Macaé, como informa Genimarta, teve em 2008 o maior percentual de queda da incidência de dengue no estado do Rio de Janeiro. “Os dados referentes ao primeiro trimestre de 2008 comparados com o mesmo período de 2007, mostram uma queda de 93%.” (OLIVEIRA, 2008, p.1).

A homeopata Laila Aparecida Nunes adverte que o complexo homeopático é usado para atenuar os sintomas da dengue.

“O medicamento é composto por três substâncias: Eupatorium, Crotalus e Phosphorus. A Eupatorium, planta de origem norte-americana, ameniza a febre e as dores no corpo. O Crotalus, extrato que vem do veneno da cobra cascavel, e o Phosphorus ajudam a diminuir as tendências às hemorragias. Pessoas de qualquer idade e mulheres grávidas podem tomar a homeopatia.” (OLIVEIRA, 2008, p.1)

Um terceiro caso é o uso de Plantas Medicinais. De autoria de Beatriz Castro, foi apresentado no Globo Repórter, do dia 16/10/2009, retratando a utilidade do conhecimento tradicional da Medicina Tradicional dos índios Potiguara.

Sob o título “Caju se transforma em poderoso cicatrizante” a jornalista Beatriz Castro, entrevistando a pesquisadora e professora na Faculdade de Enfermagem de João

Pessoa/ PB, Salete Horácio da Silva, que, há mais de 20 anos se dedica a descobrir e comprovar cientificamente o poder das plantas explana que do cajueiro, rico em vitamina C e ferro, tudo é aproveitado desde a raiz até as folhas mais tenras. “As folhas mais tenras servem para afta. É preciso fazer uma infusão e bochechar. A raiz serve para problemas intestinais e respiratórios. A casca serve para tosse”, descreve a pesquisadora. (CASTRO, 2009a, p.1)

Conta a pesquisadora Salete Horácio, à Beatriz Castro que do suco da planta fermentado, processo que leva de 15 (quinze) dias a um mês para ficar pronto, se forma uma película e que essa é indicada para queimaduras e feridas. A pesquisadora denominou a sua descoberta de acajumembrana. (CASTRO, 2009a, p.2)

A acajumembrana, película natural, com efeitos analgésicos, anti-inflamatórios e cicatrizantes já foi indicada e utilizada por mais de quarenta e cinco pessoas, com êxito.

Valdete de Andrade Cavalcanti, que sofria com um ferimento crônico por causa das varizes, e que já não conseguia andar, por dois anos fez diariamente curativos no hospital sem nenhuma melhora. “A partir do momento em que aceitei fazer o tratamento natural com a acajumembrana minha vida mudou, em dois meses a ferida cicatrizou”, conta a paciente.

A pesquisadora Salete Horácio ainda ressalta que “é uma economia estupenda no bolso do usuário, porque uma pomadinha custa entre R\$ 15 e R\$ 20, e isso aqui praticamente fica de graça”.

Beatriz Castro ressalta que a pesquisadora não pretende ganhar dinheiro com a descoberta. E que o tratamento é distribuído de graça para as pessoas mais necessitadas, que contribuem doando matéria-prima, ou seja, caju. Para Salete Horácio da Silva, essa comunhão entre os conhecimentos popular e científico virou uma missão de vida. "Eu tenho admiração pelos índios, porque eles amam a natureza. Eu dou minha vida por isso. Eu vivo para isso. Essa é a minha missão", conclui. (CASTRO, 2009a, p. 2).

Outro caso que demonstra o uso do conhecimento tradicional – Medicina Tradicional – e que também foi apresentado no Globo Repórter de 16/10/2009, é do uso da copaíba.

Daniela Assayag jornalista de Manaus/MA, entrevistando o pesquisador Valdir Veiga Jr., da Universidade Federal do Amazonas (UFAM), a respeito do uso da copaíba, que é um remédio popular usado contra mais de cinquenta tipos de doenças, observa que o óleo de copaíba ganhou respaldo científico.

Sobre os benefícios da copaíba, comenta o professor Valdir Veiga Jr., que coordena um grupo que estuda há dez anos os benefícios desse óleo valioso: "Já conseguimos comprovar atividade contra leishmaniose. Algumas copaíbas têm efeito antimicrobiano e um dos principais achados foi a atividade anticancerígena". Revela ainda: “Temos encontrado

substâncias muito interessantes nas cascas, como o Ácido Betulínico, que está em fase de testes para o tratamento do vírus HIV.” (ASSAYAG, 2009, p. 2).

Ultimamente, os casos de tratamentos com terapias naturais, de Medicina Tradicional, Medicina Tradicional Chinesa e Medicina Complementar estão sendo publicizados em programas de televisão, em *sites* na internet, em *blogs* e, com isso, as pessoas estão tendo conhecimento de terapias alternativas e naturais que auxiliam no tratamento de suas doenças.

As opções são variadas, mas a grande maioria dos tratamentos terapêuticos naturais ainda se encontra na rede particular de saúde.

No tópico que segue, apresenta-se o resultado de trabalho de pesquisa de campo, praticada em Posto de Saúde em Porto Alegre/RS e Aracaju/SE.

3.4 AMPLIAÇÃO E ACESSO À PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UM OLHAR PARA OS RELATOS DA VIDA.

O trabalho de pesquisa no campo do direito, em um sentido estrito, não sugere questões de ordem ética que justifiquem uma reflexão problematizadora. Embora a conduta humana seja assunto de interesse do jurista, certo é que essa discussão surge no plano dos temas sobre os quais a pesquisa jurídica se desenvolve, vale dizer, no nível do objeto de pesquisa, e não no plano da metodologia científica. (SOUZA, 2006, p. 67).

O olhar para a realidade, ou a situações reais vivenciadas, teve como pretensão constatar se a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, no Sistema Único de Saúde, implantada no mundo jurídico há três anos é conhecida/ indicada pelos trabalhadores – médicos e enfermeiros do SUS.

Foram observados cinco Postos de Saúde em Porto Alegre: Modelo, Cruzeiro, Restinga, Nonoai e Passo das Pedras e um na cidade de Aracaju/SE – Posto Sol Nascente.

O primeiro passo foi fazer contato com o(a) gerente do Posto, por telefone, momento em que se dava o esclarecimento do que se tratava a pesquisa.

Nos Postos de Saúde Modelo, Cruzeiro, Restinga e Nonoai, de imediato foi informado que não trabalhavam com Práticas Integrativas e Complementares.

No Posto de Saúde Passo das Pedras foi informado que uma das médicas trabalhava com Terapia Complementar, marcou-se uma entrevista, e coletaram-se os dados.

Na cidade de Aracaju, de 24 de junho a 25 de setembro de 2009, constatou-se que é comum o uso de terapias de Medicina Tradicional, Medicina Tradicional Chinesa e Medicina Complementar.

No Parque da Sementeira existe um herbário – projeto da Universidade Federal do Sergipe e Prefeitura Municipal de Aracaju – com uma variedade de plantas medicinais, desde o conhecido alecrim ao juá (o pó é utilizado para escovação de dentes, contra cárie, tártaros, gengivites).

Na visitação ao herbário, obteve-se a informação de que, no local, também funcionava uma Farmácia Viva – farmácia onde preparavam e vendiam, a toda população, a preço mínimo (de dois a dez reais), fitoterápicos. Obteve-se ainda a informação de que a Farmácia Viva foi fechada por determinação judicial, liminar, no processo entre o órgão de classe dos médicos (CRM/SE) e o município de Aracaju.

O herbário fica aberto todos os dias da semana, e serve como fonte de reconhecimento e conhecimento das Plantas Medicinais lá expostas, tanto para visitação pública quanto para cursos de Fitoterápicos, que são oferecidos por coordenação da Prof^a. Simone Leite, nos Centros Comunitários da cidade de Aracaju, com o auxílio de professores convidados da UFS dos cursos de Farmácia, Química e Biologia.

Participou-se de uma etapa do curso de Fitoterápicos, quando se obtiveram informações como: no Parque da Sementeira – todo o dia tem aulas gratuitas de yoga (Medicina Tradicional Chinesa) e que um Posto de Saúde tem herbário próprio e faz medicamentos fitoterápicos.

O contato com a gerente da Unidade de Saúde da Família (USF), no Posto de Saúde Sol Nascente foi feita por Michele Amorim Becker, auxiliar de pesquisa a esta dissertação, coletaram-se dados referentes ao funcionamento, indicações terapêuticas entre outros.

Na cidade de Porto Alegre, marcada entrevista, participou-se de uma seção de terapia conjunta de Medicina Complementar, que acontece sempre na última quarta-feira do mês, em uma sala da Paróquia Imaculado Coração de Maria, ao lado do Posto de Saúde Passo das Pedras.

Cinco pacientes foram informadas da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, permitindo fazer parte desse trabalho de dissertação.

A médica Linda Che Ming Tse cedeu a esse trabalho seu Projeto Social de Terapia Artística, que é o resultado de seus atendimentos com atividades artísticas e canto. O projeto foi apresentado no VII Congresso Brasileiro de Medicina Antroposófica, em novembro de

2007, na cidade de São Paulo, e no VII Congresso Sul-Americano de Criatividade e na XII Jornada Gaúcha de Arteterapia, em maio de 2008, na cidade de Porto Alegre. (ANEXO)

Métodos para coleta de materiais: foi por meio de observação direta realizada mediante aplicação de questionários, com respostas por escrito à médica e às enfermeiras e por meio de questionamento oral às pacientes.

Foram tiradas fotos tanto do ambiente quanto dos funcionários e pacientes.

Tanto pacientes, quanto médica e enfermeiras, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após serem comunicadas e esclarecidas do teor da pesquisa.

Observações preliminares: O primeiro contato com a médica foi por telefone, nesse foi esclarecido o objetivo da entrevista e pesquisa, e solicitado que respondesse algumas perguntas, as quais foram enviadas para seu e-mail. Contudo, não foi enviado qualquer conceito sobre conhecimentos tradicionais de Medicina Tradicional, Medicina Tradicional Chinesa, Medicina Complementar. As respostas foram entregues antes da reunião mensal.

A entrevistada: **Linda Chee Ming Tse**, Cargo: Médica no *Posto Unidade de Saúde Passo das Pedras* Porto Alegre, trabalha na mesma comunidade há quase dez anos.

Relata que: “é especialista em Medicina Antroposófica, que indica medicamentos utilizados pela Medicina Antroposófica, mas que esses não são disponibilizados no SUS”.

Informa que muitas técnicas estão inseridas na Medicina Antroposófica, e que a filosofia desta Medicina é “fazer com que o paciente tenha consciência de si, começando a observar seu corpo”, para isso utiliza além de medicamentos antroposóficos – técnicas de escalda pés, desenho de dissolução, respiração pictórica, pintura social, canto –, e que todas as técnicas fazem o paciente alcançar melhores resultados de cura e no convívio familiar.

Comenta que no Posto Passo das Pedras, só ela trabalha com Práticas Complementares, e que, os outros médicos não indicam e não comentam sobre tais práticas.

A médica Linda Chee Ming Tse, tem organizado um "projeto de atividade artística, como tarefa do curso de Terapia Artística Antroposófica, turmaII" onde trabalha com pacientes com mais de sessenta anos, desde o ano 2007, e demonstra-se feliz e realizada com o resultado. Muito embora, relata que não são todos pacientes que se adaptam com os medicamentos antroposóficos como a Homeopatia; uns porque querem o resultado imediato, e dizem que a homeopatia demora muito a fazer efeito; outros porque não se adaptam ao gosto de álcool utilizado para conservação do remédio homeopático; e porque acham que terão despesas na aquisição, já que no Posto do Passo das Pedras não tem o medicamento Homeopático para distribuição.

A terapia de pintura, técnica que serve para dissolução, auxilia os pacientes no tratamento de suas doenças. Participou-se na seção terapêutica do mês de outubro e, as pacientes mais antigas relataram melhoras no relacionamento familiar; diminuição nas doses de medicamentos de uso contínuo; e bem-estar/felicidade.

A paciente Zélia relata que tomou a primeira dose de Homeopatia e não se sentiu bem, “subiu a pressão” disse ela. No encontro, a médica Linda diz que “o aumento da pressão pode ter ocorrido porque a Homeopatia tem gosto de álcool, o que pode ter desencadeado sentimentos de lembranças ruins na paciente que conviveu por cinquenta e cinco anos com doente alcoolista.”

Foi possível observar que ainda não estava claro o conceito de conhecimento tradicional de Medicina Tradicional. Existia confusão entre Medicina Tradicional e Medicina Convencional ou Biomedicina, tanto por parte das pacientes quanto da médica.

Concluiu-se, preliminarmente, pelo posicionamento e respostas da médica Linda que falta esclarecimentos quanto o que é a Medicina Tradicional, e quais as práticas que abrangem-na; observou-se também, que ocorre uma confusão entre Medicina Convencional ou biomedicina com Medicina Tradicional, como se aquela fosse a tradicional, ou usual.

Quanto às pacientes entrevistadas, não conheciam os termos apresentados na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares; não sabiam que qualquer Posto de Saúde deve oferecer essas práticas de tratamento das MT/MTC/MA; não sabiam que o SUS disponibiliza medicamentos homeopáticos e fitoterápicos na Farmácia Geral – centro de Porto Alegre; não tinham conhecimento de que existia uma Política Pública que permite a implantação, ampliação e acesso das PICs no SUS.

Em Aracaju/ SE, no Posto de Saúde Sol Nascente, agindo-se de forma idêntica a de Porto Alegre, informou-se o tema e o objetivo da pesquisa, deu-se o esclarecimento e informações solicitadas, sem, contudo, oferecer conceitos antecipadamente, mesmo porque, tinha-se conhecimento de que, no posto de saúde Sol Nascente, o Programa Saúde da Família (PSF) utilizava Fitoterápicos, motivo pelo qual, as perguntas foram direcionadas a esse tipo de terapia.

O posto de saúde Sol Nascente é pioneiro em práticas complementares na capital sergipana. As enfermeiras informam que o horto medicinal do antigo endereço era bem maior, na verdade não era nas dependências do posto de saúde, mas em um terreno em frente, e os cuidados com as ervas era de responsabilidade da comunidade.

Nas dependências do novo posto Sol Nascente, tem um espaço reservado para o horto medicinal, mas as condições financeiras ainda não foram disponibilizadas para: a

construção da cobertura – estufa–, que impedirá que as plantas medicinais sequem em virtude do calor; montagem de um laboratório para secagem, armazenamento e produção dos fitoterápicos; aquisição de vidrarias e outros frascos para o envasamento dos medicamentos fitoterápicos.

Contudo, mesmo de forma precária, o Posto Sol Nascente alcança os objetivos da PNPIC. As enfermeiras dizem que os pacientes estão com maior autonomia, ou seja, fazem o autocuidado e prevenção de agravos de doenças antes de chegarem ao posto para consultar; que os médicos muitas vezes permanecem com a medicação fitoterápica, porque além de eficaz é também mais econômica; e que dos três médicos da unidade de saúde, dois inclusive fazem uso de fitoterápicos.

Observando, e colhendo os relatos das vivências com terapias tradicionais e complementares, ficou demonstrada a viabilidade da PNPIC, e, comprovado que se houver interesse dos gestores municipais em ampliarem o acesso a esses tratamentos terapêuticos e desde que haja uma regulamentação que disponha sobre as normas gerais e critérios básicos à implantação das Terapias Naturais, e assim, a utilização do conhecimento tradicional com o acompanhamento do médico do SUS, ter-se-ão vários benefícios: aos usuários, visão global do seu Ser e do meio onde vive; reconhecimento da utilidade da natureza como fonte de biodiversidade e, portanto incentivo ao cuidado e respeito pelo ambiente; ampliação do conceito de vida e o respeito à mesma; envolvimento da família no cuidado de seu familiar e, com isso, o resgate dos sentimentos de família; mais tranquilidade e harmonia por meio de técnicas como p.ex. a meditação, e a partir dessas, autoconhecimento e diminuição do *stress*; diminuição de consultas; diminuição de uso de medicamentos.

E os benefícios para o SUS: economia com medicamentos; ampliação do atendimento de atenção básica à saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Organização Mundial da Saúde (OMS) fez o mundo lembrar que os pobres, aqueles que muitas vezes demoram meses ou anos para conseguir atendimento seletivo em saúde (alta tecnologia), buscam o tratamento e diminuição dos agravos da doença por meio da Medicina Tradicional, Medicina Tradicional Chinesa, Medicina Complementar, e, recomenda aos países em desenvolvimento que utilizem dessas práticas terapêuticas como recurso à Política de Saúde.

A Constituição Federal brasileira resguarda a saúde e o meio ambiente, correlacionando um tema ao outro, e, nesse sentido, tutela a vida saudável. Recepcionou entre outros desejos dos brasileiros, o de tornar fundamental o direito social à saúde, declarando constitucionalmente a existência do Sistema Único de Saúde (SUS) no art. 200 CF/88, e, ainda, no art. 225 CF/88 recepciona a Declaração dos Direitos Humanos, que diz: “Todos têm direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, bem de uso comum do povo e essencial à sadia qualidade de vida, impondo-se ao Poder Público e à coletividade o dever de defendê-lo e preservá-lo para as presentes e futuras gerações”, e em ambos é possível verificar a “permissão” da visão holística de saúde de forma clara.

As terapias integrantes da Medicina Tradicional, Medicina Tradicional Chinesa e Medicina Complementar vêm acompanhadas de um conhecimento que se propaga de geração a geração e faz parte da cultura do povo.

O conhecimento tradicional, se entendido, reconhecido e respeitado, além de vitalizar a sustentabilidade socioambiental tão preconizada nos dias de hoje, ainda permitirá que o paciente se veja ou se reconheça como um ser completo, integral, fazendo parte do todo. As práticas integrativas e complementares resgatam a capacidade do *Ser* de recobrar a consciência de sua individualidade, fazendo entender que, mesmo sendo indivíduo, é parte integrante do meio ambiente – conceito distinto da medicina ocidental –, que ainda observa o *Ser* de forma fragmentada e geralmente dissociado do ambiente onde vive.

E essa verificação permite supor-se que seja uma das dificuldades de assimilação e aceitação das práticas integrativas e complementares da MT, MTC e MCA pelas corporações médicas, que, em especial, no Rio Grande do Sul são declaradamente contrárias a essas terapias, se não forem aplicadas ou praticadas por médicos. E não é exagero de locução, é constatação.

Infelizmente, são poucos os médicos que têm consciência de observar seus pacientes de forma holística, integrada, homem *versus* ambiente e corpo *versus* mente. E essa falta de compreensão impede que o médico receba seu paciente e o encaminhe a práticas de terapias complementares. Observou-se que nem sempre o paciente precisa de medicamentos, mas de atenção. Logo, não só os médicos precisam mudar de concepção de atendimento, como também os pacientes têm que aprender a não ser dependentes de médicos, de medicamentos, precisam resgatar a responsabilidade de cuidar do seu próprio corpo.

E esse resgate de autocuidado, de autoestima, de responsabilidade com o corpo e mente vem em desfavor à indústria farmacêutica, que há muito tempo é a grande beneficiada no que diz respeito ao consumo exagerado de drogas lícitas, mas que causam dependência e outros agravos à saúde, com seríssimas reações adversas, as quais, muitas vezes, são desconhecidas de médicos e pacientes.

A implementação dos fitoterápicos é urgente, o povo brasileiro precisa se apropriar dos conhecimentos tradicionais e dos benefícios que estes trazem à saúde. Os estados e municípios devem viabilizar hortos medicinais, laboratórios de fitoterápicos, valorizando com isso a biodiversidade brasileira, e cumprindo dessa forma os ditames da PNPIC.

Quanto à biopirataria, mesmo não sendo possível conforme a legislação de propriedade intelectual o patenteamento relacionado a conhecimentos tradicionais, é preciso que se encontre uma forma de proteção desses conhecimentos, para que, no futuro, não seja exigido dos brasileiros pagamentos de *royalties* a estrangeiros, por serem donos de bens da biodiversidade do Brasil, como já ocorre com o cupuaçu.

E, em relação aos objetivos da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, um deles é diminuir custos no âmbito da atenção básica, no que se denominou sistema primário, garantindo aos usuários do SUS atendimento, mas com um tratamento mais natural e menos dispendioso aos cofres públicos.

Falando em dispêndio, involuntariamente o Judiciário está contribuindo para tal, e precisa começar a reconhecer os direitos dos usuários do SUS como coletivos e não individuais. É necessária uma revisão desses valores, desse hábito de “firmar posicionamento”, frase comum nos julgados. Os julgados devem respeitar e valorizar os princípios e objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS), que foram estabelecidos para beneficiar o maior número possível de pessoas. Isso não quer dizer que não deve ser respeitada a garantia do indivíduo em buscar, judicialmente, por seu tratamento e medicamento quando este se vê impedido em seu direito, mas é imperioso que sejam

estabelecidos alguns parâmetros à concessão de liminares em favor de um indivíduo em detrimento da maioria.

A melhor compreensão sobre o tema, por parte de todos os cidadãos, e a atitude do gestor municipal são determinantes ao sucesso da PNPIC no SUS. Negar-se sob qualquer argumento é inoportuno.

O uso de plantas medicinais, fitoterápicos e outras terapias é importante não só para resgatar a cultura do povo, mas a notoriedade da biodiversidade brasileira; a mudança de hábitos; o respeito pela cultura do povo, e a perpetuação do conhecimento tradicional.

Os produtos da flora brasileira são úteis à saúde, bem como as terapias: meditação, práticas corporais e orientação alimentares, e se no âmbito do SUS, forem indicadas e o seu uso e prática forem acompanhados pelo médico – generalista ou especialista, os benefícios serão tanto dos pacientes quanto dos médicos do SUS e maior ainda dos cofres públicos.

Ainda, é impressionante que se esclareça que os médicos têm o exercício da sua profissão estabelecidos, e que, dentro dos limites de sua atuação, são eles os únicos profissionais que têm o direito de ser chamados de médicos, mas a expressão *medicina* não é exclusividade desses profissionais, ou dessa categoria.

Desmitificar é urgente! Compreender as terapias tradicionais de Medicina Tradicional, Medicina Tradicional Chinesa e Medicina Complementar e utilizar o conhecimento de quem pratica essas terapias é mais urgente ainda, para que os usuários do SUS obtenham um atendimento de atenção básica à saúde, de forma mais natural e com visão ampliada.

E esse modelo de tratamento à saúde é sim uma questão de direito que precisa ser discutida, resgatada e, muito embora o legislador já tenha regulamentado esse direito por meio da Política Pública das PIC no SUS, entende-se que a complementariedade exigida deve partir dos gestores municipais, viabilizando a ampliação e o acesso dessas práticas terapêuticas em todos os postos de saúde do Brasil.

Não só os gestores municipais precisam compreender os objetivos da PNPIC, também os médicos do SUS – profissionais que dão atendimento no subsistema primário – precisam encaminhar os pacientes para serem tratados com fitoterápicos, homeopatia, acupuntura, entre outros, conforme a necessidade do paciente. A atenção básica, no SUS, deve ser aquela que trata o indivíduo na sua integralidade e que previne agravos à saúde; que encaminha o paciente a técnicas que possam diminuir sintomas de doenças, buscando a saúde, sem o uso imediato de medicamentos.

As Medicinas Tradicional, Chinesa e Complementar são enaltecidas, reconhecidas e resguardadas pela Organização Mundial de Saúde em âmbito internacional e, no Brasil, a vontade do legislador diz que no SUS essas medicinas são autorizadas.

Logo, são urgentes atitudes que regulamentem as atividades dos terapeutas de Medicina Tradicional, Medicina Tradicional Chinesa e Medicina Complementar, não só para dar segurança jurídica aos atores de prática integrativas – terapeutas –, que, ainda hoje em termos de legislação penal brasileira, podem ser denunciadas como charlatães, mas também para dar segurança às pessoas que a essas práticas terapêuticas se submetem.

Nesse contexto, compreensão, reconhecimento e respeito pelos atos sociais que formam os “novos direitos” são imprescindíveis, e o jurista não pode negar-se ao debate.

Reconhecer o conhecimento tradicional: nacional e chinês, bem como os conhecimentos complementares de medicina visando à saúde do indivíduo e à atenção básica em saúde, definitivamente é uma questão de resgate cultural, de preservação dos conhecimentos, de sustentabilidade socioambiental e, portanto, é uma questão de direito!

OBRAS CITADAS

AGAMBEN., G. *Homo Sacer: o poder soberano e a vida nua I. Giorgio Agamben; tradução de Henrique Burigo*. Belo Horizonte: UFMG. 2002.

AMORIM, L. L. *Projeto de lei . Dispõe sobre normas gerais e critérios básicos à implantação das Terapias Naturais no Município de Caxias do Sul e dá outras providências*. Caxias do Sul. 2009.

AMORIM, M. C., & PIRILLO, E. B. *Para entender a saúde no Brasil*. São Paulo: LCTE Editora. 2006.

ANVISA Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Ministério da Saúde. *Legislação* Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br>. Acesso em 5 mai. 2008.

ARAÚJO, L. *Cinco ataques contra o SUS*. Disponível em: <
<http://www.vereadorcicero.com.br/noticias/50-saude/77-cinco-ataques-contra-sus.html>>.
Acesso em 21 mai. 2009.

ASSAYAG, D. *Copaíba é o nova aposta da Medicina Fitoterápica*. Disponível em:
<http://globoreporter.com.br>>. Acesso em 19 nov 2009.

AUGUSTO, L. G. Saúde e Ambiente. In: M. d. BRASIL, *Saude no Brasil - contribuições para a Agenda de Prioridades de pesquisa* (pp. 221-254). Brasília: MS. 2004.

AURÉLIO, B. d. *Novo Dicionário Eletrônico da Língua Portuguesa Versão 5.0*. Brasil. 2004.

BARCELLOS, A. P. *Neoconstitucionalismo, direitos fundamentais e controle das políticas públicas*. Revista Diálogo Jurídico nº 15 Janeiro/fevereiro/ março de 2007 -Salvador - Bahia . 2007.

BENATAR, S. R. Bioética: Poder e Injustiça. In: V. GARRAFA, & O. Leo PESSINI, São Paulo: Loyola. 2003.

BRASIL. Instituto Nacional de Propriedade Intelectual - *INPI*. Disponível em:
http://www.inpi.gov.br/menu-esquerdo/patente/pasta_acordos/omc_html. Acesso em 06 nov. 2009.

BRASIL. Lei 6.938. *31 de ago de 1981* .

BRASIL, Ministério da Fazenda. (2009). *Legislação por assunto*. Disponível em:
<http://www.receita.fazenda.gov.br/Legislacao/LegisAssunto/Cpmf.htm>. Acesso em 04 set. 2009.

BRASIL. Ministério das Relações Exteriores. Ministério de Meio Ambiente (2000a). *A Convenção sobre Diversidade Biológica - CDB*. Brasília: MMA.

BRASIL. Ministério da Saúde(2006c). *A fitoterapia no SUS e o Programa de Pesquisa de Plantas Medicinais da Central de Medicamentos*. Brasília: Ideal Ltda.

_____. *Carta dos direitos dos usuários da saúde*. Brasília: Brasil. (2006d).

_____. *Entendendo o SUS*. Brasília. (2006a).

_____. *Saúde da Família*. (2004). Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php>>. Acesso em 18 set 2009.

_____. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS- PNPIC-SUS*. Brasil: MS. (2006b).

_____. Programa Nacional de DST e Aids. Oficina de Aconselhamento em DST/HIV/AIDS para Atenção Básica. *Série Manuais n° 66* . Brasília: Impresso no Brasil. 2005.

_____. *Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos*. Brasília: MS. 2007.

_____. *Sistema Unico de Saude(SUS): princípios e conquistas*. Brasília: Ministério da Saúde. 2000.

BUCCI, M. P. *Políticas públicas e direito administrativo*. Revista de Informação Legislativa , 90. ano 34 n° 133, 1997.

BUSS, P. M. *Promoção da Saúde e Qualidade de Vida*. Ciência & Saúde Coletiva vol.5 , 11. 2000.

BUTZKE, A. *Os fundamentos ecológicos das questões ambientais na Constituição brasileira de 1988*. Revista trabalho e ambiente/ Universidade de Caxias do Sul. -v.1, n.1. Caxias do Sul; EDUCS. , 111/123. 2002.

CANOTILHO, J. J., & LEITE(organizadores), J. R. (2007). *Direito Constitucional Ambiental Brasileiro*. São Paulo: Saraiva.

CAPRA., F. *O TAO DA FÍSICA. Um paralelo entre a Física Moderna e o Misticismos Oriental*. Rio de Janeiro: Cultrix. 1975.

CARDOSO, D., & GONZATTO, M. *Drama no SUS: saúde na mão de juízes*. Disponível em : <http://zerohora.clicrbs.com.br/zerohora>. Acesso em: 27 out 2009.

CASTRO, B. *Aroeira é utilizada no pós-parto e na higiene íntima da mulher* . Disponível em: <http://www.globoreporter.com.br> . Acesso em: 26 out 2009.

CASTRO, B. *CAJÚ se transforma em poderoso cicatrizante*. Disponível em: <http://www.globoreporter.com.br> . Acesso em 26 out 2009.

CHI-PO. *NEI CHING O livro de ouro da Medicina Chinesa*. Rio de Janeiro: Objetiva Ltda. 1980.

- CURY, I. T. *Direito Fundamental à Saúde*. Rio de Janeiro: LUMEN JURIS.2005.
- DERANI, C. *Direito Ambiental Econômico*. São Paulo: Saraiva. 2008.
- DIAS, F. Á. *Desvinculação de Receitas da União, Gastos Sociais e Ajuste Fiscal. Textos para Discussão nº 38*, p. 16. 2008.
- DIEGUES(ORG), ARRUDA, A. C., VIEIRA, R. S., SILVA, V. C., FIGOLS, F. A., & ANDRADE, D. *Os Saberes Tradicionais e a Biodiversidade no Brasil*. São Paulo: Ministério do Meio Ambiente. 2000.
- DUTRA, T. *Projeto de Lei propõe regulamentação do exercício da medicina*. Disponível em: <<http://www.crefito5.com.br>>. Acesso em 20 out 2009.
- ENSP, E. N. Histórico da Saúde. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br>. Acesso em: 04 set 2009.
- FERREIRA, M. V. . *Acupuntura*. Disponível em: <http://www.acupuntura.org>. Acesso em: 15 nov 2009.
- FIORILLO, C. A., & Diaféria, A. *Biodiversidade e patrimônio genético no direito ambiental brasileiro*. São Paulo: Max Limonad. 1999.
- FREIRE, G., & SALGADO., M. I. *Saúde e Espiritualidade*. Belo Horizonte: INEDE. 2008
- GOLDIM, J. R. Bioética e Pandemia de Influenza. *HCPA 2009;29(2)*, 164. 2009.
- HELMAN, C. G. *Cultura, saúde e doença / Cecil G. Helmann; trad. Claudia Buchweitz e Pedro Garcez. - 4. ed.* Porto Alegre: Artmed. 2003.
- HERINGER, A. *Patentes de medicamentos e aspectos sociais*. 2003
- HORA, D. M. *Medicalização, Escola Nova e Modernização da Nação:1930-1945.* , Disponível em: <[http:// www.histedbr.fae.unicamp.br/.../artigo_034.html](http://www.histedbr.fae.unicamp.br/.../artigo_034.html)>. Acesso em: 11 set 2009.
- IGPA *Pesquisa de Campo*. Disponível em http://www.ucg.br/ucg/institutos/igpa/site/home/secao.asp?id_secao=173>. Acesso em: 6 nov 2009.
- LEFF, E. *Saber ambiental; sustentabilidade, racionalidade, complexidade, poder*. Tradução de Lúcia Mathilde Endlich Orth. Petrópolis: Vozes. 2001
- LEITE, J. R. O Estado e o meio ambiente. In: J. R. Leite, *Dano ambiental: do indivíduo ao coletivo extrapatrimonial* (pp. 21-68). RT Revista dos Tribunais. 2003.
- LEITE, M., & FERREIRA, H. S. *A vida como uma invenção: patentes e direito ambiental na sociedade de risco*. Florianópolis, SC, Brasil. 2009.

- LUCCHESE, P. T. *Como era a ação governamental em saúde antes do Sistema Único de Saúde?* Políticas Públicas. Disponível em: < <http://itd.bvs.br>> Acesso em 6 set 2009.
- LUCCHESE, P. T. Políticas Públicas em Saúde Pública. *Informação para Tomadores de Decisão em Saúde Pública - Projeto ITD*. Biblioteca Virtual em saúde - Saúde Pública Brasil. 2002.
- MARQUES, V. R. *A medicalização da raça: médicos, educadores e discurso eugênico*. Campinas: UNICAMP. 1994.
- MAUÉS, R. E. *Pajelança e encantaria Amazônica*. Disponível em: < <http://www.fflch.usp.br/sociologia/posgraduacao/jornadas>>. Acesso em: 23 out 2009.
- MILARE, É. *Direito do Ambiente: doutrina, prática, jurisprudência, glossário*. São Paulo: Revista dos Tribunais. 2001.
- MIRANDA, C. A. *Da Polícia Médica à Cidade Higiênica*. Disponível em: http://www.proext.ufpe.br/publicacoes_cadernos_saude. Acesso em 13 set 2009.
- MODENA, C. *Pajé tenta curar indiozinho cego por meningite*. Disponível em:< <http://fantastico.globo.com/Jornalismo/FANT/0,,MUL1091077-15605,00.html>>. Acesso em: 20 abr 2009,
- MONTELES, R., & PINHEIRO, C. U. *Plantas medicinais em um quilombo maranhense: uma perspectiva etnobotânica*. Revista de Biologia e Ciências da Terra Volume 7 - Número 2, 38-48. 2007.
- MORIN, E., & Dória, t. d. *Ciência com consciência*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil. 2005.
- OLIVEIRA, G.. *Macaé: sucesso da campanha contra a dengue em congresso internacional*. Disponível em: <http://www.macaee.rj.gov.br/noticias/mostranot.asp?id=14229>. Acesso em: 10 out 2009.
- OMS, O. M. *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005*. Genebra: OMS. 2002.
- OMS, Organização Panamericana de Saúde. Disponível em: < <http://new.paho.org/bra>>. . Acesso em 13 out 2009.
- ONU, A. G. *Declaração de Estocolmo sobre o ambiente humano/ Junho 1972*. Disponível em: <http://www.silex.com.br/leis/normas/estocolmo.htm>. Acesso em: 4 set 2009.
- ORG, A. *Cupuaçu: biopirataria na Amazônia*. Disponível em: < <http://www.amazonlink.org>: <http://www.amazonlink.org/biopirataria/index.htm>>. Acesso em: 05 nov 2009.
- OST, F. T. *A NATUREZA À MARGEM DA LEI: a ecologia à prova do direito*. Lisboa: Instituto Piaget. 1997.
- PARACELSO, F. A. *As Plantas Mágicas Botânica Oculta*. São Paulo: Hemus. 1976

- PARACELSO, F. T. *Opera Ominia - A chave da alquimia. Tradução de Antônio Carlos Braga*. São Paulo: Três. 1973.
- PIMENTEL, P. *Termalismo*. Disponível em: <http://www.parana-online.com.br>> Acesso em: 19 jan 2009.
- PUSTIGLIONE, M. *ORGANON da Arte de Curar de Samuel Hahnemann*. São Paulo: Homeopatia Hoje. 1994.
- PV/PR, P. V. Disponível em: <http://www.verde.org.br>. Acesso em 02 ago 2009.
- QUINTELA, M. M. *Saberes e práticas termais: uma perspectiva comparada em Portugal (Termas de S. Pedro) e no Brasil (Caldas da Imperatriz)*. História, Ciência e Saúde. Manguinhos. Vol. 11 (suplemento 1) , 239-260. 2004.
- REIS, J. J. *Quilombos e revoltas escravas no Brasil: nos achamos um campo a tratar da liberdade*. Revista USP- São Paulo n.28 , 14-39. (95/96)
- REZENDE, E. A., & RIBEIRO, M. T. *O cupuaçu é nosso? Aspectos atuais da biopirataria no contexto*. Revista de Gestão Social e Ambiental, V.3, Nº.2. Maio- Ago. , p. 53-74. 2009.
- RONCALLI, A. G. A ORGANIZAÇÃO DA DEMANDA EM SERVIÇOS PUBLICOS DE SAUDE: universalidade, equidade e integralidade em saúde bucal coletiva. *Tese de Doutorado* . Araçatuba: FAO/UNESP. 2000.
- S'ANTANA, D. S. *Benzedeiras & Benzeduras*. Porto Alegre: Alcance. 2007.
- S'ANTANA, E. *As parteiras*. Porto Alegre: SIMERS: CORAG. 2006.
- SANTILLI, J. *Socioambientalismo e novos direitos*. São Paulo: Ed. Fundação Pierópolis. 2005.
- SANTOS, A. S. . Biodiversidade, Bioprospecção, Conhecimento Tradicional e o Futuro da Vida. *Revista Unicamp/Infotec* 2002. Disponível em : <http://www.ccuec.unicamp.br/revista/infotec/artigos/silveira.html>. Acesso em: 2 out 2009.
- SCHINBERG, M. Demora na inclusão leva demanda ao judiciário. *Jornal O Estado de São Paulo*. Publicação em: 23 fev. 2009.
- SCHWARTZ, G. A. *Direito à saúde*. Porto Alegre: Livraria do Advogado. 2001.
- SCLIAR, M. *História do Conceito de Saúde*. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva* nº 17 (1): , 29-41. 2007.
- SERRA, J. *Ampliando o Possível - A Política de Saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: Campus. 2002.
- SHIVA, V. *Biopirataria: a pilhagem da natureza e do conhecimento*. Tradução Laura Cardellini Barbosa de Oliveira. Petrópolis: Vozes. 2001.

- SILVA, A. L. *Animais medicinais: conhecimento e uso entre as populações ribeirinhas do rio Negro, Amazonas, Brasil*. Ciências Humanas, Belém, v. 3, n. 3, , 343-357. 2008.
- SILVA, J. *Portaria 971. Publicada em 5 mai 2006*. Disponível em: < <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PNPIC.pdf> Acesso em: 9 julh 2008.
- SIMERS, S. d. *Medicina só com CRM. VOX Médica - Ano VII - Nº 48* .2009.
- SIMÕES, C. *Plantas da medicina popular no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: UFRGS. 1986.
- SOUZA, F. d. *Plantas medicinais* Revista PucViva n. 27 Julho/Setembro , 66-70. 2006.
- SPAREMBERGER, R. F. Antropologia e diferença: quilombolas e indígenas na luta pelo reconhecimento do seu lugar no Brasil dos (des)iguais. In: T. L. (organizadora), *Elementos da Antropologia Jurídica* (p. 125/159). Florianópolis: Conceito Editorial. 2008.
- SPAREMBERGER, R. F., & KRETZMANN, C. G. Antropologia, muticulturalismo e Direito: o reconhecimento da identidade das comunidades tradicionais no Brasil. In: T. L. COLAÇO, *Elementos da Antropologia Jurídica* (p. 93/124). Florianópolis: Conceito Editorial. 2008.
- TEIXEIRA, E. B. A modernidade em crise; A crise do conceito do ser. In: E. B. TEIXEIRA, *Aventura Pós-moderna e sua sombra* (pp. 9-62). São Paulo: Coleções Filosóficas. 2005.
- THIELMANN, B. *Laranja combate o colesterol*. Disponível em: <http://www.globoreporter.com.br>. Acesso em: 16 out 2009.
- WEGMAN, I. *Associação Brasileira de Medicina Antroposófica*. Disponível em: <http://www.abmanacional.com> Acesso 16 dez 2008.
- WILSON, E. O. *O futuro da vida: um estudo da biosfera para a proteção de todas as espécies, inclusive a humana*. Tradução de Ronaldo Sergio de Biasi. Rio de Janeiro: Campos. 2002.
- ZIBETTI, F. Saúde pública e desenvolvimento: a medicina tradicional. In: W. BARRAL, & R. F. (organizadores)., *Integração regional e desenvolvimento* (pp. 146-163). Florianópolis: Fundação Boiteux. 2007.

REFERÊNCIAS

- AGAMBEN., G. *Homo Sacer: o poder soberano e a vida nua I*. Giorgio Agamben; tradução de Henrique Burigo. Belo Horizonte: UFMG. 2002.

AMORIM, L. L. *Projeto de lei . Dispõe sobre normas gerais e critérios básicos à implantação das Terapias Naturais no Município de Caxias do Sul e dá outras providências*. Caxias do Sul. 2009.

AMORIM, M. C., & PIRILLO, E. B. *Para entender a saúde no Brasil*. São Paulo: LCTE Editora. 2006.

ANVISA Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Ministério da Saúde. *Legislação* Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br>. Acesso em 5 mai. 2008.

ARAÚJO, L. *Cinco ataques contra o SUS*. Disponível em: < <http://www.vereadorcicero.com.br/noticias/50-saude/77-cinco-ataques-contrasus.html>>. Acesso em 21 mai. 2009.

ASSAYAG, D. *Copaíba é o nova aposta da Medicina Fitoterápica*. Disponível em: <http://globoinvestidor.com.br>>. Acesso em 19 nov 2009.

AUGUSTO, L. G. Saúde e Ambiente. In: M. d. BRASIL, *Saude no Brasil - contribuições para a Agenda de Prioridades de pesquisa* (pp. 221-254). Brasília: MS. 2004.

AURÉLIO, B. d. *Novo Dicionário Eletrônico da Língua Portuguesa Versão 5.0*. Brasil. 2004.

BARCELLOS, A. P. *Neoconstitucionalismo, direitos fundamentais e controle das políticas públicas*. Revista Diálogo Jurídico nº 15 Janeiro/fevereiro/ março de 2007 -Salvador - Bahia . 2007.

BENATAR, S. R. Bioética: Poder e Injustiça. In: V. GARRAFA, & O. Leo PESSINI, São Paulo: Loyola. 2003.

BRASIL. Instituto Nacional de Propriedade Intelectual - *INPI*. Disponível em: http://www.inpi.gov.br/menu-esquerdo/patente/pasta_acordos/omc.html. Acesso em 06 nov. 2009.

BRASIL. Lei 6.938. *31 de ago de 1981* .

BRASIL, Ministério da Fazenda. (2009). *Legislação por assunto*. Disponível em: <http://www.receita.fazenda.gov.br/Legislacao/LegisAssunto/Cpmf.htm>. Acesso em 04 set. 2009.

BRASIL. Ministério das Relações Exteriores. Ministério de Meio Ambiente (2000a). *A Convenção sobre Diversidade Biológica - CDB*. Brasília: MMA.

BRASIL. Ministério da Saúde(2006c). *A fitoterapia no SUS e o Programa de Pesquisa de Plantas Medicinais da Central de Medicamentos*. Brasília: Ideal Ltda.

_____ *Carta dos direitos dos usuários da saúde*. Brasília: Brasil. (2006d).

_____ *Entendendo o SUS*. Brasília. (2006a).

- _____. *Saúde da Família*. (2004). Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php>>. Acesso em 18 set 2009.
- _____. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS- PNPIC-SUS*. Brasil: MS. (2006b).
- _____. Programa Nacional de DST e Aids. Oficina de Aconselhamento em DST/HIV/AIDS para Atenção Básica. *Série Manuais n° 66*. Brasília: Impresso no Brasil. 2005.
- _____. *Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos*. Brasília: MS. 2007.
- _____. *Sistema Unico de Saude(SUS): princípios e conquistas*. Brasília: Ministério da Saúde. 2000.
- BUCCI, M. P. Políticas públicas e direito administrativo. *Revista de Informação Legislativa*, 90. ano 34 n° 133, 1997.
- BUSS, P. M. (2000). Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. *Ciência & Saúde Coletiva vol.5*, 11.
- BUTZKE, A. (2002). Os fundamentos ecológicos das questões ambientais na Constituição brasileira de 1988. *Revista trabalho e ambiente/ Universidade de Caxias do Sul. -v.1, n.1. Caxias do Sul; EDUCS.*, 111/123.
- CANOTILHO, J. J., & LEITE(organizadores), J. R. (2007). *Direito Constitucional Ambiental Brasileiro*. São Paulo: Saraiva.
- CAPRA., F. *O TAO DA FÍSICA. Um paralelo entre a Física Moderna e o Misticismos Oriental*. Rio de Janeiro: Cultrix. 1975.
- CARDOSO, D., & GONZATTO, M. *Drama no SUS: saúde na mão de juizes*. Disponível em : <http://zerohora.clicrbs.com.br/zerohora>. Acesso em: 27 out 2009.
- CASTRO, B. *Aroeira é utilizada no pós-parto e na higiene íntima da mulher*. Disponível em: <http://www.globoreporter.com.br>. Acesso em: 26 out 2009.
- CASTRO, B. *CAJÚ se transforma em poderoso cicatrizante*. Disponível em: <http://www.globoreporter.com.br>. Acesso em 26 out 2009.
- CH'I-PO. *NEI CHING O livro de ouro da Medicina Chinesa*. Rio de Janeiro: Objetiva Ltda. 1980.
- CURY, I. T. *Direito Fundamental à Saúde*. Rio de Janeiro: LUMEN JURIS.2005.
- DIAS, F. Á. *Desvinculação de Receitas da União, Gastos Sociais e Ajuste Fiscal. Textos para Discussão n° 38*, p. 16. 2008.

- DIEGUES(ORG), ARRUDA, A. C., VIEIRA, R. S., SILVA, V. C., FIGOLS, F. A., & ANDRADE, D. *Os Saberes Tradicionais e a Biodiversidade no Brasil*. São Paulo: Ministério do Meio Ambiente. 2000.
- DUTRA, T. *Projeto de Lei propõe regulamentação do exercício da medicina*. Disponível em: < <http://www.crefito5.com.br>>. Acesso em 20 out 2009.
- ENSP, E. N. Histórico da Saúde. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br>. Acesso em: 04 set 2009.
- FERREIRA, M. V. . *Acupuntura*. Disponível em: <http://www.acupuntura.org>. Acesso em: 15 nov 2009.
- FIORILLO, C. A., & Diaféria, A. *Biodiversidade e patrimônio genético no direito ambiental brasileiro*. São Paulo: Max Limonad. 1999.
- FREIRE, G., & SALGADO., M. I. *Saúde e Espiritualidade*. Belo Horizonte: INEDE. 2008
- GOLDIM, J. R. Bioética e Pandemia de Influenza. *HCPA 2009;29(2)* , 164. 2009.
- HELMAN, C. G. *Cultura, saúde e doença / Cecil G. Helmann; trad. Claudia Buchweitz e Pedro Garcez. - 4. ed.* Porto Alegre: Artmed. 2003.
- HERINGER, A. *Patentes de medicamentos e aspectos sociais*. 2003.
- HORA, D. M. *Medicalização, Escola Nova e Modernização da Nação:1930-1945.* , Disponível em: <[http:// www.histedbr.fae.unicamp.br/.../artigo_034.html](http://www.histedbr.fae.unicamp.br/.../artigo_034.html)>. Acesso em: 11 set 2009.
- IGPA *Pesquisa de Campo*. Disponível em http://www.ucg.br/ucg/institutos/igpa/site/home/secao.asp?id_secao=173>. Acesso em: 6 nov 2009.
- LEFF, E. *Saber ambiental; sustentabilidade, racionalidade, complexidade, poder*. Tradução de Lúcia Mathilde Endlich Orth. Petrópolis: Vozes. 2001
- LEITE, J. R. O Estado e o meio ambiente. In: J. R. Leite, *Dano ambiental: do indivíduo ao coletivo extrapatrimonial* (pp. 21-68). RT Revista dos Tribunais. 2003.
- LEITE, M., & FERREIRA, H. S. *A vida como uma invenção: patentes e direito ambiental na sociedade de risco*. Florianópolis, SC, Brasil. 2009.
- LUCCHESI, P. T. *Como era a ação governamental em saúde antes do Sistema Único de Saúde?* Políticas Públicas. Disponível em: < <http://itd.bvs.br>> Acesso em 6 set 2009.
- LUCCHESI, P. T. Políticas Públicas em Saúde Pública. *Informação para Tomadores de Decisão em Saúde Pública - Projeto ITD* . Biblioteca Virtual em saúde - Saúde Pública Brasil. 2002.

- MARQUES, V. R. *A medicalização da raça: médicos, educadores e discurso eugênico*. Campinas: UNICAMP. 1994.
- MAUÉS, R. E. *Pajelança e encantaria Amazônica*. Disponível em: < <http://www.fflch.usp.br/sociologia/posgraduacao/jornadas>>. Acesso em: 23 out 2009.
- MILARE, É. *Direito do Ambiente: doutrina, prática, jurisprudência, glossário*. São Paulo: Revista dos Tribunais. 2001.
- MIRANDA, C. A. *Da Polícia Médica à Cidade Higiênica*. Disponível em: http://www.proext.ufpe.br/publicacoes_cadernos_saude. Acesso em 13 set 2009.
- MODENA, C. *Pajé tenta curar indiozinho cego por meningite*. Disponível em:< <http://fantastico.globo.com/Jornalismo/FANT/0,,MUL1091077-15605,00.html>>. Acesso em: 20 abr 2009,
- MONTELES, R., & PINHEIRO, C. U. *Plantas medicinais em um quilombo maranhense: uma perspectiva etnobotânica*. Revista de Biologia e Ciências da Terra Volume 7 - Número 2 , 38-48. 2007.
- MORIN, E., & Dória. *Ciência com consciência*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil. 2005.
- OLIVEIRA, G.. *Macaé: sucesso da campanha contra a dengue em congresso internacional*. Disponível em: <http://www.macaerj.gov.br/noticias/mostranot.asp?id=14229>. Acesso em: 10 out 2009.
- OMS, O. M. *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005*. Genebra: OMS. 2002.
- OMS, Organização Panamericana de Saúde. Disponível em: < <http://new.paho.org/bra>>. . Acesso em 13 out 2009.
- ONU, A. G. *Declaração de Estocolmo sobre o ambiente humano/ Junho 1972*. Disponível em: <http://www.silex.com.br/leis/normas/estocolmo.htm>. Acesso em: 4 set 2009.
- ORG, A. *Cupuaçu: biopirataria na Amazônia*. Disponível em: < <http://www.amazonlink.org/http://www.amazonlink.org/biopirataria/index.htm>>. Acesso em: 05 nov 2009.
- OST, F. T. *A NATUREZA À MARGEM DA LEI: a ecologia à prova do direito*. Lisboa: Instituto Piaget. 1997.
- PARACELSO, F. A. *As Plantas Mágicas Botânica Oculta*. São Paulo: Hemus. 1976
- PARACELSO, F. T. *Opera Ominia - A chave da alquimia. Tradução de Antônio Carlos Braga*. São Paulo: Três. 1973.
- PIMENTEL, P. *Termalismo*. Disponível em: <http://www.parana-online.com.br>> Acesso em: 19 jan 2009.

- PUSTIGLIONE, M. *ORGANON da Arte de Curar de Samuel Hahnemann*. São Paulo: Homeopatia Hoje. 1994.
- PV/PR, P. V. Disponível em: <http://www.verde.org.br>. Acesso em 02 ago 2009.
- QUINTELA, M. M. *Saberes e práticas termais: uma perspectiva comparada em Portugal (Termas de S. Pedro) e no Brasil (Caldas da Imperatriz)*. História, Ciência e Saúde. Manguinhos. Vol. 11 (suplemento 1) , 239-260. 2004.
- REIS, J. J. *Quilombos e revoltas escravas no Brasil: nos achamos um campo a tratar da liberdade*. Revista USP- São Paulo n.28 , 14-39. (95/96)
- REZENDE, E. A., & RIBEIRO, M. T. *O cupuaçu é nosso? Aspectos atuais da biopirataria no contexto*. Revista de Gestão Social e Ambiental, V.3, Nº.2. Maio- Ago. , p. 53-74. 2009.
- RONCALLI, A. G. *A ORGANIZAÇÃO DA DEMANDA EM SERVIÇOS PUBLICOS DE SAUDE: universalidade, equidade e integralidade em saúde bucal coletiva. Tese de Doutorado* . Araçatuba: FAO/UNESP. 2000.
- S'ANTANA, D. S. *Benzedeiras & Benzeduras*. Porto Alegre: Alcance. 2007.
- S'ANTANA, E. *As parteiras*. Porto Alegre: SIMERS: CORAG. 2006.
- SANTILLI, J. *Socioambientalismo e novos direitos*. São Paulo: Ed. Fundação Pierópolis. 2005.
- SANTOS, A. S. . Biodiversidade, Bioprospecção, Conhecimento Tradicional e o Futuro da Vida.RevistaUnicamp/Infotec 2002. Disponível em : <http://www.ccuac.unicamp.br/revista/infotec/artigos/silveira.html>. Acesso em: 2 out 2009.
- SCHINBERG, M. Demora na inclusão leva demanda ao judiciário. *Jornal O Estado de São Paulo*. Publicação em: 23 fev. 2009.
- SCHWARTZ, G. A. *Direito à saúde*. Porto Alegre: Livraria do Advogado. 2001.
- SCLIAR, M. *História do Conceito de Saúde*. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva* nº 17 (1): , 29-41. 2007.
- SERRA, J. *Ampliando o Possível - A Política de Saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: Campus. 2002.
- SHIVA, V. *Biopirataria: a pilhagem da natureza e do conhecimento*. Tradução Laura Cardellini Barbosa de Oliveira. Petrópolis: Vozes. 2001.
- SILVA, A. L. *Animais medicinais: conhecimento e uso entre as populações ribeirinhas do rio Negro, Amazonas, Brasil*. Ciências Humanas, Belém, v. 3, n. 3, , 343-357. 2008.
- SILVA, J. *Portaria 971. Publicada em 5 mai 2006*.Disponível em: < <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PNPIC.pdf> Acesso em: 9 julh 2008.

- SIMERS, S. d. *Medicina só com CRM. VOX Médica - Ano VII - Nº 48*. 2009.
- SIMÕES, C. *Plantas da medicina popular no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: UFRGS. 1986.
- SOUZA, F. d. *Plantas medicinais* Revista PucViva n. 27 Julho/Setembro , 66-70. 2006.
- SPAREMBERGER, R. F. Antropologia e diferença: quilombolas e indígenas na luta pelo reconhecimento do seu lugar no Brasil dos (des)iguais. In: T. L. (organizadora), *Elementos da Antropologia Jurídica* (p. 125/159). Florianópolis: Conceito Editorial. 2008.
- SPAREMBERGER, R. F., & KRETZMANN, C. G. Antropologia, muticulturalismo e Direito: o reconhecimento da identidade das comunidades tradicionais no Brasil. In: T. L. COLAÇO, *Elementos da Antropologia Jurídica* (p. 93/124). Florianópolis: Conceito Editorial. 2008.
- TEIXEIRA, E. B. A modernidade em crise; A crise do conceito do ser. In: E. B. TEIXEIRA, *Aventura Pós-moderna e sua sombra* (pp. 9-62). São Paulo: Coleções Filosóficas. 2005.
- THIELMANN, B. *Laranja combate o colesterol*. Disponível em: <http://www.globoreporter.com.br>. Acesso em: 16 out 2009.
- WEGMAN, I. *Associação Brasileira de Medicina Antroposófica*. Disponível em: <http://www.abmanacional.com> Acesso 16 dez 2008.
- WILSON, E. O. *O futuro da vida: um estudo da biosfera para a proteção de todas as espécies, inclusive a humana*. Tradução de Ronaldo Sergio de Biasi. Rio de Janeiro: Campos. 2002.
- ZIBETTI, F. Saúde pública e desenvolvimento: a medicina tradicional. In: W. BARRAL, & R. F. (organizadores)., *Integração regional e desenvolvimento* (pp. 146-163). Florianópolis: Fundação Boiteux. 2007.

ANEXOS**FOTOS APRESENTAM ENFERMEIRAS E HORTO MEDICINAL**

Boldo muído/ boldo chileno e cravo de defunto



Herbário ervas das fotos anteriores: cravo de defunto (para dores musculares da dengue) e a abaixo é o babatimão (para dermatites)





Penicilina



Espaço próximo do muro reservado para a infraestrutura do herbário (secagem, manipulação das ervas e estocagem), porém ainda não há projeto para isso nem recursos.



Formas de secagem





Informa a enfermeira sanitaria e responsavel pelo projeto de fitoterapico na unidade Sol Nascente de Aracaju/ SE, que no utilizam travesseiro fitoterapico para alergias.

Fazem sabonetes fitoterapicos para dermatites, sarna, piolho.

Lambedores a base de guaco para tosse.

Elixir, entre outros medicamentos fitoterápicos, que são distribuídos aos pacientes da comunidade.



Fachada do posto de saúde da comunidade Sol Nascente

“LEI DO ATO MÉDICO”**REDAÇÃO FINAL DO SUBSTITUTIVO DA CÂMARA DOS DEPUTADOS AO
PROJETO DE LEI Nº 7.703-C DE 2006 DO SENADO FEDERAL**

(PLS Nº 268/2002 na Casa de origem)

Substitutivo da Câmara dos Deputados ao Projeto de Lei nº 7.703-B de 2006 do Senado Federal (PLS nº 268/2002 na Casa de origem), que dispõe sobre o exercício da Medicina.

Dê-se ao projeto a seguinte redação:

Dispõe sobre o exercício da Medicina.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º O exercício da Medicina é regido pelas disposições desta Lei.

Art. 2º O objeto da atuação do médico é a saúde do ser humano e das coletividades humanas, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo, com o melhor de sua capacidade profissional e sem discriminação de qualquer natureza.

Parágrafo único. O médico desenvolverá suas ações profissionais no campo da atenção à saúde para:

I – a promoção, a proteção e a recuperação da saúde;

II – a prevenção, o diagnóstico e o tratamento das doenças;

III – a reabilitação dos enfermos e portadores de deficiências.

Art. 3º O médico integrante da equipe de saúde que assiste o indivíduo ou a coletividade atuará em mútua colaboração com os demais profissionais de saúde que a compõem.

Art. 4º São atividades privativas do médico:

I – formulação do diagnóstico nosológico e respectiva prescrição terapêutica;

II – indicação e execução da intervenção cirúrgica e prescrição dos cuidados médicos pré e pós-operatórios;

III – indicação da execução e execução de procedimentos invasivos, sejam diagnósticos, terapêuticos ou estéticos, incluindo os acessos vasculares profundos, as biópsias e as endoscopias;

IV – intubação traqueal;

V – coordenação da estratégia ventilatória inicial para a ventilação mecânica invasiva, bem como as mudanças necessárias diante das intercorrências clínicas, e do programa de interrupção da ventilação mecânica invasiva, incluindo a desintubação traqueal;

VI – execução da sedação profunda, bloqueios anestésicos e anestesia geral;

VII – emissão de laudo dos exames endoscópios e de imagem, dos procedimentos diagnósticos invasivos;

VIII - emissão dos diagnósticos anatomopatológicos e citopatológicos;

IX – indicação do uso de órteses e próteses, exceto as órteses de uso temporário;

X – prescrição de órteses e próteses oftalmológicas;

XI – determinação do prognóstico relativo ao diagnóstico nosológico;

XII – indicação de internação e alta médica nos serviços de atenção à saúde;

XIII – realização de perícia médica e exames médico-legais, excetuados os exames laboratoriais de análises clínicas, toxicológicas, genéticas e de biologia molecular;

XIV – atestação médica de condições de saúde, doenças e possíveis sequelas;

XV – atestação do óbito, exceto em casos de morte natural em localidade em que não haja médico.

§ 1º Diagnóstico nosológico é a determinação da doença que acomete o ser humano, aqui definida como interrupção, cessação ou distúrbio da função do corpo, sistema ou órgão, caracterizada por, no mínimo, 2 (dois) dos seguintes critérios:

- I – agente etiológico reconhecido;
- II – grupo identificável de sinais ou sintomas;
- III – alterações anatômicas ou psicopatológicas.

§ 2º Não são privativos dos médicos os diagnósticos psicológico, nutricional e socioambiental e as avaliações comportamental e das capacidades mental, sensorial e perceptocognitiva e psicomotora.

§ 3º As doenças, para os efeitos desta Lei, encontram-se referenciadas na versão atualizada da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.

§ 4º Procedimentos invasivos, para os efeitos desta Lei, são os caracterizados por quaisquer das seguintes situações:

- I – invasão da epiderme e derme com o uso de produtos químicos ou abrasivos;
- II – invasão da pele atingindo o tecido subcutâneo para injeção, sucção, punção, insuflação, drenagem, instilação ou enxertia, com ou sem o uso de agentes químicos ou físicos;
- III – invasão dos orifícios naturais do corpo, atingindo órgãos internos.

§ 5º Exceção-se do rol de atividades privativas do médico:

- I – aplicação de injeções subcutâneas, intradérmicas, intramusculares e intravenosas, de acordo com a prescrição médica;
 - II – cateterização nasofaríngea, orotraqueal, esofágica, gástrica, enteral, anal, vesical e venosa periférica, de acordo com a prescrição médica;
 - III – aspiração nasofaríngea ou orotraqueal;
 - IV – punções venosa e arterial periféricas, de acordo com a prescrição médica;
 - V – realização de curativo com desbridamento até o limite do tecido subcutâneo, sem a necessidade de tratamento cirúrgico;
 - VI – atendimento à pessoa sob risco de morte iminente;
 - VII – a realização dos exames citopatológicos e seus respectivos laudos;
 - VIII – a coleta de material biológico para realização de análises clínico-laboratoriais;
 - IX – os procedimentos realizados através de orifícios naturais em estruturas anatômicas visando a recuperação físico-funcional e não comprometendo a estrutura celular e tecidual.
- § 6º O disposto neste artigo não se aplica ao exercício da Odontologia, no âmbito de sua área de atuação.

§ 7º São resguardadas as competências específicas das profissões de assistente social, biólogo, biomédico, enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, profissional de educação física, psicólogo, terapeuta ocupacional e técnico e tecnólogo de radiologia e outras profissões correlatas que vierem a ser regulamentadas.

§ 8º Punção, para os fins desta Lei, refere-se aos procedimentos invasivos diagnósticos e terapêuticos.

Art. 5º São privativos de médico:

- I – direção e chefia de serviços médicos;
- II – perícia e auditoria médicas, coordenação e supervisão vinculadas, de forma imediata e direta, às atividades privativas de médico;
- III – ensino de disciplinas especificamente médicas;
- IV – coordenação dos cursos de graduação em Medicina, dos programas de residência médica e dos cursos de pós-graduação específicos para médicos.

Parágrafo único. A direção administrativa de serviços de saúde não constitui função privativa de médico.

Art. 6º A denominação de médico é privativa dos graduados em cursos superiores de Medicina, e o exercício da profissão, dos inscritos no Conselho Regional de Medicina com jurisdição na respectiva unidade da Federação.

Art. 7º Compreende-se entre as competências do Conselho Federal de Medicina editar normas para definir o caráter experimental de procedimentos em Medicina, autorizando ou vedando a sua prática pelos médicos.

Parágrafo único. A competência fiscalizadora dos Conselhos Regionais de Medicina abrange a fiscalização e o controle dos procedimentos especificados no *caput*, bem como a aplicação das sanções pertinentes, em caso de inobservância das normas determinadas pelo Conselho Federal.

Sala das Sessões, em 21 de outubro de 2009.

Deputado JOSÉ CARLOS ALELUIA

Relator

COMARCA DE CAXIAS DO SUL – RS**JUIZADO ESPECIAL CRIMINAL****TERMO CIRCUNSTANCIADO N.º: 010/2.09.001356-7****AUTOR DO FATO: Jerusa Cândido Nunes*****NATUREZA: Exercício Ilegal de Medicina***

PEDIDO DE ARQUIVAMENTO PELO MINISTÉRIO PÚBLICO**MM. Prefor:**

Cuidam os autos de eventual prática do delito previsto no artigo 282 do Código Penal, fato ocorrido nesta Cidade.

O Conselho Regional de Medicina noticiou possível infração cometida pela Wu Xing Clínica – Medicina Tradicional Chinesa. Segundo o relatado a referida clínica distribuiu, nas ruas do Município de Caxias do Sul, panfletos nos quais anunciou tratamentos para dores de qualquer origem, obesidade, gordura localizada, diabetes, doenças do intestino, fígado, rins, doenças do coração e pulmonares, que possuiriam características evidentes de ato médico, principalmente, dirigido à prevenção secundária, que caberia exclusivamente a profissional médico.

A suposta autora do fato apresentou perante a autoridade policial manifestação escrita, aduzindo que não praticam qualquer ato exclusivo de médicos e que a filosofia que orienta o trabalho desenvolvido na clínica é outra, fundada na aplicação de técnicas de massagem complementar aos tratamentos médicos, denominadas *Tui na* e *Gua Sha* e, em algumas situações, seriam aplicadas agulhas de acupuntura. Afirmou que além de tais práticas, orientam que a pessoa doente procure médico ou continue com o tratamento, pois atuam de forma complementar. Asseverou, por fim, que não praticam, na clínica, quaisquer atos que possam ser exclusividade de profissão regulamentada, mas somente o que permite a Constituição e a lei (fls. 16-18).

A autora do fato juntou documentos (fls. 19-81).

Na audiência realizada no dia 21 de setembro de 2009, a autora do fato não aceitou a proposta de transação penal oferecida pelo Juízo (fl. 94).

Vieram os autos com vista.

Muito embora muitos entendam que terapias como as praticadas pela Clínica *Wu Xing – Medicina Tradicional Chinesa* sejam

heterodoxas, é comum o entendimento de que façam parte de um conjunto de técnicas, sistemas e produtos que fogem da medicina convencional.

A regulamentação da acupuntura pelo Conselho Federal de Medicina em 1996, serviu de estímulo para o aumento de estudantes de tal especialidade no Brasil, sendo grande também o crescimento nas cinco áreas mais populares da medicina natural. São estas o toque (massoterapia), as terapias holísticas, a medicina chinesa, os florais e a fitoterapia. O Sindicato Nacional dos Terapeutas Naturistas (Sinaten) indica que no Brasil existem 70 mil terapeutas dessas cinco áreas citadas acima, porém esses não possuem diploma médico.

Segundo o informe, o aumento de tais práticas não é exclusividade do Brasil, sendo um fenômeno ocorrente no mundo, tendo as pessoas, cada vez mais, procurado o tratamento com tais técnicas para combater problemas que vão de dores nas costas à depressão, *stress* ou simplesmente cuidar do bem-estar⁷⁰.

Insta salientar, ainda, que o livre exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais estabelecidas por lei, representa um direito fundamental expressamente previsto na CF (art. 5º, XIII).

A escola de Filosofia Chinesa Ltda. está devidamente Cadastrada no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica, tendo como atividade econômica “atividades práticas integrativas e complementares em saúde humana”.

Desta forma, não havendo notícias de que os profissionais atuantes na referida clínica não possuem a qualificação profissional devida, possível se admitir, ao menos em tese, que venha a desenvolver atividades voltadas para a prática da acupuntura e da massagem, como tratamento complementar e alternativo às práticas da medicina tradicional.

⁷⁰ Informações extraídas no sítio www.sinaten.com.br, do Sindicato Nacional dos Terapeutas Naturistas.

Cumpre salientar que a OMS (Organização Mundial da Saúde), considera a saúde como um direito humano fundamental, sendo dever do governo proporcioná-la a seus povos, bem como entende que a medicina convencional não é acessível para uma grande parte da população, e que os cuidados primários de saúde seriam compostos de práticas não convencionais e métodos terapêuticos populares, que poderiam ser adotados como medidas sanitárias para o fim de atender as necessidades de saúde. A OMS considera a acupuntura como técnica modelo, por ser eficiente e barata e utilizar instrumentos de baixo custo e por dispensar medicamentos caros.

Mais, a Portaria n.º 971 do Ministério da Saúde introduziu a prática da acupuntura nas ações do Sistema Único de Saúde, juntamente com a prática da homeopatia, fitoterapia e termalismo social, por equipes multidisciplinares, para fins de atendimento à recomendação da OMS⁷¹, consoante já referido.

Por ora, no Brasil, não há exclusividade ou reserva de mercado para que determinados profissionais pratiquem a acupuntura, podendo ser praticada por multiprofissionais⁷², desde que capacitados⁷³.

⁷¹ A OMS recomenda a acupuntura aos seus Estados-Membros, tendo produzido várias publicações sobre sua eficácia e segurança, capacitação de profissionais, bem como métodos de pesquisa e avaliação dos resultados terapêuticos das medicinas complementares e tradicionais. O consenso do National Institutes of Health dos Estados Unidos referendou a indicação da acupuntura, de forma isolada ou como coadjuvante, em várias doenças e agravos à saúde, tais como odontalgias pós-operatórias, náuseas e vômitos pós-quimioterapia ou cirurgia em adultos, dependências químicas, reabilitação após acidentes vasculares cerebrais, dismenorréia, cefaléia, epicondilite, fibromialgia, dor miofascial, osteoartrite, lombalgias e asma, entre outras. Anexo I da Portaria n.º 971/MS.

⁷² Item 4, subitem 4.1. Premissa: desenvolvimento da Medicina Tradicional Chinesa-acupuntura em caráter multiprofissional, para as categorias profissionais presentes no SUS, e em consonância com o nível de atenção. Diretriz MTCA2, item 2: Incentivo à formação de banco de danos relativos a escolas formadoras. Anexo I da Portaria n.º 971/MS.

Ademais, a documentação juntada nos autos é farta no que concerne à informação da posição dos tribunais pátrios acerca da legalidade da Portaria n.º 971/MS, e da ausência de exclusividade da prática de acupuntura por profissional médico.

Dito isso, não se vislumbra propaganda enganosa ou mesmo anúncio de práticas exclusivas de médicos (medicina tradicional ocidental) no documento da fl. 09, no qual, inclusive, há ressalvas de que não são praticados atos baseados na medicina alopáticas, estando dentro do contexto da prática da medicina tradicional chinesa.

No mais, é até ofensivo chamar as práticas alternativas da medicina tradicional chinesa, especialmente a acupuntura, tal como anunciada no documento da fl. 08, de charlatanismo ou curandeirismo, como proposto na representação que deu início ao presente feito, considerando-se o que já foi exposto e toda os dados contidos a respeito da referida prática na Portaria n.º 971/MS, não se tendo notícia, repita-se, que a clínica representada esteja em desconformidade com a legislação brasileira atinente à espécie.

Assim, não se vislumbrando nas práticas anunciadas pela *Clínica Wu Xing – Medicina Tradicional Chinesa* exercício ilegal de medicina, charlatanismo ou curandeirismo, mas apenas a prática das técnicas da medicina tradicional chinesa, que não é exclusiva de profissional da medicina ocidental, requer o Ministério Público o arquivamento dos presentes autos, ressalvado o disposto no artigo 18 do CPP.

Caxias do Sul, 16 de novembro de 2009.

⁷³ Vários conselhos de profissões da saúde regulamentadas reconhecem a acupuntura como especialidade em nosso país, e os cursos de formação encontram-se disponíveis em diversas unidades federadas. Anexo I da Portaria n.º 971/MS.

Simone Martini,
Promotora de Justiça.