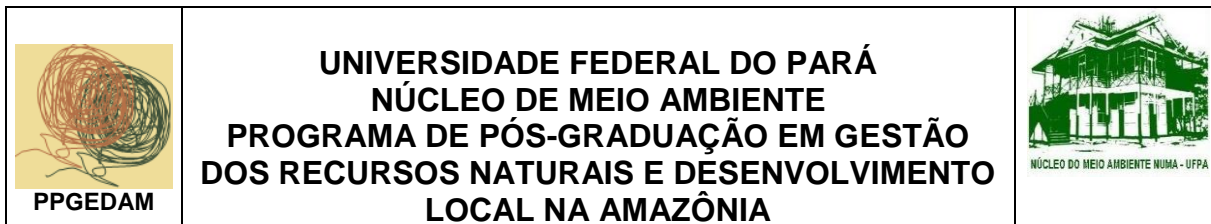


EVELINE DE JESUS PEREIRA RÉCIO

**A INFLUÊNCIA DA UTILIZAÇÃO DE PLANTAS MEDICINAIS NOS CUSTOS
DO TRATAMENTO DE AGRAVOS ATENDIDOS PELA ASSISTÊNCIA
FARMACÊUTICA BÁSICA**

**BELÉM
2010**



EVELINE DE JESUS PEREIRA RÉCIO

**A INFLUÊNCIA DA UTILIZAÇÃO DE PLANTAS MEDICINAIS NOS CUSTOS
DO TRATAMENTO DE AGRAVOS ATENDIDOS PELA ASSISTÊNCIA
FARMACÊUTICA BÁSICA**

Dissertação apresentada para obtenção do título de Mestre em Gestão de Recursos Naturais e Desenvolvimento Local na Amazônia, Curso de Mestrado Profissional, Programa de Pós-Graduação em Gestão dos Recursos Naturais e Desenvolvimento Local na Amazônia/PPGEDAM, Núcleo de Meio Ambiente da Universidade Federal do Pará.

Área de concentração: Uso e Aproveitamento de Recursos Naturais.

Orientador: Prof. Dr. Wagner Luiz Ramos Barbosa

**BELÉM
2010**

Récio, Eveline de Jesus Pereira

A influência da utilização de plantas medicinais nos custos do tratamento de agravos atendidos pela assistência farmacêutica básica, em Belém-PA / Eveline de Jesus Pereira Récio. Orientador: Wagner Luiz Ramos Barbosa. 2010.

79 f.

Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão dos Recursos Naturais e Desenvolvimento Local na Amazônia) - Programa de Pós-Graduação em Gestão dos Recursos Naturais e Desenvolvimento Local na Amazônia - PPGEDAM, Universidade Federal do Pará, Núcleo de Meio Ambiente, Belém, 2010.

1. Plantas medicinais. 2. Ervas – uso terapêutico. 3. Saúde pública - Custos. I. Barbosa, Wagner Luiz Ramos, orientador. II. Título.

CDD 19. ed. 581.634

EVELINE DE JESUS PEREIRA RÉCIO

**A INFLUÊNCIA DA UTILIZAÇÃO DE PLANTAS MEDICINAIS NOS CUSTOS
DO TRATAMENTO DE AGRAVOS ATENDIDOS PELA ASSISTÊNCIA
FARMACÊUTICA BÁSICA**

Dissertação apresentada para obtenção do título de Mestre em Gestão de Recursos Naturais e Desenvolvimento Local na Amazônia, Curso de Mestrado Profissional, Programa de Pós-Graduação em Gestão dos Recursos Naturais e Desenvolvimento Local na Amazônia / PPGEDAM, Núcleo de Meio Ambiente da Universidade Federal do Pará.

Área de concentração: Uso e Aproveitamento de Recursos Naturais.

Defendido em ___/___/_____

Conceito:_____

BANCA EXAMINADORA:

Prof. WAGNER LUIZ RAMOS BARBOSA - PPGEDAM/NUMA/UFPA – Orientador
Dr. em Ciências Naturais
Universidade Federal do Pará

Prof. MÁRIO VASCONCELLOS SOBRINHO – PPGEDAM/NUMA/UFPA
Dr. em Estudos do Desenvolvimento
Universidade Federal do Pará

Prof. MARCOS VALÉRIO SANTOS DA SILVA – FF/UFPA
Dr. em Ciências Farmacêuticas
Universidade Federal do Pará

Dedico este trabalho a minha
querida mãe Elmira (**in memoriam**)
**por quem sinto uma imensa
saudades.**

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela vida e coragem que recebo, principalmente depois que minha mãe partiu.

Às minhas queridas filhas Luiza e Sofia, pelo amor e pela compreensão nos momentos em que estive ausente de suas vidas, em função desta pesquisa.

Ao meu pai Récio, aos meus irmãos Jorge e Daniel, as minhas cunhadas Marília e Renata e aos sobrinhos, pelo carinho que me dedicam.

Ao Prof. Dr. Wagner Barbosa, meu orientador, pelo acompanhamento e ensinamentos científicos, o responsável direto pela efetivação desta conquista.

Ao Prof. Dr. Gilberto Rocha, coordenador do NUMA, pelas observações no andamento do trabalho.

Ao Prof. Dr. Marcos Valério da Silva e ao Prof. Dr. Mário Vasconcellos Sobrinho, pela contribuição que deram na Banca Examinadora.

À Marise Condurú, pelo incentivo e profissionalismo no processo de revisão das normas da ABNT deste texto.

À Emília Miccione, pelo apoio e pela sua contribuição como profissional de Língua Portuguesa, ao longo de toda realização deste trabalho.

À Dra. Jucimeire Aires, que fez a identificação dos medicamentos sintéticos citados no trabalho e me incentivando a percorrer este caminho.

À comunidade do bairro do Jurunas, que me recebeu com respeito.

Ao coordenador do Centro de Referência de Tratamentos Naturais em Macapá, Elziwaldo Monteiro, pelo apoio nas pesquisas lá realizadas.

À assistente administrativa da Unidade de Saúde da Família, do Ministério da Saúde e Prefeitura Municipal de Belém, Eliete Rodrigues, e à enfermeira Ana Moraes, por terem me recebido bem e indicado os ACS, que me acompanharam pelo bairro na apresentação das pessoas entrevistadas, no decorrer do processo da pesquisa de campo.

À Tatá, que me “adotou” e pela sua companhia constante suprindo carinhosamente minhas ausências em casa e à Jucicléia Rendeiro, por estar bem perto de mim sempre, principalmente quando minha mãe partiu.

À Graciete Souza pela solidariedade e a Gorete Melo, por ter me ajudado, mesmo em assuntos outros que não o da dissertação, e pela sua dedicação a minha família.

À Zelma Campos e Ângela Viana atenciosas colegas de trabalho, a quem respeito e admiro.

Às amigas que fiz no curso, Aloma Chaves, Jocilete Ribeiro, Ana Cristina Salim, Solange Dias e Isabel Brandão, pelas trocas bem humoradas de experiências na realização deste trabalho.

Aos estagiários do NUMA, Pedro Silva e Natália Lopes, e às bolsistas do LAEF, Gislane Senna e Tammy Reimão que participaram na tabulação dos dados e na utilização do computador.

Ao Danilo e Diego Aires, que ajudaram na confecção dos gráficos deste trabalho.

As pessoas que de alguma forma me ajudaram na realização deste curso.

Muito obrigado a todos!

"Aprender é mudar posturas"

Platão

RESUMO

O uso de plantas medicinais para tratamento dos males da saúde está disseminado não só nas áreas rurais como também nas áreas urbanas do território brasileiro. O significado econômico destas plantas medicinais, usadas no atendimento das necessidades básicas de saúde, para as economias domésticas da parte socialmente vulnerável da população, ainda é pouco investigado. Muitas espécies vegetais são comercializadas na cidade de Belém por erveiros em mercados ou feiras livres da cidade. Este trabalho tem como objetivo analisar em que medida a inserção do uso de Plantas Medicinais minimiza os custos do tratamento de agravos atendidos pela Assistência Farmacêutica na Atenção Básica à saúde para o usuário do Sistema de Saúde. Para se atingir esse objetivo, foi realizado um estudo, de natureza exploratória, por meio de aplicação de questionários, utilizando o método de amostragem, definida por critério não probabilístico, no bairro do Jurunas com apoio na Unidade de Saúde Radional II, localizado na Região Metropolitana de Belém no Pará. Foi realizado um levantamento de informações referente ao foco deste estudo no Centro de Referência de Tratamento Natural (CRTN), localizado na cidade de Macapá, que já utiliza as plantas medicinais como recurso terapêutico. No resultado da pesquisa de campo no bairro do Jurunas foi verificado que aproximadamente 50% dos entrevistados praticam a automedicação com plantas medicinais, relacionadas na RDC nº 10/**ANVISA**, sendo necessária, entretanto, orientação correta para seu cultivo e emprego terapêutico. A comparação entre os gastos com medicamentos sintéticos no tratamento dos sintomas de cinco doenças que ocorrem com frequência no bairro do Jurunas e aqueles resultantes do uso de plantas medicinais, para os mesmos sintomas, revela uma redução no gasto para tratamentos feitos à base de plantas medicinais. Em conclusão, pode-se inferir que esta redução representa uma economia de recursos que o usuário e o sistema deixam de despendar quando utilizam plantas medicinais.

Palavras-Chave: Plantas Medicinais. Fitoterapia. Farmacoeconomia. Custos na Saúde.

ABSTRACT

The use of medicinal plants for the treatment of the ailments of health is disseminated not only in the rural areas but also in the urban areas of the Brazilian territory. The economic meaning of these medicinal plants, used in the attendance of the basic health needs, for the home economics of the socially vulnerable part of the population, is still poorly investigated. Many plant's species are commercialized in the city of Belem by herbalists in markets and open fairs of the city. This article has as objective analyze in what extent the insertion of the use of medicinal plant minimizes the costs of the treatments of injuries treated by the Assistencia Farmaceutica na Atencao Basica (Pharmaceutical Assistance in the Basic Attention). To achieve this objective, it was realized a study, of exploratory nature, by means of application of questionnaires, using the method of sampling, defined by non-probabilistic criteria, in the district of Jurunas, with support in the Unidade de Saude Radional II (Health Unit Radional II), located in the metropolitan region of Belem, Para. It was made a survey of informations regarding the focus of this study in the Centro de Referencia de Tratamento Natural (Natural Treatment Reference Center - CRTN), located in the city of Macapa, that already utilizes the medicinal plants as a therapeutic resource. In the result of the field research in the district of Jurunas it was verified that approximately 50% of the interviewed practice the self-medication with medicinal plants, listed in the RDC nº 10/ANVISA, been needed, however, correct orientation for its growth and therapeutic use. The comparison between expenses with synthetic medicines in the treatment of the symptoms of five diseases that frequently occur in district of Jurunas and those resultants of the use of medicinal plants, for the same symptoms, reveals a reduction in the expenses for treatments based on medicinal plants. In conclusion, it can be inferred that this reduction represents a saving of resources that the user and the system leave to expend when utilizes the medicinal plants.

Keywords: Medicinal Plants, Phytotherapy, Pharmacoeconomics, Costs in Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | | |
|--------------|--|----|
| Mapa 1 | Localização geográfica do bairro do Jurunas em relação ao Município de Belém/PA | 40 |
| Imagem 1 | Localização geográfica do bairro do Jurunas na região metropolitana de Belém/PA | 41 |
| Gráfico 1 | Local de origem dos entrevistados | 47 |
| Gráfico 2 | Distribuição dos entrevistados por Gênero | 47 |
| Gráfico 3 | Distribuição dos entrevistados por Idade | 47 |
| Gráfico 4 | Herança de conhecimento das Plantas Medicinais | 47 |
| Gráfico 5 | Distribuição do número de moradores por residência | 48 |
| Gráfico 6 | Recurso em caso de doença | 51 |
| Gráfico 7 | Distribuição de Preferência por tipo de remédios utilizados | 53 |
| Gráfico 8 | Distribuição da Procedência das Plantas Medicinais utilizadas | 58 |
| Quadro 1 | Preço do tratamento dos sintomas de cólicas, flatulência, problemas hepáticos. (Luftal com 20 comprimidos) | 60 |
| Quadro 2 | Preço do tratamento dos sintomas de cólicas, flatulência, problemas hepáticos. (Hortelã-pimenta) | 60 |
| Gráfico 9 | Comparativo de custo de tratamento com plantas medicinais e medicamentos sintéticos | 61 |
| Fotografia 1 | Centro de Referência de Tratamento Naturais em Macapá/ AP/julho/2009 | 63 |
| Fotografia 2 | Palestra de orientação de alimentação saudável/CRTN/ Macapá/julho/2009 | 64 |

LISTA DE TABELAS

| | | |
|----------|--|----|
| Tabela 1 | Renda mensal da família do entrevistado | 49 |
| Tabela 2 | Doenças mais recorrentes na família dos entrevistados | 49 |
| Tabela 3 | Tipo de remédio que o entrevistado utiliza nas doenças | 51 |
| Tabela 4 | Questões gerais relacionadas a medicamentos e Plantas Medicinais | 54 |
| Tabela 5 | Plantas medicinais que as famílias dos entrevistados mais utilizam no tratamento das doenças, em abril de 2010 | 55 |
| Tabela 6 | Preço de tratamento com cinco plantas medicinais/Jurunas / Resolução nº 10/2010 | 59 |
| Tabela 7 | Preço de tratamento com seis medicamentos sintéticos | 59 |

LISTA DE ABREVIATURAS

| | |
|---------|---|
| ADEPARÁ | Agência de Defesa Agropecuária do Estado do Pará |
| ACE | Análise de custo-utilidade |
| ACB | Análise de custo-benefício |
| ACU | Análise de custo-utilidade |
| AMC | Análise de Minimização de Custos |
| ANVISA | Agência Nacional de Vigilância Sanitária |
| ACS | Agente Comunitário de Saúde |
| CAPES | Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior |
| CEE | Comunidade Econômica Européia |
| CDD | Custo da doença |
| CDB | Convenção sobre Diversidade Biológica |
| CRTN | Centro de Referência em Tratamento Natural do Amapá |
| DECIT | Departamento de Ciência e Tecnologia/MS |
| DES | Departamento de Economia da Saúde |
| EMATER | Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural |
| FDA | Entidade Reguladora dos Alimentos no USA |
| FNS | Fundo Nacional de Saúde |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| IDEFLOR | Instituto de Desenvolvimento Florestal do Estado do Pará |
| IMS | Inteligência de Mercado Farmacêutico nos USA |
| NUMA | Núcleo de Meio Ambiente |
| NUNES | Núcleo Nacional de Economia da Saúde |

| | |
|---------|---|
| OCED | Organização para a Cooperação Econômica e Desenvolvimento |
| OIT | Organização Internacional do Trabalho |
| OMPI | Organização Mundial de Propriedade Intelectual |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| PIB | Produto Interno Bruto |
| PMPA | Polícia Militar do Pará |
| PNPMF | Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos |
| PNPIC | Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares |
| PPGEDAM | Programa de Pós-graduação em Gestão dos Recursos Naturais e Desenvolvimento Local |
| PPPM | Programa de Pesquisa em Plantas Medicinais |
| PNGC | Programa Nacional de Gestão de Custos |
| PSF | Programa Saúde da Família |
| RDC | Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA |
| RENISUS | Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse do SUS |
| SAGRI | Secretaria de Estado de Agricultura |
| SAS | Secretaria de Atenção a Saúde |
| SCTIE | Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos |
| SEDECT | Secretaria de Desenvolvimento, Ciência e Tecnologia |
| SEMA | Secretaria de Estado de Meio Ambiente |
| SEGOV | Secretaria de Estado de Governo |
| SESA | Secretaria de Estado da Saúde do Amapá |
| SESPA | Secretaria de Estado de Saúde Pública |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| UFBA | Universidade Federal da Bahia |

UFCE Universidade Federal do Ceará

UFPA Universidade Federal do Pará

USF Unidade Saúde da Família

SUMÁRIO

| | | |
|-------|--|----|
| 1 | INTRODUÇÃO | 16 |
| 2 | A IMPORTÂNCIA DAS PLANTAS MEDICINAIS NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE | 20 |
| 2.1 | CONHECIMENTO TRADICIONAL SOBRE AS PLANTAS MEDICINAIS | 22 |
| 2.2 | SAÚDE E AS PLANTAS MEDICINAIS | 24 |
| 2.2.1 | A Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e o contexto econômico dos medicamentos alopáticos sintéticos | 26 |
| 3 | OS CUSTOS NA SAÚDE | 30 |
| 4 | FARMACOECONOMIA | 34 |
| 4.1 | TIPOS DE ANÁLISE FARMACOECONÔMICA | 35 |
| 5 | OBJETIVOS | 38 |
| 5.1 | GERAL | 38 |
| 5.2 | ESPECÍFICOS | 38 |
| 6 | ATIVIDADES E MÉTODOS | 39 |
| 6.1 | ÁREA DE ESTUDO | 39 |
| 6.2 | COLETAS DE DADOS | 42 |
| 7 | RESULTADOS E DISCUSSÃO | 46 |
| 7.1 | FITOTERAPIA POPULAR ENTRE USUÁRIOS DO SUS NO BAIRRO DO JURUNAS, EM BELÉM. | 46 |
| 7.2 | FITOTERAPIA POPULAR ENTRE OS USUÁRIOS DO CENTRO DE REFERÊNCIA PARA TRATAMENTO NATURAL CRTN, EM MACAPÁ | 62 |
| 8 | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 68 |
| | REFERÊNCIAS | 72 |
| | APÊNDICE | 79 |
| | APÊNDICE A - Questionário para o levantamento de Plantas Medicinais no bairro do Jurunas | |
| | ANEXO | 81 |
| | ANEXO A - Valores liquidados pelo Fundo Nacional de Saúde, em R\$ de 2007, para aquisição de medicamentos pelo orçamento da União. Brasil, 2002-2007 | |

1 INTRODUÇÃO

Atualmente existe no mundo um interesse e um esforço no sentido da instituição de políticas que visem amenizar as dificuldades enfrentadas pelas populações para a prevenção, o tratamento e a cura de doenças, e ainda, atender de forma universal às demandas em saúde. Contudo a dificuldade de acesso ao medicamento conduz ao agravamento das enfermidades, do sofrimento individual e familiar, e à perda de qualidade de vida (BRASIL, 2007a).

Dados da Organização Mundial de Saúde (2002) mostram que cerca de 80% da população mundial fazem uso de algum tipo de planta medicinal na busca de alívio de alguma sintomatologia dolorosa ou desagradável. Desse total, pelo menos 30% se dá por indicação médica (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1978).

É consenso que os insumos de origem natural são fontes importantes de pesquisa farmacológica, pois além de possibilitarem a criação de agentes terapêuticos, fornecem matéria-prima para drogas sintéticas (ABIFITO, 2004).

Com a sua rica biodiversidade, o Brasil tem todas as condições de mudar a sua política de saúde pública e adotar uma postura mais democrática na qual o povo possa optar e traçar ou caminho de busca de sua própria cura, entre eles, aquele que o conecta com a ancestralidade: o caminho das plantas medicinais (VIEIRA, 1972).

As concepções da origem da doença por causas ambientais estão ligadas à visão construída sobre o funcionamento da sociedade, quase sempre considerado agressivo, opressivo e insalubre, diz Minayo (2008).

Além do tratamento e utilização dos recursos naturais, temos recursos específicos vindo de cada região, ricos em biodiversidade como a Amazônia, onde se verificam os maiores índices de biosociodiversidade das áreas tropicais e também do mundo (BARBOSA, 1998).

A Organização Mundial da Saúde por ocasião da 31ª Assembléia realizada em Alma-Ata (URSS) no ano de 1978, sobre cuidados primários de saúde, estabeleceu a meta, saúde para todos no ano 2000, dirigida a todos os governos, na busca da promoção de saúde a todos os povos do mundo (BRASIL, 1990).

A Organização Mundial da Saúde iniciou no mesmo ano, um programa com ênfase no uso de plantas medicinais, com o mesmo objetivo, “em torno do ano 2000, condições de saúde que permitisse aos povos no mundo levar uma vida social e economicamente produtiva”, recomendando aos países membros que desenvolvessem pesquisas, visando à utilização da flora nacional com propósito terapêutico (PINTO, 2009).

No Brasil foi implantado em 1988 o Sistema Único de Saúde (SUS), universalizando o acesso aos serviços de saúde e definiu-se a atenção básica à saúde como a principal estratégia para alcançar a meta (BRASIL, 1990).

O SUS é destinado a todos os cidadãos brasileiros e é financiado com recursos arrecadados dos impostos e das contribuições sociais pagos pela população e compõem os recursos do governo federal, estadual e municipal. Foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis de n.º 8.080/90 e nº 8.142/90, Leis Orgânicas da Saúde, com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, sendo proibidas cobranças de dinheiro sob qualquer pretexto (BRASIL, 1990).

Na tentativa de atender à demanda nacional dos usuários do SUS, o estado brasileiro, criou duas políticas que tratam da Fitoterapia, visando a promoção, a manutenção e a recuperação da saúde.

Uma dessas políticas nacionais é a de Práticas Integrativas Complementares (PNPIC), que reconhece a Fitoterapia como opção terapêutica acessível aos usuários do SUS. A outra é a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF), que apresenta 17 diretrizes para viabilizar a inserção das Plantas Medicinais e Fitoterápicos nos serviços da Atenção Primária à Saúde. As duas políticas se integram pelas ações propostas no Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (BRASIL, 2006a).

O principal órgão responsável pela regulamentação das plantas medicinais e seus derivados, no Brasil, é a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), autarquia do Ministério da Saúde, que tem como papel principal proteger e promover a saúde da população, garantindo a segurança sanitária de produtos e serviços, participando da construção de seu acesso (BRASIL, 1999).

A Resolução nº 14 de 2010, emitida pela Diretoria Colegiada da ANVISA (2010b), define fitoterápico como o medicamento obtido empregando-se exclusivamente matérias-primas ativas vegetais.

Os remédios preparados a partir de vegetais não podem ser confundidos com medicamentos fitoterápicos, ambos são obtidos de plantas medicinais, porém elaborados de forma distinta. Enquanto os remédios vegetais são obtidos a partir de folhas secas, inteiras ou rasuradas (partidas em pedaços menores), utilizadas na preparação dos populares “chás”; os medicamentos fitoterápicos são produtos tecnicamente mais elaborados, apresentando forma farmacêutica final para uso: comprimidos, cápsulas e xaropes (ANVISA, 2010b).

Diante desse quadro, a ANVISA publicou em 9 de março de 2010 uma Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) tratando do tema, a de nº 10, que dispõe sobre a notificação de drogas vegetais e determina que a produção, a importação e a comercialização dessas plantas medicinais passam a ser controladas pela própria Agência. Concomitantemente, esta norma orienta o uso terapêutico das chamadas drogas vegetais, no alívio de sintomas de doenças de baixa gravidade, com o objetivo de esclarecer em quais situações podem ser administradas (ANVISA, 2010a).

As alegações terapêuticas contidas na RDC nº 10/2010, assim como as formas de preparo e usos específicos tratados, quanto a sua efetividade, encontram-se amparada no uso do saber tradicional e na revisão de dados disponíveis na literatura, relacionada ao tema, ficando excluídas da resolução as ações farmacológicas e indicações terapêuticas que requeiram formas de preparação ou induzam ao uso não previsto na resolução. A resolução apresenta a nomenclatura botânica e a popular de cada planta medicinal, a parte dela que deve ser usada, assim como a forma de utilização, a posologia, a via de utilização, as alegações de uso, as contraindicações e os efeitos adversos, e ainda as referências bibliográficas pertinentes (ANVISA, 2010a).

O foco deste trabalho está em estudar em que medida a inserção do uso de Plantas Medicinais minimiza os custos do tratamento de agravos atendidos pela assistência farmacêutica básica.

O bairro do Jurunas em Belém do Pará é o espaço onde se coloca a problemática em estudo, compreendendo: a utilização das plantas medicinais na

atenção básica pode minimizar os custos dos serviços oferecidos pela Assistência Farmacêutica em Saúde para o usuário do Sistema de Saúde?

Em nível local, o estudo procura identificar como está se dando o uso das plantas medicinais com fim terapêutico no bairro do Jurunas em Belém? Em quais doenças está sendo utilizado? E observar a experiência que vem sendo desenvolvida na utilização das plantas medicinais com fim terapêutico no Centro de Referência de Tratamentos Naturais em Macapá?

Este trabalho está estruturado em oito capítulos, iniciando com esta introdução e finalizando com o apêndice. O segundo capítulo trata da atenção primária em saúde, terminologia que passou para atenção básica em saúde, para significar, um conjunto de ações, de promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde, que se articula com um sistema integral de atenção á saúde.

Discute-se também a saúde em termos da assistência farmacêutica básica apresentando a política nacional de plantas medicinais e fitoterápicos (PNPMF) e o contexto econômico dos medicamentos alopáticos sintéticos.

O terceiro capítulo discorre sobre os custos na saúde. O quarto capítulo explica o que é farmacoeconomia e demonstra os tipos de análises farmacoeconômica. O quinto capítulo descreve os objetivos a serem atingidos em termos gerais e específicos, pelo trabalho. O sexto capítulo apresenta as atividades e os métodos utilizados para alcançar os objetivos.

Resultados e discussão formam o sétimo capítulo do trabalho que demonstra de que forma a fitoterapia popular se relaciona com a população usuária do SUS no bairro do Jurunas, em Belém e como é utilizada pelos usuários do SUS no Centro de Referência para Tratamento Natural CRTN, em Macapá. O oitavo capítulo está centrado nas considerações finais da temática desenvolvida no trabalho.

2 A IMPORTÂNCIA DAS PLANTAS MEDICINAIS NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

A Atenção básica é definida pelo Ministério da Saúde como, um conjunto de ações de saúde que englobam promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigida à populações de territórios bem delimitados, pelas quais assumem responsabilidade. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver problemas de saúde de maior frequência e relevância (BRASIL, 2003).

E ainda, orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social. Deve considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, inteireza e inserção sócio-cultural, além de buscar a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2003).

Nestes termos, fica explícito que o Brasil optou por um sistema público e universal de saúde, que deve garantir atendimento integral para todos os cidadãos. A saúde vem inscrita no artigo 6º da Constituição Brasileira de 1988, como sendo um direito social que, nos termos do art. 196 da mesma Constituição, “é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas econômicas e sociais” (OLIVEIRA; SOUZA, 2010).

A atenção a esse direito se faz por meio de uma rede regionalizada e hierarquizada que se constitui num sistema único, organizado com descentralização e direção única em cada esfera de governo.

O SUS tem como conceito básico a universalização do atendimento à saúde, surgiu por meio da Constituição Federal de 1988 e é regido por duas leis Federais: a 8.080 de 19 de setembro 1990, que dá as linhas gerais do que seria esse atendimento, e a 8.142 de 28 de dezembro de 1990, que regulariza a participação da sociedade na fiscalização do sistema (OLIVEIRA; SOUZA, 2010).

Ocorre a universalidade quando uma pessoa adoece, o seu corpo e a sua mente adoecem individualmente, assim como a sua família, o seu grupo social, a

sua comunidade, a sociedade em geral. Desse modo o adoecimento do indivíduo é ao mesmo tempo da sua família, do seu grupo social, da comunidade e da sociedade toda. É o que os economistas chamam de externalidade, neste caso negativa. Uma pessoa vacinada para certa doença é beneficiada pela imunidade que lhe confere a vacina e ao mesmo tempo beneficia os seus circunstantes, quando se configura um exemplo clássico de externalidade positiva (OLIVEIRA; SOUZA, 2010).

O controle social é a participação da sociedade civil nos processos de planejamento, acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações da gestão pública e na execução das políticas e programas públicos. As ações e serviços de saúde do Sistema Único de Saúde são classificados como de Atenção Básica, de Média Complexidade e de Alta Complexidade (OLIVEIRA; SOUZA, 2010).

Por tecnologia de baixa complexidade, fica subentendido que a atenção básica inclui um conjunto de procedimentos mais simples e baratos, capazes de atender à maior parte dos problemas de saúde comuns da comunidade, embora sua organização, seu desenvolvimento e sua aplicação possam demandar estudos de alta complexidade teórica e profundo conhecimento empírico da realidade (BRASIL, 2003).

O papel da atenção básica dentro da organização do sistema é organizar e racionalizar o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde

A média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento (BRASIL, 2003).

E a atenção básica de alta complexidade é o conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os demais níveis de atenção à Saúde (BRASIL, 2005a).

Em 1991, foi iniciado pelo Ministério da Saúde o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que tem por objetivo financiar equipes compostas de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), trabalhadores leigos oriundos da comunidade local, cuja atuação se dá por meio de ações envolvendo vigilância e

educação em saúde. Após dois anos, houve um encontro oficial do governo, no qual foram avaliadas as experiências com os PACS dentre outras iniciativas de atendimento comunitário com finalidades afins (UNASUS, 2007).

Em 1994 foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF), também sob a esfera do Ministério da Saúde. A diferença principal em relação ao PAC configura-se pela incorporação de auxiliar de enfermagem e médico ao atendimento por equipe, assim como um menor número de ACS. Em 2007, o Governo Federal lança o Programa Mais Saúde, um planejamento de ações do governo para a área da saúde para o quadriênio 2008-2011 (UNASUS, 2007).

A OMS registra o perfil do usuário de remédios originados de plantas medicinais que se adapta ao mercado, mas que depende de sua situação sócio-econômica, e tem interesse em solucionar suas necessidades primárias de saúde, revelando que a maioria da população mundial, vivendo principalmente em países em desenvolvimento, não tem acesso à medicina moderna. Conseqüentemente, não acessando medicamentos sintéticos, recorre então à medicina popular (PINTO; BARBOSA, 2009).

O governo do Estado, atendendo às recomendações da PNPMF, cria um Grupo de Trabalho formado por técnicos das Secretarias de Estado do Meio Ambiente (SEMA), da Saúde Pública (SESPA), da Agricultura (SAGRI), do Desenvolvimento, Ciência e Tecnologia (SEDECT), de Governo (SEGOV), por técnicos do Instituto de Desenvolvimento Florestal do Estado do Pará (IDEFLOR), da Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural (EMATER), da Agência de Defesa Agropecuária do Estado do Pará (ADEPARÁ) e da Polícia Militar do Estado do Pará (PMPA), com a finalidade de elaborar e implantar a Política e o Programa Estadual de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, baseados no uso sustentável dos recursos naturais, no Estado do Pará (TORRES, 2008).

2.1 CONHECIMENTO TRADICIONAL SOBRE AS PLANTAS MEDICINAIS

“A ausência de instrução formal não é sinônimo de ausência de conhecimento”.
Elisabetsky (2002).

Toda sociedade humana acumula um acervo de informações sobre o ambiente que a cerca, que vai lhe possibilitar interagir com ele para prover suas

necessidades de sobrevivência. Neste acervo, inscreve-se o conhecimento relativo ao mundo vegetal com o qual estas sociedades estão em contato (AMOROZO, 1996).

Os povos primitivos já buscavam no reino vegetal medicamentos para aliviar o sofrimento humano provocado por doenças ou acidentes. Da experimentação e da observação dos animais, que também buscam nos vegetais alívios para seus males, os povos produziram ao longo da história um saber importantíssimo sobre as propriedades das plantas medicinais. Estes conhecimentos adquiridos são utilizados até os dias de hoje (CAPES, 2010).

O conhecimento que vem do latim *cognitio*, representa em geral uma técnica para aferição de um objeto qualquer, ou a disponibilidade ou posse de uma técnica semelhante. O filósofo Heidegger conceitua o conhecer, como um modo de ser do ser-no-mundo, ou seja, transcende do sujeito para o mundo. Nunca é apenas um ver ou um contemplar. Para Locke, a definição do conhecimento é a "percepção do acordo e da ligação, ou do desacordo e da oposição das idéias entre si" (JAPIASSÚ; MARCONDES, 2001).

O conhecimento tradicional de acordo com o Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente, PNUMA (2001) pode ser definido como, um corpo de conhecimento construído por um grupo de pessoas através de sua vivência em contato próximo com a natureza por várias gerações. Ele inclui um sistema de classificação, um conjunto de observações empíricas sobre o ambiente local e um sistema de auto-manejo que governa o uso dos recursos.

No Brasil, existem movimentos em defesa da integração dos interesses tanto do Estado quanto das comunidades tradicionais na utilização, comercialização e ganhos advindos do uso da biodiversidade existente, responsabilizando os atores desse uso em nível nacional, regional ou local pela condução de medidas efetivas na conservação e proteção ao meio ambiente (EARTHWATCH INSTITUTE, 2002).

É importante esclarecer o conceito para comunidades tradicionais, como sendo grupos culturalmente diferenciados e que se reconhecem como tais, que possuem formas próprias de organização social, que ocupam e usam territórios e recursos naturais como condição para sua reprodução cultural, social, religiosa, ancestral e econômica, utilizando conhecimentos, inovações e práticas gerados e transmitidos pela tradição, contido no Decreto 6.040/2007, que Institui a Política

Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais (LEUZINGER, 2007).

Nesse contexto, a parceria entre o governo e as comunidades tradicionais se configura como um dos pilares essenciais para efetividade de políticas públicas e desenvolvimento economicamente viável, socialmente justo e ecologicamente equilibrado (VASCONCELLOS, 2008).

2.2 SAÚDE E AS PLANTAS MEDICINAIS

A saúde é bem definida por Sá, Sá e Diniz (1997), quando afirmam que “[...] saúde: **estar bem. Estar bem** é estar em paz – fisiológica, emocional e socialmente. Em harmonia consigo mesmo e com os que estão em volta – pessoas, coisas, ambiente e sociedade”.

O ser humano necessita estabelecer um vínculo entre as plantas medicinais com as quais se trata e as tradições culturais dentro do contexto da espiritualidade e do bem-estar. Seguramente, a mais urgente necessidade seja a garantia da escolha democrática dos caminhos que a sociedade quer percorrer na busca da recuperação e/ou manutenção da sua saúde (SÁ; SÁ; DINIZ, 1997).

A utilização de plantas medicinais não é um caminho novo para resolver, no Brasil, problemas vivenciados pela população, quanto às dificuldades por ela enfrentadas no atendimento dos serviços oferecidos pela rede pública de assistência primária em saúde.

A planta como recurso medicinal já está presente na vida das pessoas, logo, essa prática precisa ser apoiada e resgatada, em função da facilidade de acesso, do baixo custo e da compatibilidade cultural das Plantas Medicinais com as tradições populares (BRASIL, 2006a).

A fitoterapia popular é reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um instrumento potente para o desenvolvimento de novos medicamentos e controle de enfermidades que assolam os países periféricos, com a utilização da biodiversidade local para o atendimento primário à saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

Grande parte dos medicamentos da indústria farmacêutica é de origem vegetal. Estima-se que 75% dos medicamentos comercializados mundialmente

foram originados de plantas como a aspirina, que tem como princípio ativo o ácido salicílico, que é proveniente de uma árvore bastante comum, o salgueiro (RAVEN; EVERT; EICHHORN, 2001).

Considerando os limites das ações para a incorporação das plantas medicinais em programas e políticas públicas para o desenvolvimento local e os elementos que contribuam para compreensão desta relação entre o estado e a sociedade civil, faz-se necessário avaliar os critérios a serem utilizados na mensuração dos benefícios desejados pela sociedade e se eles proporcionam menos gastos com tratamentos de saúde e o fortalecimento da cidadania.

A Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos traz para o país, estados e municípios diretrizes para a implantação de programas e projetos oficiais, centrados em plantas medicinais como opção para o tratamento de doenças, visando minimizar a grande dificuldade dos usuários do sistema em acessar o medicamento (BRASIL, 2007a).

Nesse sentido, durante a realização da Conferência Rio-92, no Rio de Janeiro, ficou estabelecida a Convenção sobre Diversidade Biológica (CDB), um instrumento de proteção de direitos e de conhecimentos das populações tradicionais, no âmbito da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e da Organização Mundial de Propriedade Intelectual (OMPI), organizações internacionais para a defesa e proteção das práticas das comunidades locais¹ e populações tradicionais, e para a conservação e o uso sustentável da biodiversidade (ALBAGLI, 2005).

Dentre os conhecimentos das populações tradicionais, no campo da saúde, destacamos o da utilização das plantas medicinais, como recurso terapêutico para o tratamento de doenças beneficiando a população local.

Neste contexto, Arruda (1999), conceitua as populações tradicionais como aquelas que apresentam um modelo de ocupação do espaço e uso dos recursos naturais voltados principalmente para a subsistência, com fraca articulação com o mercado, baseado em uso intensivo de mão de obra familiar, tecnologias de baixo impacto derivado de conhecimentos patrimoniais e, normalmente, de base

¹ As comunidades locais, em geral, chamadas de “camponesas”, resultam de uma intensa miscigenação entre os diversos povos que compõe a identidade do povo brasileiro, são os caiçaras, caipiras, comunidades pantaneiras, ribeirinhas, pescadores artesanais, pequenos produtores litorâneos e assim por diante, mas que, em certa medida guardam um isolamento geográfico relativo e um modo de vida particularizado pela dependência dos ciclos naturais (DIEGUES, 1998).

sustentável. Em geral ocupam a região há muito tempo e não tem registro legal da propriedade privada individual da terra, definindo apenas o local de moradia como parcela individual, sendo o restante do território encarado como área de utilização comunitária, com seu uso regulamentado pelo costume e por normas compartilhadas internamente.

O conceito de população tradicional é um conceito bastante discutido entre os pesquisadores, não existindo definição universalmente aceita.

Diegues (1996) entende que as populações tradicionais possuem um modo de vida específico, uma relação única e profunda com a natureza e seus ciclos, uma estrutura de produção baseada no trabalho da própria população, com utilização de técnicas prioritariamente baseadas na disponibilidade dos recursos naturais existentes dentro de fronteiras geralmente bem definidas, adequando-se ao que a natureza tem a oferecer, e também manejando quando necessário. Em tais populações, ocorre uma constante transmissão de conhecimentos através das gerações como forma de perpetuar a identidade do grupo.

Desse modo, em 2003, observa-se que a Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica também evidenciou a importância desses conhecimentos incentivando políticas de incorporação do uso de plantas medicinais e fitoterápicos no SUS.

Entre as ações tomadas pelo Ministério da Saúde está uma lista com 71 plantas medicinais que poderão gerar produtos para serem usados pelo Sistema Único de Saúde. O objetivo da Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS (RENISUS) é orientar estudos que possam contribuir para o incremento da relação de fitoterápicos disponíveis para uso da população (BRASIL, 2009a).

Nesse sentido algumas políticas têm sido adotadas pelo estado brasileiro, que regula o acesso ao patrimônio genético, a proteção e o acesso ao conhecimento tradicional associado.

2.2.1 A Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e o contexto econômico dos medicamentos alopáticos sintéticos

No cumprimento das atribuições de coordenação do Sistema Único de Saúde e de estabelecimento de políticas para garantir a integralidade na Atenção à

Saúde, o Ministério da Saúde apresenta a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, PNPMF. Essa Política tem como objetivo principal garantir à população brasileira o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, promovendo o uso sustentável da biodiversidade, o desenvolvimento da cadeia produtiva e da indústria nacional (BRASIL, 2006a).

Neste sentido, vários são os estados do Brasil que estão oferecendo aos usuários do Sistema de Saúde Pública o acesso às plantas medicinais, aos fitoterápicos e aos serviços relacionados, como opção terapêutica de tratamento e prevenção de doenças. São eles: Alagoas, Amapá, Ceará, Distrito Federal, Goiás, Paraíba, Paraná, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro e Santa Catarina (RODRIGUES, 2007).

A Fitoterapia, especialidade que promove o tratamento das doenças por meio de plantas medicinais, vem crescendo muito nestes últimos anos, produzindo uma movimentação financeira mundial de aproximadamente 22 bilhões de dólares (YUNES; PEDROSA; CECHINEL FILHO, 2001).

No Brasil existem milhões de pessoas que não têm como comprar os medicamentos em farmácias e a única alternativa são os medicamentos fornecidos pelo Sistema Único de Saúde (CALLEGARI, 2000).

O Ministério da Saúde realizou um levantamento junto a Estados e Municípios que mostrou a estruturação de algumas práticas integrativas e complementares no SUS, contempladas na política em 26 estados, num total de 19 capitais e 232 Municípios (BRASIL, 2006b).

Em Fortaleza, no estado do Ceará, um dos exemplos mais bem sucedidos, que envolvem as potencialidades terapêuticas das plantas medicinais no Brasil, é o projeto Farmácias-Vivas. Esse projeto mantido pelo Sistema Único de Saúde é direcionado para atender às necessidades da população de baixa renda, que, para tratar de aproximadamente 80% de suas enfermidades, utiliza-se das plantas medicinais, servindo também este projeto de modelo para a implantação da política mencionada em outros estados do Brasil (MATOS, 1998).

O Brasil ocupa uma posição de destaque: é o 9º colocado na produção de medicamentos sintéticos no mercado mundial. Foram comercializados no mundo, em 2006, mais de 8 bilhões de dólares em medicamentos sintéticos (IMS ..., 2006).

Para 2008, o IMS Health previu um crescimento do mercado de medicamentos sintéticos de 12% a 13% para sete países: Brasil, China, México,

Coréia, Índia, Rússia e Turquia, podendo alcançar US\$ 85-90 bilhões, o que poderá representar 25 % do total em vendas de medicamentos em todo o mundo (CALIXTO, 2003).

Pela grande tradição do uso das plantas na medicina popular do Brasil, o interesse em estudar as propriedades medicinais das plantas vem sendo explorado extensivamente pelos pesquisadores brasileiros e mais recentemente pela indústria farmacêutica, interessada em desenvolver novos medicamentos (LINO; SIMÕES, 2002).

Segundo dados do Ministério da Agricultura, o mercado de plantas medicinais e fitoterápicos cresce no mundo todo, são movimentados US\$ 20 bilhões ao ano no mundo. No Brasil, o setor também está em expansão e cresce em média de 10% a 15% ao ano, gerando lucro de US\$ 520 milhões (BRASIL, 2006b).

O Ministério da Saúde no Brasil, em 1994, criou o Programa Saúde da Família (PSF) com o principal propósito de reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a assistência médica para mais perto das famílias de baixa renda. A estratégia do PSF prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas de forma integral e contínua (BRASIL, 2002).

A fim de organizar o funcionamento e financiamento do setor saúde, nasceu na área da Economia o estudo da Economia em Saúde que nos últimos anos vem ganhando força como área de conhecimento específica, cujos modelos e instrumentos são de grande auxílio na análise e equacionamento dos problemas do setor (NUNES, 1996).

A Economia da Saúde é uma especialidade recente no Brasil, procura aliar os conhecimentos adquiridos pela Medicina como a segurança do procedimento, eficácia e efetividade da intervenção, ao conceito de eficiência, originado na Economia, com o objetivo de instrumentalizar os gestores de saúde em suas tomadas de decisão, principalmente quanto a um melhor aproveitamento de recursos frente às necessidades da sociedade (FERRAZ, 2005).

O medicamento, do ponto de vista da economia, é considerado um bem econômico, pois está disponível em quantidade inferior a que realmente o sistema de saúde necessita ou deseja para satisfazer aos seus usuários. Os estudos de avaliação econômica, um dos enfoques abordados na Farmacoeconomia, têm sido

utilizados por vários países como forma de maximizar o uso dos medicamentos nos diferentes níveis de atenção à saúde (MOTA; FERNANDES; COELHO, 2003).

A avaliação econômica de medicamentos pretende, em termos práticos, determinar se um novo medicamento, embora mais caro, tem vantagens clínicas como, maior eficácia, melhor perfil de efeitos secundários, maior comodidade de administração, entre outros, em relação aos medicamentos já existentes no mercado e se essas vantagens clínicas compensam o aumento dos custos dos cuidados de saúde para o medicamento padrão e, eventualmente, com alternativas terapêuticas.

3 OS CUSTOS NA SAÚDE

O Núcleo Nacional de Economia da Saúde (NUNES), do Departamento de Economia da Saúde (DES), vinculado à Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) do Ministério da Saúde (MS), criou o Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC) no âmbito do SUS (BRASIL, 2006c).

A evolução dos gastos em saúde não atinge somente os países em desenvolvimento, mas também os desenvolvidos, que têm encontrado dificuldades em conseguir conter a evolução destes gastos, segundo dados constantes no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (BRASIL, 2006c).

Existem atualmente estudos que visam a diminuir os custos com a saúde, para que seja possível maximizar os resultados e minimizar o consumo de recursos na área, nos quais destaca-se a importância do sistema de gestão de custos, já que para gerir custos é preciso primeiramente conhecê-los (NUNES, 1996).

Algumas das finalidades da gestão de custos para instituições de saúde são: calcular os custos dos serviços prestados relacionados à atividade produtiva; fornecer, a todos os setores da instituição, informação referente a seus recursos, independente da natureza produtiva, despertando assim a responsabilidade, para que todos exerçam uma efetiva gestão dos custos; subsidiar a tomada de decisão, a definição orçamentária, a política de investimentos e o planejamento das atividades operacionais; possibilitar a troca de informações e a comparação de resultados entre instituições; facilitar a identificação de atividades ineficientes na aplicação de recursos ou na prática organizacional; realizar prestação de contas, visando maior transparência ao controle social (BRASIL, 2006c).

Segundo Abbas (2001), várias instituições utilizam a contabilidade de custos somente para fins fiscais e não para subsidiar as informações como ferramenta gerencial.

Beulke e Berto (2005) demonstram que custo é sempre resultante da divisão dos somatórios dos componentes monetários pelo somatório dos componentes físicos. Esses dois grandes grupos de componentes constituem, na realidade, a base inicial para qualquer estrutura de custos.

Afirmam também que de nada adianta uma organização possuir recursos técnicos e avançados de cálculos, dispor de uma concepção e estrutura adequadas

de custos, se não tiver em primeiro lugar um sistema de controle de informação preciso e consistente.

Os conceitos econômicos a seguir foram retirados do Manual Técnico de Custo: Conceitos e Metodologia do Programa Nacional de Gestão de Custos, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006c).

As despesas são montantes de recursos gastos, num determinado período, que não estão diretamente relacionadas com a atividade fim. A despesa pode ser apropriada, ou não, no produto ou serviço, sob a forma de custo indireto. E a receita é a entrada de valores para o ativo, sob a forma de dinheiro ou direitos a receber.

Os custos tangíveis são aqueles que têm um valor agregado e são fáceis de serem quantificados, podem ser classificados em custos diretos e indiretos.

O custo direto é aquele apropriado diretamente ao produto ou serviço prestado, não sendo necessária nenhuma metodologia de rateio (exemplo: mão de obra direta, medicamentos etc.). Já o custo fixo é aquele independente do volume de produção, que não é passível de alteração em curto prazo (exemplo: depreciação, aluguel e pessoal).

O custo indireto é a parcela do custo total que não pode ser identificada diretamente em um produto ou serviço específico, porque depende dos critérios de rateio e está relacionado com um ou mais produtos e serviços (exemplo: aluguel, energia, água, telefone e combustível).

Já o custo total é o resultado do somatório dos custos diretos e indiretos de todas as unidades de um mesmo bem ou serviço produzidas durante determinado período. $CT = \text{Custo Total}$; $CD = \text{Custo Direto}$; $CI = \text{Custo Indireto}$. $CT = CD + CI$, sendo o preço o valor monetário por meio do qual um bem ou serviço é comprado e/ou vendido.

A gestão estratégica de custos surge como uma resposta para atender às demandas do sistema econômico com relação às novas perspectivas e alternativas proporcionadas pela modernização dos mercados em um contexto de busca por melhoria contínua da competitividade.

Para identificar os serviços e setores que formarão os centros de custos, toma-se por base, além do organograma da instituição, os serviços de maior interesse, seja pelo conhecimento de seus custos, seja pela relevância de despesa efetuada ou pela produção e importância na estrutura da instituição.

Quando o gasto em saúde é desagregado por elemento de despesa, observa-se que os medicamentos, são responsáveis por parcela considerável e constituem o componente que tem contribuído em maior grau para esse incremento (VIEIRA; MENDES, 2007).

O mercado global de medicamentos fitoterápicos movimenta US\$ 21,7 bilhões por ano. No Brasil, não existem dados oficiais atualizados, porém, a Federação Brasileira da Indústria Farmacêutica, estima que no ano de 2008, esse mercado comercializou em torno de US\$ 160 milhões. E o fator de atração é o ritmo de crescimento das vendas internas, mais de 15% anuais, contra 4% relativos às vendas dos medicamentos sintéticos. Em toda a cadeia produtiva, o setor fitoterápico no Brasil movimenta anualmente cerca de R\$ 1 bilhão (FEBRAFARMA, 2007).

O esforço em promover e aperfeiçoar a oferta e a qualidade de produtos e serviços em saúde tem sido recompensado com melhores condições de sanidade da população. Porém, é necessário intensificar estudos nessa área, pois se pode constatar que esses benefícios têm sido alcançados com o aumento de despesas, preocupando usuários, governos e sociedade como um todo. Esse aumento resultou em uma necessidade de se compreender como recursos limitados podem ser utilizados de maneira mais eficiente e efetiva (PFIZER, 2006).

Encontrar o ponto de equilíbrio entre a máxima qualidade e o menor custo de um tratamento é tarefa que exige abordagem técnica acerca da melhor opção em termos de custos do tratamento e suas consequências. Logo, pode-se dizer que a farmacoeconomia é a aplicação da economia no estudo do medicamento (RASCATI, 2010).

Os custos em saúde vêm crescendo progressivamente por diversos motivos, incremento de novas tecnologias médicas, aumento da solicitação de exames complementares, envelhecimento da população, entre outros. A tendência é de aumento dos custos nos próximos anos, o que impacta diretamente na equação de custos sobre as receitas (BRASIL, 2006c).

Além desses fatos, existe a ineficiência do processo gerencial em saúde referente a despesas, que se inicia com a falta de informações sobre custos de procedimentos terapêuticos, em relação à produtividade dos diferentes serviços das organizações de saúde, tendo sido criada nessa área uma mentalidade de defesa da

quantidade de recursos sem, contudo considerar a busca pela eficiência (MEDICI, 1994).

No contexto das avaliações econômicas a avaliação de medicamentos é considerada um dos eixos centrais da economia da saúde, por constituir-se uma categoria em que melhor se conhecem os custos e seus resultados. Os gastos com medicamentos sintéticos ocupam posição de destaque nos gastos com a saúde no Brasil (VIEIRA, 2009).

4 FARMACOECONOMIA

A mais nova ferramenta para avaliação econômica em saúde chama-se Farmacoeconomia, que foi definida, por Rascati (2010), como a descrição e a análise dos custos da terapia farmacêutica, aplicadas ao sistema de assistência à saúde e à sociedade como um todo, buscando identificar, medir e comparar os custos e as consequências da utilização de produtos e serviços farmacêuticos.

O termo eficiência é um dos elementos chave da Farmacoeconomia. Um dos seus enfoques que vem crescendo em importância nos últimos anos para as políticas farmacêuticas de países desenvolvidos são os estudos de avaliação econômica aplicados aos medicamentos (MOTA; FERNANDES; COELHO, 2003).

A Farmacoeconomia é fundamental para seleção e padronização de medicamentos para hospitais ou sistemas de saúde; para o estabelecimento de protocolos clínicos; para prescrição de fármacos; para a orientação da pesquisa farmacêutica para o desenvolvimento de produtos com melhor relação custo/benefício (em termos financeiros, bem como, clínicos e de qualidade de vida); e para farmacovigilância pós-comercialização (RASCATI, 2010).

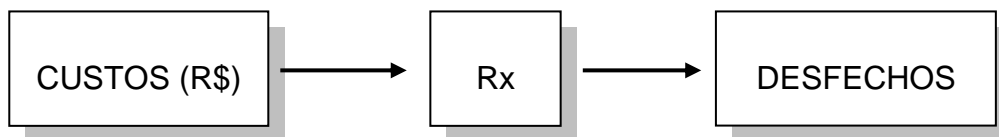
O campo científico da Farmacoeconomia é multidisciplinar, os conceitos e métodos são tomados de outras disciplinas. Ela abrange tanto áreas da Economia, da assistência à saúde, como da pesquisa de desfechos clínicos relacionados à Farmácia (ZANINI, 2001).

Segundo Rascati (2010), os clínicos querem que seus pacientes recebam o melhor tratamento e os melhores desfechos disponíveis, e os pagantes querem gerenciar o aumento dos custos. A Farmacoeconomia combina esses objetivos, estimando o valor dos desfechos que os pacientes receberam por suas despesas com medicamentos e outros produtos e serviços de assistência à saúde.

A avaliação da efetividade de qualquer nova intervenção de assistência à saúde, inclusive de medicamentos, é fundamental para se determinar o papel desta efetividade na prática clínica. Mas as novas intervenções podem oferecer apenas uma vantagem pequena em relação ao tratamento existente, em geral a um custo maior. No caso das intervenções farmacêuticas, a Farmacoeconomia tenta medir se o benefício adicionado por uma intervenção compensa o custo a ela adicionado (RASCATI, 2010).

A farmacoeconomia identifica, mede e compara os custos e as consequências de produtos e serviços farmacêuticos. Para demonstrar isso, pode-se ver a equação abaixo e pensar em seus dois lados, em que o lado esquerdo representa os insumos (custos) utilizados para se obter e utilizar o produto ou serviço farmacêutico e o lado direito representam os desfechos relacionados à saúde produzidos pelo produto ou serviço farmacêutico. O centro da equação, o produto ou serviço farmacêutico que está sendo avaliado, é simbolizado por Rx (RASCATI, 2010).

Se apenas o lado esquerdo for medido no que diz respeito a desfechos na equação, trata-se de uma análise de custos (ou uma análise econômica parcial). Para ser uma verdadeira análise farmacoeconômica, os dois lados da equação devem ser levados em consideração e comparados.



Pelo menos teoricamente, duas opções devem ser comparadas na Farmacoeconomia. Mas algumas avaliações consistem em uma comparação do tipo “com ou sem”, estimando o que aconteceria se o produto ou serviço fosse fornecido (por exemplo, serviço de imunização ou de clínica farmacêutica), em comparação com nenhum fornecimento do produto ou serviço (RASCATI, 2010).

Visto que os custos se medem em unidades monetárias, as distintas formas de medir os aspectos de um determinado medicamento determinarão o tipo de análise a ser empregado.

4.1 Tipos de análise farmacoeconômica

São possíveis quatro tipos fundamentais de avaliação farmacoeconômica: a análise de minimização de custos (AMC); a análise de custo-efetividade (ACE); análise de custo-utilidade (ACU) e análise de custo-benefício (ACB). Essas análises farmacoeconômicas proporcionam comparação entre as alternativas e facilitam a escolha do uso adequado de recursos (RASCATI, 2010).

Os estudos farmacoeconômicos são peças-chave no processo de decisão na política de medicamentos, já que permitem conhecer qual das opções disponíveis vai ser a mais eficiente, ou seja, aquela que proporcionará maior benefício terapêutico com um menor custo associado (ALVARES, 2001).

A AMC tem a vantagem de ser a mais simples de ser realizada, porque se pressupõe que os desfechos (o mesmo resultado, os mesmos riscos e efeitos secundários) sejam equivalentes, sendo apenas os custos das intervenções comparados. As vantagens do método AMC também são a sua desvantagem: A AMC não pode ser utilizada quando os desfechos das intervenções são diferentes. Não seria adequado comparar classes de medicamentos diferentes utilizando análise de minimização de custos, no caso de haver diferenças claras de desfechos (RASCATI, 2010).

Rascati (2010) diz que a ACE mede resultados em unidades naturais. A opção terapêutica é avaliada em termos dos resultados clínicos. A principal vantagem dessa abordagem é que os desfechos são mais fáceis de serem quantificados em comparação com a análise de uma ACU ou uma ACB, sabendo os clínicos medir bem esses tipos de desfechos em saúde, pois as unidades de medidas são coletadas rotineiramente na prática clínica. Uma desvantagem da ACE é que programas com diferentes tipos de desfechos não podem ser comparados (RASCATI, 2010).

Como não se coloca nenhuma quantia monetária nos resultados clínicos ou desfechos para indicar o valor desses resultados, é uma questão de julgamento por parte do paciente ou do gerenciador de custo saber se a alternativa é “eficaz em relação aos custos” (RASCATI, 2010).

Na ACE os efeitos positivos e negativos de duas ou mais opções de um mesmo programa de intervenção são analisados. É aplicada quando os efeitos dos tratamentos farmacológicos comparados têm um nível de efetividade distinto, porém compartilham dos mesmos objetivos terapêuticos e, portanto, podem ser medidos na mesma unidade de efetividade (ALVARES, 2001).

Rascati (2010) afirma que para algumas comparações de ACE, como avaliações de agentes de quimioterapia, utilizando como exemplo tratamento quimioterápico, a medida de unidade de efetividade clínica primária é o número de anos de vida ganhos devido ao tratamento. Mas a simples medição de duração de vida de um paciente em virtude de um tratamento não leva em consideração a

“qualidade” ou a “utilidade” desses anos. A ACU mede desfechos baseados em anos de vida que são ajustados por pesos de “utilidade”, que variam de 1,0 para “saúde perfeita” a 0,0 para “morte”.

A ACU é utilizada quando se necessita tomar decisões entre opções com resultados muito distintos. Comparam-se diferentes intervenções em que os efeitos sobre os recursos se expressam em unidades monetárias e os efeitos sobre a saúde se expressam em anos de vida ganhos como unidade de medida (ALVARES, 2001).

A ACB é singular no sentido de que, nela, não apenas os custos são avaliados em termos monetários, mas também os benefícios. Medir tanto os custos como os benefícios em termos monetários apresenta duas grandes vantagens: em primeiro lugar, os clínicos podem determinar se os benefícios de um programa ou de uma intervenção excedem os custos de implementação. Em segundo lugar, os clínicos podem comparar diversos programas ou intervenções com resultados semelhantes (RASCATI, 2010).

A principal desvantagem da ACB é a dificuldade de estabelecimento de um valor monetário para desfechos de saúde. Existem métodos diferentes utilizados para se estimar o valor de desfechos de saúde e, de maneira semelhante à medição de utilidades, métodos diferentes de medição podem suscitar estimativas diferentes, as quais podem ser imprecisas (RASCATI, 2010).

Na ACB tanto os efeitos das opções sobre os recursos como sobre a saúde são avaliados em unidades monetárias. Identifica-se a opção que maximiza a diferença entre os benefícios e os custos, que em teoria otimiza o bem-estar da sociedade (ALVARES, 2001).

Outro tipo de pesquisa econômica observado na literatura da assistência à saúde é a análise de custo da doença (CDD), que estima os custos para a sociedade de uma doença específica ou de uma categoria de doença. É importante observar que, em qualquer tipo de análise ou combinação de análise que seja realizada, as comparações econômicas são apenas uma parte do processo de tomada de decisão; valores sociais e considerações legais, éticas e políticas também são incorporados a esse processo.

5 OBJETIVOS

5.1 GERAL

Analisar em que medida a inserção do uso de Plantas Medicinais minimiza os custos do tratamento de agravos atendidos pela Assistência Farmacêutica na Atenção Básica á saúde para o usuário do Sistema de Saúde.

5.2 ESPECÍFICOS

Dentro desse âmbito, são objetivos específicos deste trabalho:

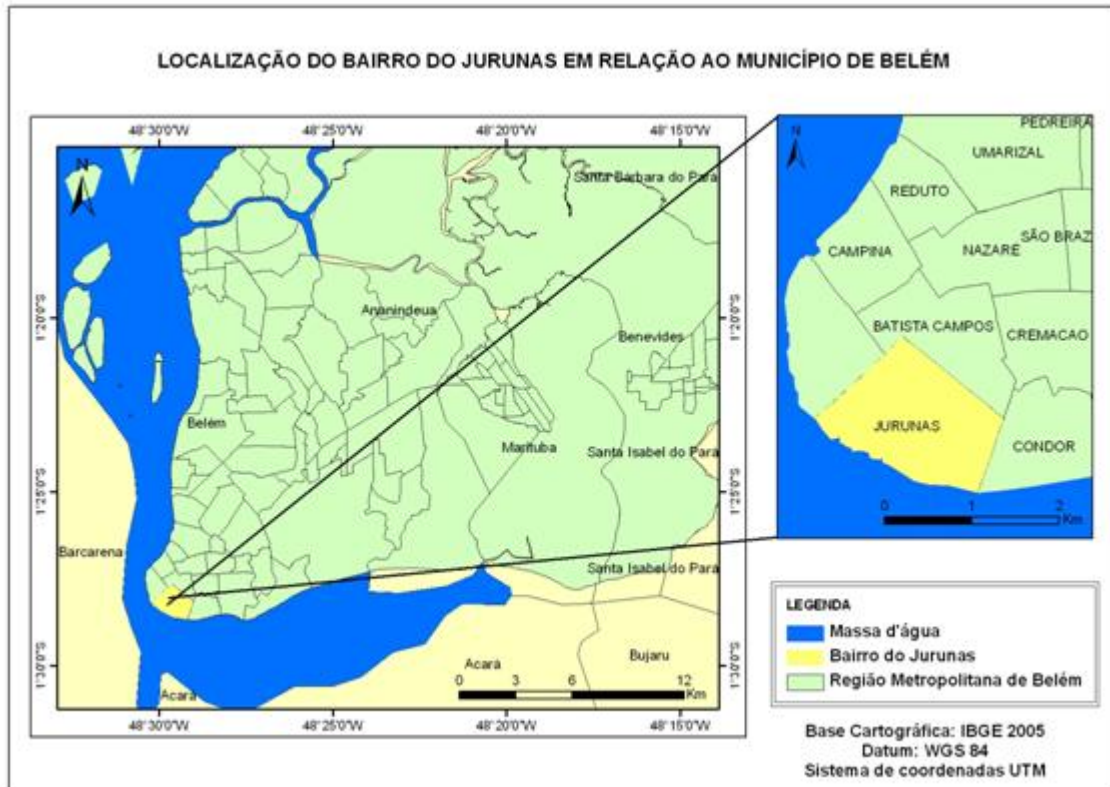
- traçar um perfil nosológico do bairro selecionado para análise;
- elencar os vegetais mais utilizados para tratar as doenças mais frequentes na área estudada;
- estudar como a assistência farmacêutica básica oferecida pelo sistema público de saúde atende as famílias entrevistadas no bairro;
- comparar custos do uso de medicamentos do SUS com os das plantas medicinais.

6 ATIVIDADES E MÉTODOS

6.1 ÁREA DE ESTUDO

O estudo foi realizado no bairro do Jurunas com apoio na Unidade de Saúde Radional II, localizado na Região Metropolitana de Belém, no Pará. A seleção do bairro pesquisado se deu em função da sua localização geográfica, ao longo do rio Guamá, como mostra a Imagem 1, onde residem basicamente pessoas oriundas das áreas ribeirinhas e do interior do estado, que trazem na sua história a utilização das plantas medicinais como recurso terapêutico no tratamento dos seus males de saúde (RODRIGUES, 2006).

A Unidade de Saúde da Família Radional II está localizada na quadra F, s/n, no bairro do Jurunas, próximo à baía do Guajará, no município de Belém, estado do Pará (Mapa 1). Formado por uma população de mais 66.000 habitantes, em quase 14 mil domicílios, é o 2º bairro mais densamente povoado, com aproximadamente 30 hab./km², segundo dados da Secretaria Municipal de Coordenação Geral do Planejamento e Gestão no Anuário Estatístico do Município de Belém 1998 (PARÁ, 1999).



Mapa 1 - Localização geográfica do bairro do Jurunas em relação ao Município de Belém/PA.
Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2005).

Segundo o IBGE no Censo Demográfico 2007: a população do Estado do Pará é de 7.065.573 milhões de habitantes; a população de Belém - 1.247.689 milhões de habitantes, distribuídos em uma área de 1.247.689,515 Km² (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2009).

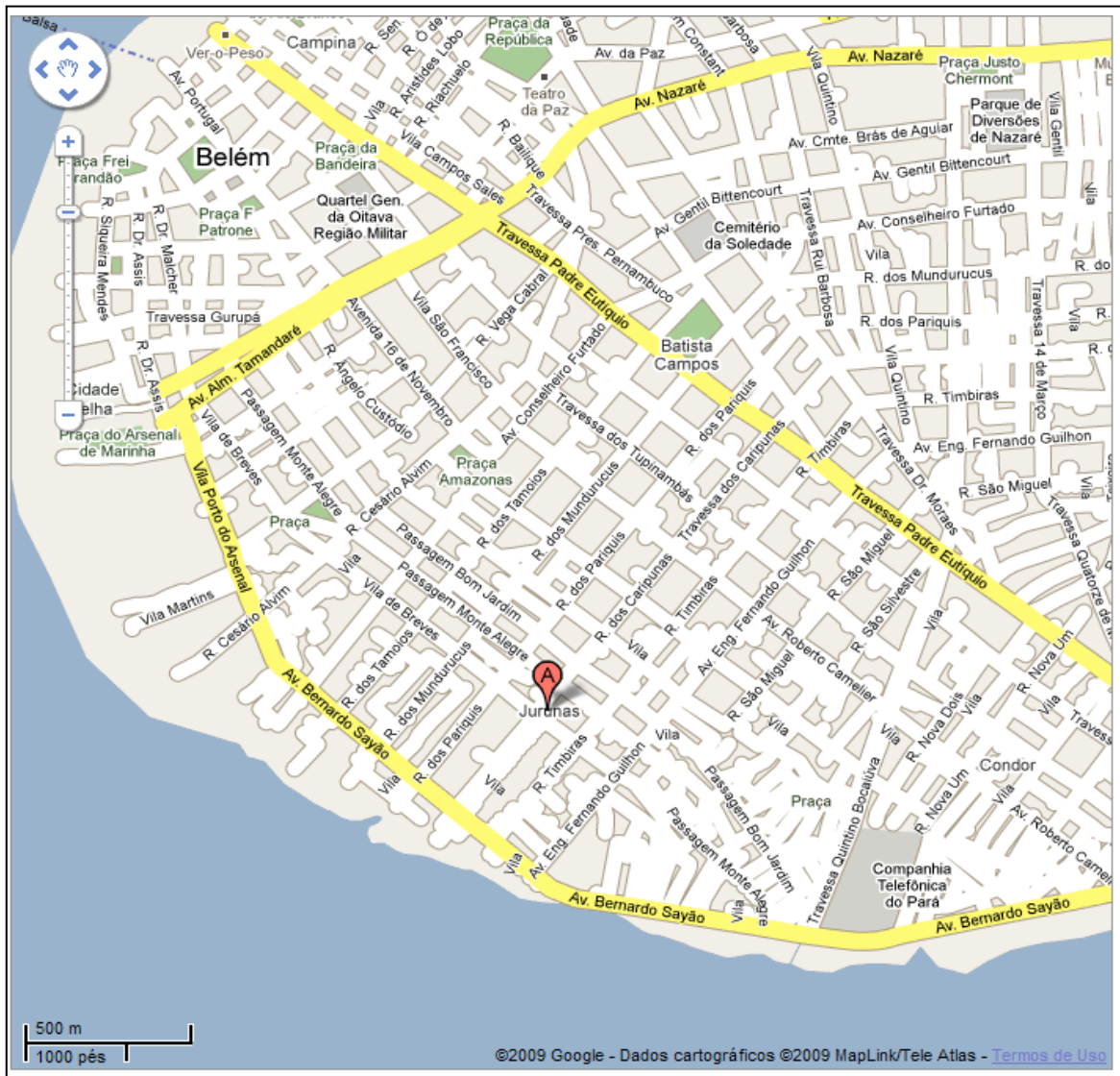


Imagem 1 - Localização geográfica do bairro do Jurunas na região metropolitana de Belém/PA.
 Fonte: Localização ... (2009a).

A população do bairro do Jurunas, influenciada pela sua localização geográfica, é formada segundo Rodrigues (2006), em sua grande maioria por migrantes ou filhos de migrantes, oriundos do Baixo e Médio Amazonas ou de áreas ribeirinhas próximas a Belém: do rio Guamá e seus afluentes Acará, Mojú e Capim; do rio Tocantins e seu afluente Pará; da ilha do Marajó; de ilhas localizadas nas proximidades da foz do rio Amazonas, assim como do médio Amazonas.

Os migrantes demonstram possuir todo um conjunto de conhecimentos construídos nos lugares de origem, acerca da floresta e suas fontes de alimentos. Esse conjunto de saberes e cuidados na preparação de alimentos (peixe, camarão, caranguejo, farinha, frutas da região, especialmente o açaí) e de remédios (chás, infusões, pomadas), assim como de saberes relativos ao nascimento e à criação dos

filhos pequenos, à saúde dos adultos e idosos, lhes garante, até certo ponto, uma vida equilibrada, com certa autossuficiência alimentar e longevidade (CRUZ, 1973).

Considerando a relevância dos trabalhos que são desenvolvidos no CRTN, na cidade de Macapá, no qual já se utiliza assistência especializada em terapias naturais com aplicação da política nacional de práticas integrativas e complementares no sistema básico de saúde do estado, em julho de 2009, visando conhecer outras realidades relacionadas ao foco deste trabalho.

O IBGE no Censo Demográfico 2000 estimou a população no Estado do Amapá - 477.032 habitantes; a população de Macapá - 283.308 habitantes. O CRTN está localizado no bairro central da região metropolitana da cidade, na Avenida FAB, nº 849, situado totalmente na área urbana da cidade, confirmando que, as populações das áreas urbanas também se beneficiam dos saberes tradicionais na utilização das plantas medicinais, e dos recursos terapêuticos alternativos no tratamento dos seus males de saúde.

O CRTN foi inaugurado em 27 de maio de 2004. Está inserido na estrutura da Secretaria de Estado da Saúde do Amapá (SESA) e tem como objetivo prestar Assistência Especializada em Terapias Naturais, por meio de atendimento em serviços ambulatoriais, como Fitoterapia, Psicologia, Homeopatia, Acupuntura, Massoterapia, Dietoterapia e demais práticas inseridas e amparadas pela Política Nacional das Práticas Integrativas e Complementares, portaria 971 do Ministério da Saúde.

Dentro do contexto do CRTN, a fitoterapia utiliza métodos não invasivos, aplicando produtos naturais a base de ervas medicinais, tradicionalmente conhecidos dentre elas as analgésicas, anti-inflamatórias e miorrelexantes entre outras.

6.2 COLETAS DE DADOS

O trabalho realizado tem natureza exploratória, constando ainda de pesquisa de campo, no qual foram coletadas informações sobre o interesse da população do bairro em utilizar plantas medicinais; buscou-se verificar também se há economia no uso orientado de plantas medicinais como opção terapêutica para o

tratamento de algumas doenças no atendimento básico da saúde no bairro do Jurunas.

As informações foram coletadas, no bairro do Jurunas, no mês de abril de 2010, fez parte deste estudo, 100 famílias que fazem parte da área de abrangência da Unidade de Saúde da Família (USF), Radional II, situada na região metropolitana de Belém.

A pesquisa de campo foi realizada pela autora deste estudo, por um auxiliar previamente capacitado pela mesma e eles foram acompanhados de agentes comunitários de saúde (ACS), indicados pela administradora do centro de saúde, autorizado em reunião previamente realizada no próprio centro. As entrevistas foram realizadas no mesmo momento em que eram feitas as visitas dos ACS as famílias do bairro, fato rotineiro, visando a não prejudicar as atividades já desenvolvidas por eles como parte do seu trabalho no Centro de Assistência à Saúde da família, ao qual eles são vinculados.

Somente participaram da pesquisa aqueles que espontaneamente desejaram e se explicou aos participantes os objetivos do estudo, ocasião em que foi assinado um termo de consentimento livre e previamente explicado. Esclareceu-se que não haveria nenhum tipo de incentivo financeiro, podendo os voluntários desistir de participar em qualquer momento da pesquisa.

Complementando o levantamento sobre as plantas medicinais mais utilizadas pela população do bairro selecionado foi verificado o acesso a medicação distribuída gratuitamente e a efetividade dos serviços oferecidos pelo sistema de saúde.

Quanto à forma de abordagem, foi uma pesquisa quantitativa, já que os dados foram coletados por meio de questionários, com 15 perguntas relacionadas a aspectos socioeconômicos como, renda e escolaridade e a dados pessoais como nome, data de nascimento, gênero, se estuda ou trabalha e o conhecimento sobre plantas medicinais, a saber: a) se indica a utilização das plantas medicinais; b) se prepara para outras pessoas; c) se existe preferência na utilização das plantas; d) porque utiliza as plantas; e) quais as plantas conhecidas ou mais utilizadas; Entre outras questões.

Quanto ao seu objetivo, foi descritiva, pois fez um levantamento de dados em forma de questionário, entrevistas e observação sistemática local, a fim de identificar qual a compreensão das pessoas sobre as vantagens e benefícios da

utilização de plantas medicinais como tratamento de doenças. Foram preenchidos 100 questionários no bairro, representando uma amostra por conveniência.

De posse dos dados levantados, foi inicialmente realizado o levantamento das doenças que ocorrem no bairro do Jurunas; num segundo momento, foi averiguado o vegetal que vem sendo mais utilizado pela população local para o tratamento das doenças elencadas; em seguida, realizou-se a verificação, pelo questionário, por meio de pergunta direta aos entrevistados, se os serviços oferecidos pelo sistema público de saúde por meio da assistência farmacêutica básica vêm atendendo satisfatoriamente à população: seguindo, fez-se a apuração dos dados referentes à faixa salarial predominante e ao acesso aos medicamentos; e, por fim, procedeu-se a avaliação dos custos dos medicamentos na assistência básica em saúde.

Foi traçado um perfil nosológico do bairro para elencar os agravos mais utilizados no tratamento das doenças mais frequentes do bairro com objetivo de comparar custos entre os medicamentos industrializados e as plantas medicinais.

Foi possível estudar como a assistência farmacêutica básica oferecida pelo sistema atende as famílias dos entrevistados no bairro, na verificação dos dados coletados nos questionários com relação ao acesso a medicação e efetividade dos serviços oferecidos para população no atendimento ao usuário do sistema de saúde.

Por meio de análise do custo efetividade foi feita comparação de preços de cinco medicamentos sintéticos indicados pelo sistema único de saúde para tratamento de sintomas iguais com os preços de tratamento com cinco plantas medicinais indicadas também para os mesmos sintomas.

Foi considerado que não haverá dispensação do vegetal para o usuário na Unidade de Saúde, devendo provê-lo por conta própria, caracterizando uso espontâneo de plantas medicinais.

O universo dos entrevistados foi selecionado pelo método de amostragem, definida por critério não probabilístico, constituída por homens e mulheres, com idade acima dos 20 anos, residentes no referido bairro.

No CRTN, em Macapá, foi realizado um levantamento de informações, por meio de documentos e 10 entrevistas orais, com o diretor do centro e 9 profissionais, especialistas em terapias naturais que atuam no local.

Finalmente, foi realizado o processo de análise dos dados coletados na pesquisa bibliográfica, dos questionários aplicados e das entrevistas, com a tabulação e tratamento estatístico, sendo esses dados agrupados e apresentados em gráficos, tabelas e quadros, cuja frequência foi demonstrada em valores absolutos e percentuais.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

7.1 FITOTERAPIA POPULAR ENTRE USUÁRIOS DO SUS NO BAIRRO DO JURUNAS

A pesquisa desenvolvida mostra que as plantas medicinais são bem conhecidas e seu uso na localidade tem sido propagado pelas gerações de moradores do bairro como recurso terapêutico no tratamento de algumas doenças.

A população entrevistada prepara remédios caseiros tanto para uso interno quanto externo (pomadas, unguentos e óleos), sendo a infusão o modo de preparo mais utilizado.

Aproximadamente 50% das mulheres entrevistadas cultivam as plantas medicinais nos quintais, trocam entre si conforme a necessidade de cada uma e somente 2% vendem para a população do bairro em saquinhos, informando a alegação e orientando sobre a forma de uso, obtendo renda por meio desta comercialização.

A existência de uma diversidade de plantas medicinais e um rico conhecimento histórico dos moradores dessa região, sobre o emprego destas plantas para a prevenção e a cura de doenças, representa uma alternativa possível para melhoria da qualidade da saúde desta parcela da população.

Segundo os dados coletados na pesquisa de campo, realizada em abril de 2010, a origem da população do bairro do Jurunas é, em sua maioria (62%) da área urbana e apenas 38% das pessoas vieram de áreas rurais (Gráfico 1). A população rural que migrou para o bairro do Jurunas tem uma forte ligação com a terra, observado pelo cultivo em seus quintais de plantas medicinais, para práticas tradicionais de tratamento de doenças, evidenciando os conhecimentos transmitidos por seus familiares.

Já 97% dos entrevistados são predominantemente do gênero feminino (Gráfico 2), essa característica observada mostra que as mulheres são as responsáveis pelos cuidados com a saúde dos seus familiares, conforme já demonstrado em outras regiões do estado (PINTO; BARBOSA, 2009). Fato marcante também registrado de forma qualitativa é que a maioria das entrevistadas forma núcleos familiares sem a presença masculina.

Segundo Borba e Macedo (2006) em relação ao sexo, as mulheres possuem maior conhecimento do uso de plantas medicinais, principalmente quando estes são encontrados próximos aos domicílios.

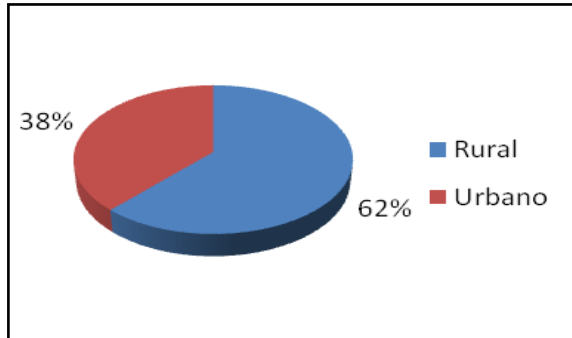


Gráfico 1 - Local de origem dos entrevistados

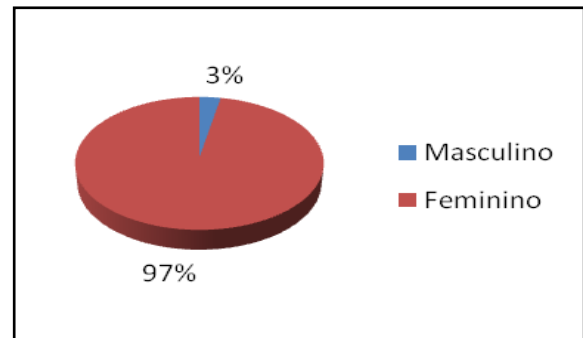


Gráfico 2 – Distribuição dos entrevistados por Gênero

Um percentual de 76% dos entrevistados são pessoas com mais de 50 anos. Pessoas com idade entre 35 a 50 anos somaram 18% e somente 6% eram menores de 35 anos (Gráfico 3). Foi verificado que, para mais de 90% das pessoas que responderam aos questionários, o conhecimento na utilização das PM foi transmitido por seus familiares. Desse percentual, 62% receberam-no das avós, 29% das mães que residiam naquelas casas, ficando 9% com outras pessoas (Gráfico 4).

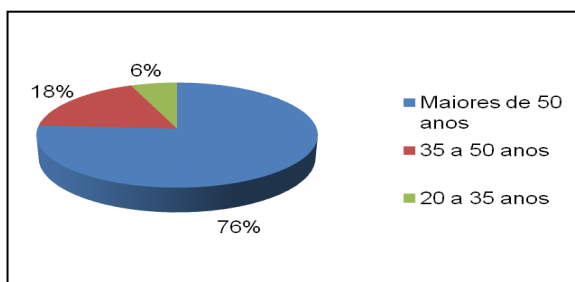


Gráfico 3 – Distribuição dos entrevistados por Idade

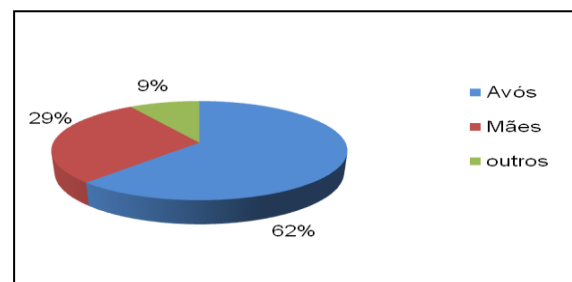


Gráfico 4 – Herança de conhecimento das PM

Como se observou no resultado da pesquisa, os maiores de 50 anos contemplam a faixa de idade que mais utiliza as plantas medicinais, como recurso terapêutico, sendo detentores de um vasto conhecimento adquirido ao longo da vida e os transmitem aos filhos e netos. Os entrevistados mais jovens ao se referirem às

propriedades terapêuticas dos vegetais, citaram a influência do conhecimento das pessoas mais idosas.

O número de pessoas em cada família entrevistada é, em sua maioria, 4 ou 5 pessoas por residência, (27% e 26% respectivamente), seguido por famílias com 3 pessoas (18%), famílias com 6 pessoas (16%), famílias com 7 pessoas (5%). Os 8% restantes foram distribuídos entre 2, 10 e mais de 10 pessoas, com 2% cada, e ainda 1% para famílias com 8 e 9 pessoas (Gráfico 5).

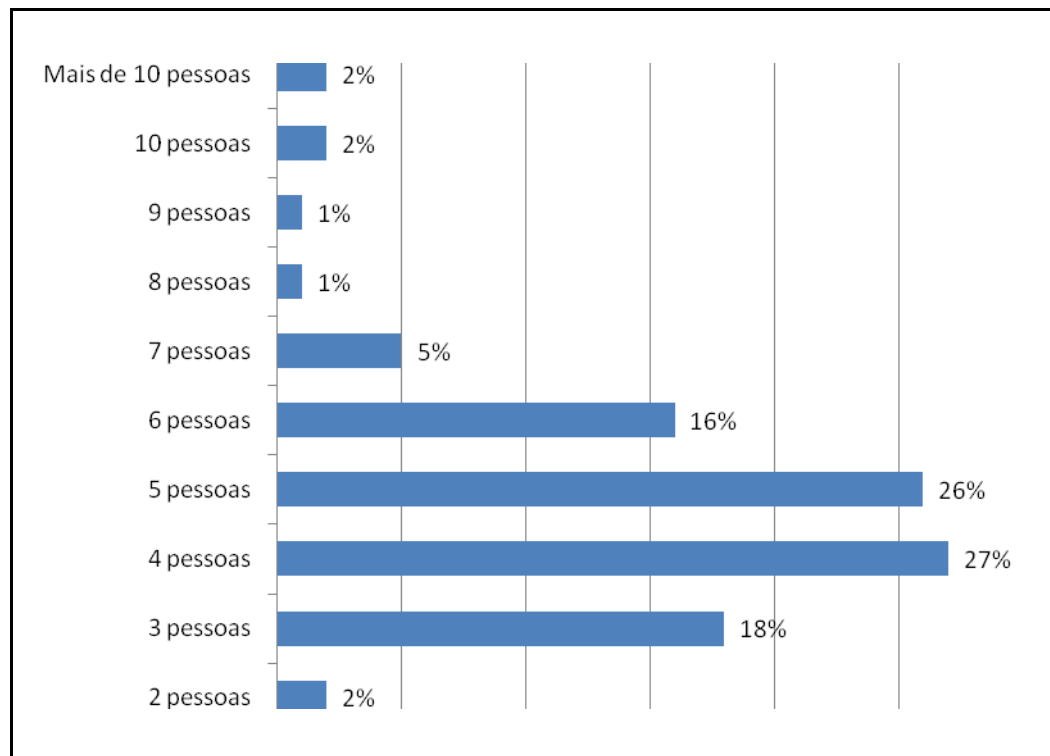


Gráfico 5 – Distribuição do número de moradores por residência

Nenhum entrevistado informou que morava sozinho/a.

Quase 90% das pessoas entrevistadas pertencem a núcleos familiares com 3 a 6 pessoas, dos quais, mais de 50% correspondem a famílias com 4 e 5 membros. Em contrapartida, famílias com 10 ou mais pessoas não chegaram a 5% do universo entrevistado (Gráfico 5). Essas observações indicam uma tendência de redução da taxa de natalidade, orientada ou espontânea, já verificado em outro levantamento etnofarmacêutico realizado em Igarapé Mirim (PINTO, 2008). Não foi objetivo deste trabalho investigar as razões, mas se pode constatar esse fato.

Tabela 1 - Renda mensal da família do entrevistado

| Renda mensal familiar | Número de entrevistados |
|-------------------------------|-------------------------|
| Menos de um salário mínimo | 9 |
| Um salário mínimo | 7 |
| Um a dois salários mínimos | 48 |
| Mais de dois salários mínimos | 36 |
| Sem renda | - |

Conforme a Tabela 1 acima depreende-se que a renda mensal prevalente é de um a dois salários mínimos para 48% das famílias consultada; com 36% seguem as com mais de dois salários: com 9 %, as com menos de um salário; e com 7%, as com um salário mínimo.

Os dados tabulados mostram que mais de 80% das entrevistadas informaram ter renda acima de um salário mínimo. Sem discutir aqui a origem dessa renda, pode-se considerar essa informação um possível reflexo da política econômica atual no Brasil.

O alto custo dos medicamentos sintéticos e o difícil acesso da população à assistência médica e farmacêutica são fatores que levam as pessoas a utilizar produtos de origem natural.

As entrevistas abordaram também a condição de saúde do público-alvo e se pôde observar que as doenças de maior ocorrência nas respectivas famílias são apresentadas na Tabela 2.

Tabela 2 - Doenças mais recorrentes na família dos entrevistados

| Doenças x Sintomas | Em percentual |
|--------------------|---------------|
| Gripe | 63 % |
| Pressão alta | 22 % |
| Verminose | 22 % |
| Dor de cabeça | 21 % |
| Gastrite | 14 % |
| Catapora | 11 % |
| Depressão | 11 % |

| | |
|---------|------|
| Dengue | 10 % |
| Vômito | 10 % |
| Malária | 9 % |

A gripe foi a doença de maior incidência no bairro, com 63% de relatos. Segundo a Secretaria de Vigilância do Ministério da Saúde, ela é a infecção respiratória mais comum, tendo uma maior prevalência nas crianças, ocorre todo o ano, embora predomine no inverno ou nas mudanças constantes de temperatura, são contraídas por inspiração do vírus presente nas gotículas lançadas no meio ambiente pelos espirros, tosse ou fala. As verminoses ficaram com 22% de citação, entre as causas dessa doença destacam-se as condições inadequadas de saneamento básico, higiene alimentar e contatos desprotegidos com o solo, como hábito de andar descalço (BRASIL, 2009b).

A pressão alta, também ficou com 22%, nas manifestações das doenças que mais ocorrem no local. Esse fato pode estar relacionado com a faixa etária dos pesquisados em idade elevada (dos entrevistados 76% são maiores de 50 anos) e alguns fatores de risco associados como hereditariedade, tabagismo, etilismo e sedentarismo (CONVERSO; LEOCARDIO, 2002).

Outras doenças informadas com menos de 10% de ocorrência são: dor no estômago, febre, mioma, tuberculose, diabetes, hepatite, cálculo renal, pneumonia, dor de garganta, sarampo, anemia, diarreia, dor de dente, enjoo e H1N1.

Quase a metade dos entrevistados (49%) procura o posto de saúde quando alguém adoece na família, número que, somado aos 28% que procuram o médico, perfaz um total de 77% de pessoas que de alguma forma buscam o Sistema Único de Saúde para tratamento de suas enfermidades. Os (23%) restantes ficam distribuídos entre os que procuram ajuda com: vizinho (9%), balconista da farmácia (7%), farmacêutico/a (4%) e enfermeiros/as (3%), conforme mostra o Gráfico 6.

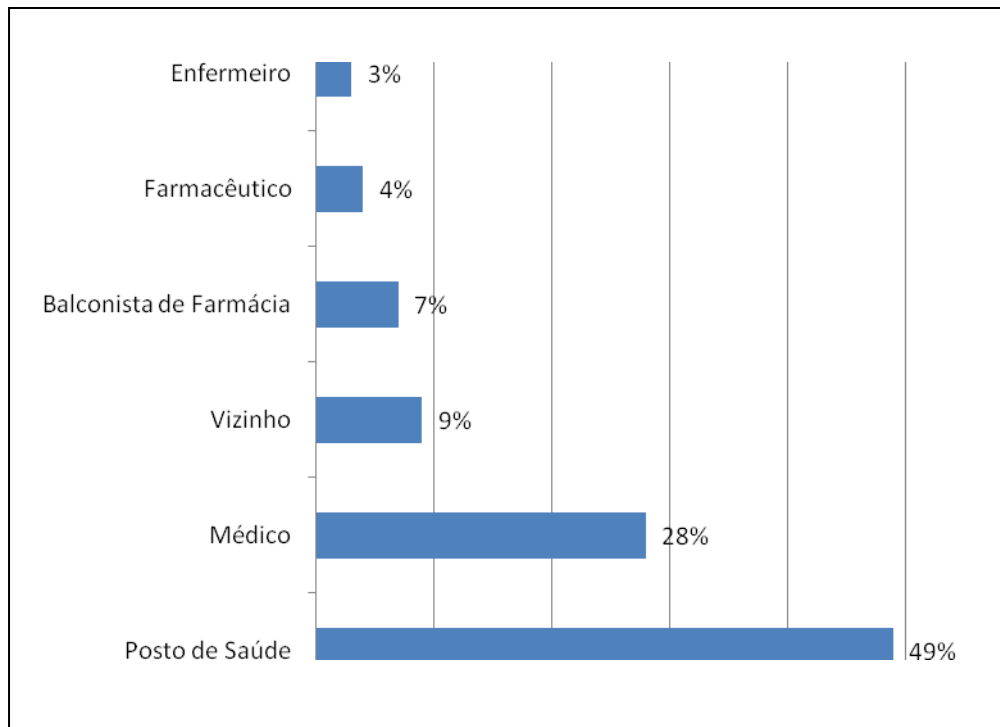


Gráfico 6 – Recurso em caso de doenças.

As pessoas continuam buscando o Sistema de Saúde para a resolução de suas enfermidades, provavelmente por estarem em uma área onde os serviços de saúde são mais facilmente encontrados.

Mesmo que a maioria das pessoas entrevistadas procure tratamento na assistência básica à saúde, representada pelos postos de saúde e pelos médicos (em outros postos que não o do bairro ou nos prontos socorros do município), observa-se que um grupo de 48% faz uso dos remédios caseiros (atendendo conforme relato dos entrevistados, aos mais variados problemas de saúde), 43% preferem medicamentos sintéticos, comprados em farmácias particulares; utilizando os dois tipos de medicamentos, às vezes até ao mesmo tempo e para a mesma doença (Tabela 3).

Tabela 3 - Tipo de remédio que o entrevistado utiliza nas doenças.

| Remédio utilizado | Em percentual |
|---------------------|---------------|
| Remédio caseiro | 48 % |
| Remédio da farmácia | 43 % |
| Remédio do posto | 29 % |

Obs. Aqui o usuário pode utilizar os 3 medicamentos ao mesmo tempo.

Em aproximadamente 50% dos quintais dos entrevistados no bairro é possível encontrar plantas medicinais. Os moradores vão à busca com parentes que residem em áreas rurais ou com vizinhos, mudas de diversas espécies de plantas medicinais para a fabricação de seus “remédios caseiros” para a cura de diversas doenças de sintomas já conhecidos por essa população. Estas também são cultivadas em latas ou em cuias.

Estes dados mostram que a utilização de plantas medicinais pelos moradores é frequente, facilitada pelo acesso as mesmas, sendo um recurso adicional ao uso de medicamentos.

Com a inserção das PM nos serviços públicos de saúde como opção de tratamento, segundo Rodrigues (2007) será necessário que suas preparações passem por processos de validação (verificação de sua eficácia e segurança), preenchendo assim requisitos mínimos de controle de qualidade comparáveis àqueles exigidos para os medicamentos sintéticos, e também que haja orientação adequada para o consumo, fornecida por profissionais devidamente qualificados, conforme consta na RDC de nº 10/2010.

Um contingente de 48% dos entrevistados no bairro já utiliza plantas medicinais como opção de tratamento. Esse fato sinaliza que é preciso avaliar parte dos custos envolvidos na utilização de PM, visando à melhoria assim da assistência farmacêutica básica (Tabela 3).

Quanto ao grau de satisfação com a utilização de remédios para tratar as doenças das famílias dos entrevistados, foi constatado que 73% preferem remédios feitos com plantas medicinais. Somente 3% declararam que preferem não utilizar remédios naturais, ficando 24% com a preferência dos medicamentos sintéticos para seus tratamentos de saúde (Gráfico 7).

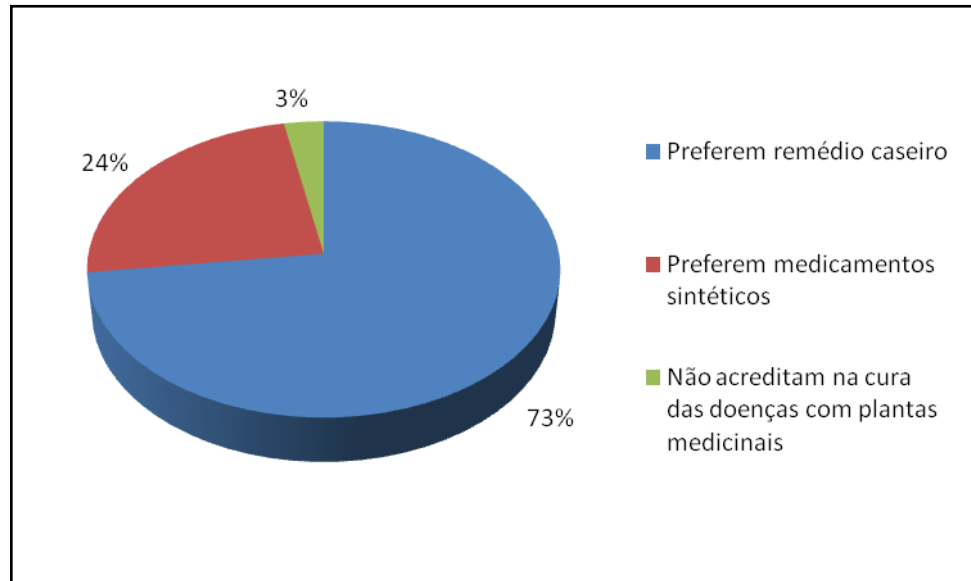


Gráfico 7 – Distribuição de preferência por tipo de remédios utilizados

Os 73% dos entrevistados na pesquisa que preferem remédios feitos com plantas medicinais, alegaram diferentes motivos para essa preferência, a seguir alguns exemplos:

“...sinto-me melhor usando medicamento natural...”

“...às vezes, não tem o remédio da farmácia no posto, aí eu uso remédios caseiros...”;

“...alguns já foram comprovados como remédio e o resultado é imediato...”;

“...utilizo há tempo, já estou acostumado com eles...”;

“...o remédio caseiro é bom e barato...”;

“...alguns remédios caseiros têm efeito imediato...”;

“...remédio natural tem efeito imediato...”;

“...não dói meu estômago...”;

“...confio mais no remédio caseiro...”.

“...é só ir no quintal e pegar...”;

“...é natural e não tem efeito colateral...”;

Quanto à maneira de preparo das partes vegetais, pode-se observar por meio dos resultados que é mais comum utilizar partes da planta fresca.

As plantas medicinais devem ser utilizadas com responsabilidade, devendo-se ter cuidado com afirmações como a última acima, pois segundo Barbosa (2009), como toda e qualquer substância isolada que apresente uma atividade farmacológica desejável, elas podem também apresentar os chamados efeitos colaterais ou indesejáveis.

Já sobre os medicamentos sintéticos, as alegações de uso foram em menor número, conforme relatadas abaixo:

“...os remédios da farmácia são muito bons...”;

“...não sei fazer os remédios caseiros direito...”;

“...será que faço direito os remédios caseiros...”

“...os remédios caseiros não fazem efeito como os da farmácia...”;

“...não sei se faz bem mesmo...” se referindo ao remédio caseiro.

Tabela 4 – Questões gerais relacionadas a medicamentos e Plantas Medicinais

| Informações sobre medicamentos sintéticos e as PM | Sim | Não |
|---|-----|-----|
| Tem acesso ao medicamento sintético receitado pelo médico | 61% | 39% |
| Acredita nos efeitos curativos das plantas medicinais | 91% | 9% |
| Indicaria as plantas medicinais para outras pessoas | 86% | 14% |
| Prepara remédios de plantas medicinais | 62% | 38% |
| Deseja orientação de especialistas em plantas medicinais | 87% | 13% |
| Tem plantas medicinais em casa | 36% | 64% |
| Já tomou remédio de plantas medicinais que lhe fez mal | 5% | 95% |

Dentre as pessoas entrevistadas, 86% indicariam as plantas medicinais para tratamento de algum agravo, 62% preparam em casa, algum tipo de remédio com elas. O mesmo percentual de pessoas que indica as PM deseja ser informado sobre qual a forma adequada de utilizá-la e quais plantas são cientificamente comprovadas como medicinais. Já 95% desconhecem remédios feitos à base de plantas medicinais que tenha feito algum mal (Tabela 4).

Essa afirmação se deve provavelmente, ao fato de os usuários não acessarem as informações qualificadas acerca desses efeitos e ainda pela confiança

no vegetal repassada juntamente com o conhecimento sobre o uso por conhecidos (BARBOSA, 2009).

Para os 39% dos entrevistados que não têm acesso aos medicamentos sintéticos e à dispensação gratuita pelo Sistema de Único de Saúde (Tabela 4), a inclusão de fitoterápicos e plantas medicinais, certamente, contribuirá para minimizar os problemas relacionados a este acesso, enfrentados pela população do bairro.

Os motivos alegados pelo usuário para falta de acesso ao medicamento prescrito pelo médico são:

- "...falta no posto...";
- "...não posso comprar...";
- "...sempre está em falta no posto...";
- "...quando não tem no posto...";
- "...se não tiver no posto fica difícil comprar...";
- "...uso o natural, o outro é caro...";
- "...tem faltado muito no posto...";
- "...tenho que dar um jeito, alguém da família compra pra mim...";
- "...é muito caro...";

A última alegação acima foi feita por 19% dos entrevistados.

Dentre os entrevistados, 91% disseram que acreditam nos efeitos curativos das plantas medicinais (Tabela 4) e já trataram de doenças com algum tipo de chá, de pomada, de óleo extraído dos vegetais ou outra forma de medicamento feito à base de plantas medicinais, conforme aprenderam com suas mães, tias, avós ou vizinhas.

Na Tabela 5 podem-se verificar as plantas mais citadas pelos entrevistados no bairro do Jurunas, em Belém, em abril 2010.

Tabela 5 - Plantas medicinais que as família dos entrevistados mais utilizam no tratamento das doenças, em abril de 2010.

| Plantas medicinais | Nome científico | Número de entrevistados |
|--------------------|-----------------------------|-------------------------|
| Boldo | Peumus boldus | 43 |
| Mastruz | Chenopodium ambrosioides L. | 24 |
| Canela | Cinnamomum verum | 20 |
| Erva cidreira | Maytenus ilicifolia | 18 |
| Verônica | Dalbergia monetária L. | 16 |

| | | |
|---|---|---|
| Arruda, Capim Santo e Óleo de Copaíba | Ruta graveolens L. Cymbopogon citratus Copaifera sp. | 8 |
| Babosa, Sacaca e Hortelâzinho | Aloe arborescens Mill; A. vera Cróton cajucara Benth. Mentha x piperita | 7 |
| Anador, Erva Doce e Espinheira Santa | Alternanthera dentata (Moe.) Pimpinela anisum Maytenus ilicifolia | 6 |
| Azeite de andiroba, Alfazema, Barbatimão, Pariri, Guaraná, Quebra Pedra e Terramicina | Carapa guianensis Aubl. Não identificada Stryphnodendron adstrigens Arrabidaea chica Verlot. Paullinia cupana Phyllanthus niruri Não identificada | 5 |
| Canarana, (Ouriço) Castanha do Pará, Sabugueiro e Alho | Não identificada Bertholletia excelsa H.B.K. Sambucus nigra L. Allium sativum | 4 |
| Camomila, Carqueja, Couve, Cravinho, Jucá, Marupazinho, Pirarucu, Sálvia e Unha de Gato | Matricaria recutita Baaccharis trimera Brassica oleracea L. Não identificada Caesalpinia ferrea Eleutherine plicata Herb. Kalanchoe pinnata (Lam.) Não identificada Uncaria tomentosa | 3 |
| Alecrim, Capim Marinho, (Casca) Laranja, Eucalipto, Pata de Vaca e Trevo Cheiroso | Rosmarinus officinalis Cymbopogon citratus (DC) Stapf. Citrus sinensis (L.) Osbeck Eucalyptus globulus Bauhinia forficata Link. Não identificado | 2 |
| Sene, Arnica, Bardana, Cáscara Sagrada, | Senna alexandrina Arnica montana Não identificado Rhamnus purshiana | 1 |

| | | |
|---|---|--|
| Cavalinha, Chapéu de Couro, Cipó-pucá, Elixir paregórico, Favacão, Gergelim preto, Quina, Maracujá e Tamarino | Equisetum arvense Echinodorus macrophyllu Cissus verticillata L Piper callosum Zingiber officinale Não identificado Não identificado Passiflora sp Não identificado | |
|---|---|--|

Obs. O mesmo entrevistado citou várias plantas medicinais.

Verifica-se que 43% dos entrevistados utilizam o boldo, planta utilizada para problemas relacionados ao aparelho digestivo. Atribui-se este resultado aos seus hábitos alimentares, pois a alimentação inclui principalmente as carnes vermelhas que apresentam um alto conteúdo protéico e uma variável proporção de gorduras (ROSSI, 2007).

A segunda planta citada é o mastruz com 24%, onde sua indicação popular esta relacionada aos sintomas de gripe, tosse, pneumonia e outros; e a gripe é a doença de maior ocorrência entre a população amostrada, representada por 63%.

As plantas medicinais apresentadas pela população pesquisada são de fácil cultivo, por não requererem uma área muito grande para plantio, nem dependerem de custos elevados para plantação, o que permite tê-las em casa, contribuindo assim para conservação da forma de acesso às mesmas. Cerca de 30% dos moradores têm pelo menos uma planta medicinal no quintal.

Das plantas medicinais citadas, pelos entrevistados, como utilizadas para tratamento de suas doenças, 26% constam da resolução de nº 10/2010 da ANVISA (2010a) a partir da qual a produção, importação e comercialização dessas plantas passam a ser reguladas pela Agência, via de notificação do vegetal.

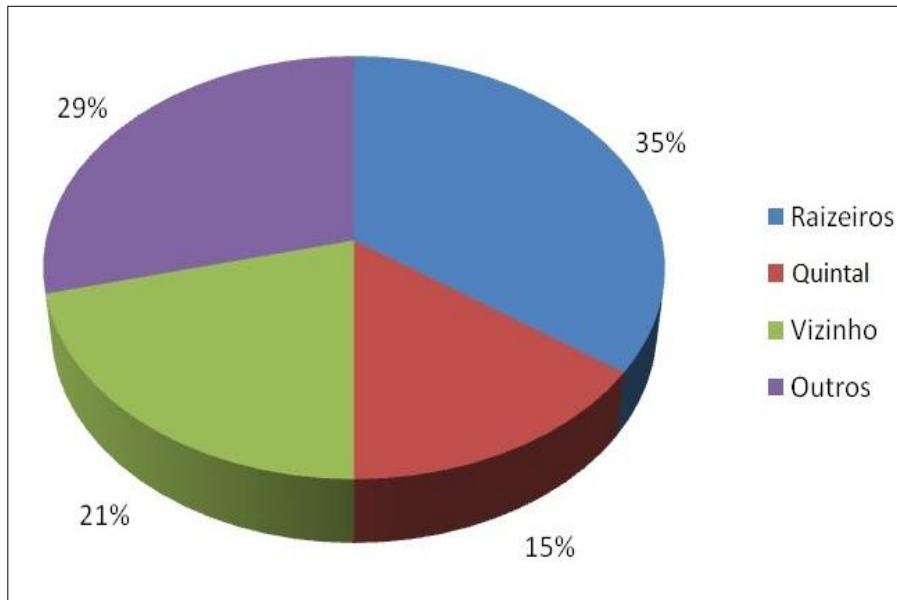


Gráfico 8 – Distribuição da Procedência das Plantas Medicinais utilizadas

Um percentual de 35% dos entrevistados afirmam obter as plantas medicinais em raizeiros, 29% têm acesso às plantas por outras fontes e 21%, com vizinhos. Por outro lado, 15% dos entrevistados informaram que cultivam as PM no quintal para uso doméstico (Gráfico 8).

Nas Tabelas 6 e 7, mostra-se a comparação do custo direto para o tratamento dos sintomas de algumas doenças usando-se plantas medicinais contra o uso de medicamentos sintéticos.

As cinco plantas escolhidas neste caso foram as citadas na pesquisa de campo no bairro do Jurunas. Logo, são efetivamente usadas pelos entrevistados no tratamento de doenças. Elas também fazem parte da Resolução de nº 10/2010 da ANVISA (2010a), no qual a efetividade delas está amparada no uso popular e/ou tradicional e na literatura científica que reporta esses resultados, conforme o artigo 2º da mesma resolução.

Tabela 6 - Preço de tratamento com cinco plantas medicinais/Jurunas/Resolução nº10/2010

| Planta Medicinal | Funções Terapêuticas | Preço | Posologia | despesa / dia | Duração do Tratamento | Custo Total por Tratamento |
|--|--|----------|---|---------------|-----------------------|----------------------------|
| Jucá (Caesalpinia ferrea) | Lesões, como adstringente, hemostático, cicatrizante e antisséptico. | R\$ 0,50 | Aplicar compressa na região afetada 3 vezes ao dia. | R\$ 1,50 | 3 dias | R\$ 4,50 |
| Capim santo, cidreira. (Cymbopogon citratus) | Cólicas intestinais e uterinas. Quadro leve de ansiedade e insônia, como calmante suave. | R\$ 0,50 | 1 xícara de chá 3 vezes por dia. | R\$ 1,50 | 5 dias | R\$ 7,50 |
| Hortelã – pimenta (Mentha x piperita) | Cólicas, flatulência (gases), problemas hepáticos. | R\$ 0,50 | 1 xícara de chá 3 vezes ao dia. | R\$ 1,50 | 7 dias | R\$ 10,50 |
| Sálvia (Salvia officinalis) | Inflamações da boca e garganta, gengivites e aftas. | R\$ 0,50 | 1 xícara de chá 2 vezes ao dia. | R\$ 1,00 | 5 dias | R\$ 5,00 |
| Unha-de-gato (Uncaria tomentosa) | Dores articulares (artrite e artrose) e musculares agudas, como anti-inflamatório. | R\$ 0,50 | 1 xícara de chá 3 vezes ao dia. | R\$ 1,50 | 10 dias | R\$ 15,00 |
| Total de todos os tratamentos com as PM | | | | | | R\$ 42,50 |

Fonte: Plantas citadas pelos entrevistados do bairro do Jurunas, Belém/PA.

As doenças e os medicamentos sintéticos relacionados na Tabela 6 foram selecionados para fazer comparação dos custos com os tratamentos das doenças com as plantas medicinais que constam na Tabela 7.

Tabela 7 - Preço de tratamento com seis medicamentos sintéticos

| Medicamento Sintético | Indicações | Preço/ Comprimido | Posologia | despesa /dia | Duração do Tratamento | Custo Total por Tratamento |
|----------------------------|--|--|---|--------------|-----------------------|----------------------------|
| Nexcare 27 a 30 aplicações | Lesões, como adstringente, hemostático, cicatrizante e antisséptico. | 1 frasco de spray com 18 ml. R\$ 1,42/ aplicação | Aplicar 3 vezes ao dia na região afetada. | R\$ 4,26 | 3 dias | R\$ 12,80 |

| | | | | | | |
|---|--|----------|--|----------|---------|-----------|
| Buscopan composto 20 comprimidos | Cólicas intestinais e uterinas | R\$ 0,53 | 1 comprimido 3 vezes ao dia. | R\$ 1,60 | 5 dias | R\$ 8,00 |
| Luftal 20 comprimidos | Cólicas, flatulência (gases), problemas hepáticos. | R\$ 0,68 | ! Comprimido 3 vezes ao dia. | R\$ 2,05 | 10 dias | R\$ 20,49 |
| Sensodine sem álcool | Inflamações da boca e garganta, gengivites e aftas. | R\$ 0,64 | Aplicar na garganta 2 vezes ao dia. | R\$ 1,29 | 7 dias | R\$ 9,03 |
| Nisulid Predsim | Dores articulares (artrite e artrose) e musculares agudas, como anti-inflamatório. | R\$ 1,37 | 1 comprimido 2 vezes ao dia. | R\$ 2,74 | 10 dias | R\$ 27,40 |
| | | R\$ 1,61 | 1 comprimido ao dia. | R\$ 1,61 | 10 dias | R\$ 16,14 |
| Total de todos os tratamentos com as PM | | | | | | R\$ 93,86 |

Fonte: Farmácia Big Bem, Pedreira, Agosto/2010.

Dra. Jucimeire Bento Aires – médica da Saúde da Família.

Segundo a Análise de Minimização de Custo (AMC) compara duas alternativas de medicamentos, que tenham o mesmo resultado, e escolhe aquela com menor custo, ou seja, é apenas a busca da alternativa mais barata (os efeitos sobre a saúde que resultam das tecnologias comparadas são similares).

Tipo de Avaliação: Minimização de Custos.

Medida de Custos: Unidades Monetárias.

Medida de Efeitos: Efeitos iguais.

Análises: Custo dos medicamentos alopáticos – Custos dos remédios feitos de plantas medicinais.

Vantagem: Simplicidade na aplicação.

Limitação: Nº reduzido de terapias com efeitos similares.

Conforme aplicação da AMC no levantamento de custo do tratamento total com as PM no total ficou R\$ 42,50 e com os medicamentos sintéticos com total de R\$ 93,86. As Plantas Medicinais ficaram com custos menores em aproximadamente 45% para o sistema (Tabelas 6 e 7).

E para o usuário cada tratamento avaliado apresentou resultados menores com as plantas, conforme podemos verificar no Gráfico 9. Para o cálculo de custos, é necessário verificar a frequência com que tais eventos ocorrem em uma população.

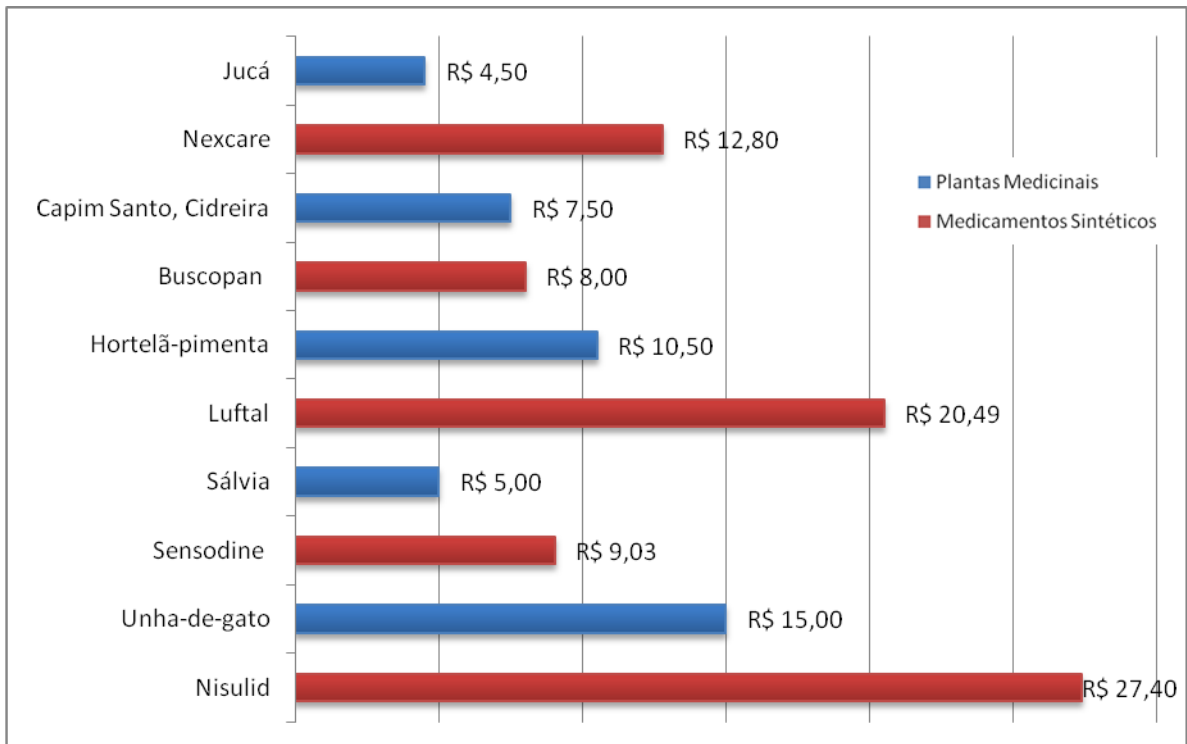


Gráfico 9 - Comparativo de custo de tratamento com plantas medicinais e medicamentos sintéticos

Análise de Minimização de Custos (AMC) do medicamento sintético Luftal, com relação à planta medicinal Hortelã-pimenta, individualmente:

| | |
|-----------------------------|-----------------------|
| Preço do remédio | R\$ 0,68 / comprimido |
| Número de tomadas diárias | 3 |
| Custo diário de tratamento | R\$ 2,05 |
| Duração média do tratamento | 10 dias |
| Custo total do medicamento | R\$ 20,49 |

Quadro 1 - Preço do tratamento dos sintomas de cólicas, flatulência, problemas hepáticos. (Luftal com 20 comprimidos).

¹ se ocorrer em 100% dos casos, significa que o valor deve ser integralmente aplicado nos custos de tratamento.

| | |
|-----------------------------|-----------|
| Preço do remédio | R\$ 0,50 |
| Número de tomadas diárias | 3 |
| Custo diário de tratamento | R\$ 1,50 |
| Duração média do tratamento | 7 dias |
| Custo total do remédio | R\$ 10,50 |

Quadro 2 - Preço do tratamento dos sintomas de cólicas, flatulência, problemas hepáticos. (Hortelã-pimenta).

¹ se ocorrer em 100% dos casos, significa que o valor deve ser integralmente aplicado nos custos de tratamento.

É a forma mais simples de avaliação econômica, conforme RASCATI (2010), somente os custos são submetidos a comparações, pois as eficácias ou efetividades das alternativas comparáveis são assumidas como sendo equivalentes entre si. No exemplo o custo total do medicamento Luftal foi de R\$ 20,49 e da Planta hortelã-pimenta R\$ 10,50 o valor foi 51,47 % maior.

7.2 FITOTERAPIA POPULAR ENTRE OS USUÁRIOS DO CRTN EM MACAPÁ

O CRTN (Fotografia 1) é o Órgão do Governo do Estado do Amapá responsável pela introdução de Tratamentos Naturais na Assistência básica local, conforme preconizado pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (BRASIL, 2006a).

Foi feito levantamento dos dados neste centro por meio da técnica da observação participante e de entrevistas com os usuários e com os técnicos que atuam como terapeutas.

Nesse contexto, o Centro realizou mais de 178.000 procedimentos em 2008, tornando-se referência nacional, ao oferecer à população acesso a métodos terapêuticos de qualidade, comprovados cientificamente, buscando sempre proporcionar saúde e qualidade de vida a população, por meio da prevenção e manutenção da Saúde, demandando para isso investimento de baixo custo (MONTEIRO, 2008).



Fotografia 1 - Centro de Referência de Tratamentos Naturais em Macapá-AP, julho/2009.

Em 2004, foram 871 atendimentos, em 2005, 10.069, passando a 58.782, em 2006, 73.374, em 2007, e atingindo 178.831, em 2008. De janeiro a março de 2009, 42.880 procedimentos foram executados, perfazendo um total de 364.807 procedimentos realizados desde sua inauguração.

O então Diretor do Centro, Dr. Elziwaldo Monteiro, relatou o procedimento para atender às pessoas que procuram tratamento no local. Elas são inscritas no serviço e têm agendada uma palestra com vários especialistas, a qual acontece no próprio Centro com apoio audiovisual (Fotografia 2). Os serviços prestados pelo Centro são apresentados em vídeo, no qual se fala da importância dos tratamentos ali oferecidos e na melhora da qualidade de vida proporcionada às pessoas que a eles se submetem.

A cura por Terapias Naturais tem como base tratamentos que busquem a compreensão das causas das doenças. Acredita-se que as doenças em sua maioria, possam ser provocadas pelo estresse mental e/ou emocional, o que, no caso de uma depressão no sistema imunológico, possibilita a implantação de algum agravo à saúde. Se o sistema imunológico do indivíduo estiver fortalecido, todos os vírus e bactérias aos quais se está exposto são combatidos pelos anticorpos (TRUDEAU, 2007).



Fotografia 2 - Palestra de Orientação de Alimentação Saudável/CRTN/Macapá, julho/2009

As terapias assistenciais oferecidas no CRTN são: Bioginástica; Educação Continuada, Alimentar, de Auto-estima, da Saúde Emocional, da Dor, da Memória, de Grupo de Crescimento, de Pilates, do Amor, do Fono, do Hipertenso e Diabético, do Servidor: Terapia Holística/ Tai-chi-chuan; Terapia Laboral (idosas e parteiras); Terapia Psicomotora/Deficientes Neurológicos; Geoterapia e Yogaterapia (CENTRO DE REFERÊNCIA DE TRATAMENTOS NATURAIS, 2008a).

São tratados os seguintes agravos: pé diabético, malária, hipertensão arterial, diabetes, doenças oncológicas, ansiedade, asma, alergias, doenças reumáticas, coluna, sequelas de AVC, stress, insônia, depressão, osteoporose, fibromialgia, artrose, entre outros (CENTRO DE REFERÊNCIA DE TRATAMENTOS NATURAIS, 2008a).

O CRTN abriga ainda os seguintes programas: Odontologia Naturalista (Bruxismo, Trigêmeos, ATM, Apertamento); AMPARTO - Parteiras Tradicionais do Amapá (AMPARTO); CRTN na Escola; CRTN Itinerante; Resgate da Sabedoria Popular Indígena e Saúde do Idoso (CENTRO DE REFERÊNCIA DE TRATAMENTOS NATURAIS, 2008a).

No tratamento por Geoterapia utiliza-se argila com as plantas medicinais e óleos essenciais na forma de cataplasma, que é aplicado no local afetado, por seis sessões realizadas duas vezes por semana.

Dentre as plantas medicinais indicadas no CRTN para uso como tratamento de várias doenças, algumas delas são apresentadas com suas respectivas alegações de uso, conforme descrição abaixo (CENTRO DE REFERÊNCIA DE TRATAMENTOS NATURAIS, 2008b):

- a) Arnica (*Arnica montana*) - flores: aplicar compressa na área a ser tratada. Traumas, contusões, torções, edema devido a fraturas e torções. Hematomas. Não utilizar por via oral (PROPLAM, 2004, SIMÕES et al., 1998, WICHTL, 2003, MILLS & BONE, 2004 apud ANVISA 2010a);
- b) Boldo – baiano (*Peumus boldus*) - folhas: gargarejar e, em seguida, ingerir o chá. Dor e dispepsia (LORENZI; MATOS, 2008 apud ANVISA 2010a);
- c) Carqueja (*Baccharis trimera*) - partes aéreas: utilizar o chá. Dispepsia (Distúrbios da digestão). Não utilizar em grávidas (ALONSO, 1998, GUPTA et al., 1995, PROPLAM, 2004, SIMÕES et al. 1998, ALONSO, 2004 apud ANVISA 2010a);
- d) Cavalinha (*Equisetum arvense*) - partes aéreas: utilizar o chá. Edemas (inchaços) por retenção de líquidos. Não deve ser utilizado por pessoas com insuficiência renal e cardíaca (ALONSO, 1998, MARINGÁ, 200, MILLS; BONE, 2004 apud ANVISA, 2010a);
- e) Eucalipto (*Eucalyptus globulus*) - folhas: fazer inalação. Gripes e resfriados para desobstrução das vias respiratórias, como adjuvante no tratamento de bronquite e asma (ALONSA, 1998, MATOS, 1997b, MATOS, 2000, PROPLAN, 2004, WICHTL, 2003, BLUMENTHAL, 2000, GARCIA et al., 1999 apud ANVISA, 2010a);
- f) Espinheira Santa (*Maytenus ilicifolia*) - folhas: utilizar o chá. Dispepsia (distúrbios da digestão), azia e gastrite. Coadjuvante no tratamento episódico de prevenção de úlceras em uso de anti-inflamatórios não

esteroidais (AMARAL et al., 2005, GUPTA et al., 1995, IPATINGA, 2000, LIMA et al., 2006, MARINGÁ, 2001, PROPLAM, 2004 apud ANVISA, 2010a);

- g) Gengibre (*Zingiber officinale*) - rizoma: utilizar o chá. Enjôo, náuseas e vômito da gravidez, de movimento e pós-operatório. Dispepsias em geral. (OMS, 1999, WICHTL, 2003, BONE, 2004, PINTO, 2008 / ANVISA, 2010a).
- h) Quebra-pedra (*Phyllanthus niruri* L) - partes aéreas: utilizar o chá. Litíase renal (cálculos renais) por auxiliar na eliminação de cálculos renais pequenos. Não utilizar na gravidez (BIESKI; MARI GEMMA, 2005, DINIZ et al., 2006, GILBERT et al., 2005, GUPTA et al., 1995, IEPA, 2005, MATOS et al., 2001, MATOS, 1997b, MATOS, 1998, MELO-DINIZ et al., 1998, PROPLAM, 2004, SIMÕES et al. 1998, ALONSO, 2004 apud ANVISA, 2010a);
- i) Sene (*Cassia angustifolia*) - fruto e folíolos: utilizar o chá. Constipação intestinal eventual. Não fazer uso crônico (mais de 1 semana). Não deve ser utilizado por pessoas portadoras de obstrução intestinal, inflamação intestinal aguda (doença de Crohn), colite, apendicite ou dor abdominal. Não usar em crianças menores de 10 anos (WICHTL, 2003, OMS, 1999, CARDOSO 2009 apud ANVISA, 2010a);
- j) Unha de gato (*Uncaria tomentosa*) - entrecasca: utilizar o chá. Dores articulares (artrite e artrose) e musculares agudas, como anti-inflamatório. Não é recomendado o uso antes e depois da quimioterapia, nem em pacientes hemofílicos. Não utilizar em menores de 3 anos (GILBERT et al., 2005, GUPTA et at., 1995, MILLS; BONE, 2004, ALONSO, 2004 apud ANVISA, 2010a).

No CRTN, aplica-se a fitoterapia, prescrevendo-se ervas medicinais, na forma de automedicação orientada, atendendo de forma integrada os usuários, dentro de um conceito de atenção integral à saúde, constituindo-se como parte de

uma tecnologia social que se precisa desenvolver para atingir-se a meta proposta em Alma-Ata pela Assembléia da OMS, em 1978.

O projeto do CRTN propõe a participação da comunidade Amapaense na produção de plantas medicinais a serem utilizadas na preparação de fitoterápicos. A participação do saber popular na construção de conhecimentos etnofarmacêuticos valoriza a sabedoria local.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os medicamentos sintéticos, rubrica com importante participação nos gastos com cuidado à saúde, vêm demandando uma crescente alocação de recursos financeiros para manter a assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde em pleno funcionamento, garantindo o atendimento aos usuários de medicamentos. A participação destes gastos com medicamentos no custo total com saúde revela a importância que esse elemento de despesa assumiu ao longo dos anos no mundo e mais especificamente no Brasil (VIEIRA, 2009).

O Brasil, considerado o país com maior biodiversidade do planeta, criou por meio de uma comissão interministerial duas políticas de incentivo ao aproveitamento da fitoterapia popular, a PNPIC e a PNPMF, e publicou a Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS (RENISUS), uma relação de referência de plantas medicinais para atenção básica de saúde, com finalidade de orientar estudos e pesquisas que possam subsidiar o desenvolvimento da cadeia produtiva, promovendo o uso sustentável da biodiversidade e o fortalecimento da indústria nacional. Ademais, por meio da ANVISA, regulamentou a comercialização das PM, mediante notificação destas junto à agência.

Nesse contexto, o Departamento de Ciência e Tecnologia DECI/MS tem financiado pesquisas em plantas medicinais, com recursos na ordem de R\$ 10 a 15 milhões de reais (ALVES; NEVES, 2008 apud TORRES, 2008).

Outro fato que foi constatado é que mesmo com aumento das despesas com medicamentos, 39% dos entrevistados não têm acesso aos medicamentos gratuitos do Sistema Único de Saúde, tornando-se relevante uma reflexão acerca dos motivos que levam a esta ocorrência.

A inclusão de remédios naturais no Sistema Único de Saúde, que vêm sendo distribuídos gratuitamente, pode fazer parte da solução de uma parcela deste problema, propiciando uma melhoria do acesso a recursos terapêuticos por parte da população que os utiliza. Paralelamente, pode ocorrer, em decorrência dessa inclusão, a contenção ou redução dos gastos com a aquisição de medicamentos sintéticos.

Como observado na pesquisa de campo, o uso de plantas medicinais tem representado, muitas vezes, a única forma de tratamento disponível, fazendo com que o acesso ao medicamento sintético seja um fator de exclusão social.

Tratar algumas doenças utilizando remédios que têm como princípio ativo plantas medicinais conhecidas da região, como jucá, capim santo, hortelã pimenta, sálvia e unha-de-gato e outras já citadas no decorrer deste trabalho, com apoio dos órgãos responsáveis pela assistência básica em saúde de Belém, representaria uma ação pioneira para disseminar o uso das plantas medicinais nas ações de assistência em saúde.

Podem-se fazer algumas sugestões acerca da influencia da utilização das plantas medicinais na atenção básica em saúde, a fim de contribuir para melhoria da assistência farmacêutica, com possibilidade de redução dos custos, com uma automedicação orientada com plantas medicinais no tratamento das doenças levantadas nas entrevistas com usuários do sistema de saúde do município de Belém.

Ao utilizar-se as plantas medicinais no SUS, sugere-se:

- Qualificar profissionais para exercerem atividades que requeiram conhecimento a respeito de plantas medicinais, preparando-os para orientar o uso destas, dentro das exigências da PNPIC e da PNPMF;
- Incentivar e fomentar estudos sobre plantas medicinais e fitoterápicos;
- Divulgar as boas práticas de cultivo e manejo de plantas medicinais e preparação de remédios caseiros;
- Propor a inclusão do tema plantas medicinais e fitoterapia no sistema de ensino da região;
- Proporcionar uma ampla visão de todos os processos que envolvam a utilização das plantas medicinais, capacitando o profissional para diminuir os riscos de má utilização, intoxicação e interações prejudiciais à saúde do usuário;
- Disponibilizar recursos para financiamento de projetos dos centros de pesquisa que atuem na pesquisa de plantas medicinais e fitoterápicos;
- Dispor nos centros de saúde de todo o município de Belém de profissionais habilitados a orientar o uso das plantas medicinais, conforme inferem a PNPIC e a PNPMF.

Foi feito uma análise de minimização de custos comparativa para o tratamento de algumas doenças com plantas medicinais e com medicamentos sintéticos, onde se observa, no caso citado, resultados com custos mais baixos para o tratamento com as PM (Tabela 6 e 7).

Do ponto de vista econômico, o tratamento fitoterápico, apresenta em princípio vantagem quanto aos gastos com o recurso terapêutico, isso pode vir a beneficiar tanto o usuário como o sistema de saúde, que poderá fazer mais, mesmo com limitações de verbas para o setor.

O incentivo à produção de plantas medicinais e fitoterápicos pode ocorrer a partir da criação de linhas de financiamento e de mecanismos de incentivos fiscais para insumos e produtos fabricados a partir de plantas medicinais, considerando toda a cadeia produtiva.

Do ponto de vista social, de acordo com os dados obtidos, observa-se a prevalência das mulheres como as responsáveis pela preparação dos remédios caseiros com as plantas medicinais desempenhando um importante papel sócio econômico no bairro do Jurunas, pois a utilização das espécies medicinais reduz os gastos com medicamentos sintéticos, que para muitas famílias entrevistadas, especialmente aquelas que têm crianças e idosos, constitui um item pesado do orçamento doméstico.

Se ocorrer a redução dos gastos com medicamentos na Unidade Básica de Saúde do Município de Belém, em virtude do uso de Plantas Medicinais, mais recursos estarão disponíveis para investimento em outras políticas igualmente importantes na qualidade da Saúde Pública, que hoje se encontra bastante comprometida.

De acordo com o estudo realizado e objetivos propostos, já foi possível chegar a algumas conclusões. Apesar da urbanização, as famílias entrevistadas seguem as tradições que trazem de gerações passadas (pais, avós) de cultivar e utilizar em suas casas plantas medicinais para o tratamento de diversas doenças.

Pode-se concluir a partir das informações do Gráfico 11, na página 50, que as plantas medicinais são utilizadas, em algum momento, por mais de 80% das famílias entrevistadas, logo, parecem ser bem aceitas, mesmo sem uma orientação adequada para a utilização delas e com a disponibilidade irregular e dependente da iniciativa individual dos usuários.

A ausência de dados específicos e atuais sobre a utilização de plantas medicinais no tratamento de doenças em Belém foi um estímulo para propor esse trabalho.

REFERÊNCIAS

ABIFITO. 2004. Disponível em: <<http://www2.visywork.com.br/Empresas/abifito/abifito.nsf>>. Acesso em: 11 out. 2008.

ABBAS, K. **Gestão de custos em organizações hospitalares**. 2001. 155 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

ALBAGLI, Sarita. Interesse global no saber local: a geopolítica da biodiversidade. In: SEMINÁRIO SABER LOCAL / INTERESSE GLOBAL: propriedade intelectual, biodiversidade e conhecimento tradicional na Amazônia, 2003, Belém. **Anais ...** Belém: CESUPA; MPEG, 2005. p. 17-27.

ALVARES, J. Soto. **Estúdios de farmacoeconomia ? por qué, cómo, cuando e para qué?** [S. l.]: Médifarm, 2001.

AMOROZO, M. C. de M. Abordagem etnobotânica na Pesquisa de Plantas medicinais. In: DI STASI, L. C. (Org.). **Plantas medicinais: Arte e Ciência**. Um guia de estudo interdisciplinar. São Paulo: EDUSP, 1996. p. 47-68.

_____. Resolução nº 10, de 9 de março de 2010. **Diário Oficial da União**, Seção 1, n. 46, 2010a. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/bed98b8041b63b4f8cb5dd255d42da10/tabela+droga+vegetal.pdf?MOD=AJPERES>>. Acesso em: 20 maio 2010.

_____. Resolução nº 14, de 31 de março de 2010. **Diário Oficial da União**, Seção 1, n. 63, p. 85, abr. 2010b. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=85&data=05/04/2010>>. Acesso em: 20 maio 2010.

ARRUDA, Rinaldo. Populações Tradicionais e a proteção de recursos naturais em Unidades de Conservação. **Ambiente & Sociedade**, ano 2, n. 5, 1999.

BARBOSA, Wagner Luiz Ramos. Aproveitamento farmacêutico da flora como instrumento de preservação cultural e ambiental. **Poematropic**, Belém, n. 1, p. 43-45, jan./jul. 1998.

BARBOSA, Wagner Luiz Ramos. Aspectos da Etnofarmácia baseados na Assistência Farmacêutica aplicada á fitoterapia popular. In: BARBOSA, Wagner Luiz

Ramos (Org.). **Etnofarmácia: Fitoterapia Popular e Ciência Farmacêutica**. Belém: NUMA/UFGPA, 2009.

BORBA, A. M.; MACEDO, M. Plantas medicinais usadas para a saúde bucal pela comunidade do bairro Santa Cruz, Chapada dos Guimarães. MT. **Ata Botânica Brasília**, v. 20, n. 4, p. 771-782, 2006.

BRASIL. Comitê Nacional de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde. **Política Nacional de Avaliação do desempenho do Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2007a. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/documento%20politica.pdf>>. Acesso em: 4 set. 2009.

BRASIL. Decreto n. 5.813, de 22 de junho de 2006. Aprova a Política Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 119, 2006a. Seção I. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/decreto_5813_fito.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2009.

BRASIL. **Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990. Leis Orgânicas da Saúde**. Brasília: Congresso Nacional, 1990.

BRASIL. Lei no. 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. Poder Legislativo. Brasília DF. **Diário Oficial da União**, 27 jan. 1999.

BRASIL. Ministério da Agricultura. **Mapa lança manual de plantas**. 2006b. Disponível em: <http://extranet.agricultura.gov.br/pubacs_cons/lap_detalhe_radio_cons_web?p_id_publicacao=8790>. Acesso em: 3 jan. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 676. 3 de junho de 2003: Documento final da Comissão de Avaliação de Atenção Básica**. 2003.

_____. Novos Horizontes. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, ano 2, n. 4, jan.2002.

_____. **MS elabora Relação de Plantas Mediciniais de Interesse ao SUS**. 2009a. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 15 abr. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Média e alta complexidade**. 2005a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/sas/mac/area.cfm?id_area=835>. Acesso em: 21 set 2010.

_____. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC)**. Brasília, 2006c.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Gabinete Permanente de Emergências de Saúde Pública. Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional – ESPII. **Protocolo de Procedimentos para o manejo de casos e contatos de influenza A (H1N1)**. Brasília, 2009b.

BUELKE, Rolando; BERTÓ, Dalvio J. **Gestão de custos e resultado na saúde: hospitais, clínicas, laboratórios e congêneres**. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2005.

CALIXTO, João B. Biodiversidade como fonte de medicamentos. **Ciência e Cultura**, v. 55, n. 3, p. 37-39, 2003.

CALLEGARI, L. Análise Setorial – A Indústria Farmacêutica – Panorama Setorial. **Gazeta Mercantil**, v 1, p. 204, 2000.

CAPES. **The Journal for the Study of Medicinal Plants**. Disponível em: <servicos.capes.gov.br/capesdw/resumo.html?idtese>. Acesso em: 8 jan. 2010.

CENTRO DE REFERÊNCIA DE TRATAMENTOS NATURAIS. Macapá, 2008a. 1 folder.

_____. **Plantas medicinais**. Macapá, 2008b.

CONVERSO, M. E. R.; LEOCÁDIO, P. L. L. de F. Prevalência de hipertensão arterial nos visitantes da III Feira de Artes do Idoso. **Folha Méd.**, São Paulo, v.121, n.1, 2002.

CRUZ, Ernesto. **História de Belém**. Belém: Universidade Federal do Pará, 1973.

DIEGUES, Antonio Carlos Santana. **O mito moderno da natureza intocada**. São Paulo: Hucitec, 1998.

EARTHWATCH INSTITUTE. **As Empresas e a Biodiversidade**. 2002. Disponível em < <http://www.wbcd.org/web/publications/business-bio-portugese.pdf>>. Acesso em: 15 dez 2009.

ELISABETSKY, E. Etnofarmacologia como ferramenta na busca de substâncias ativas. In: SIMÕES, C. M. O. et al. **Farmacognosia: da planta ao medicamento**. 4. ed. Porto Alegre: Ed. Universidade/UFRGS; Ed. da UFSC, 2002.

FEBRAFARMA. **Fitoterápico atrai investimentos**. 2007. Disponível em: <http://www.febrafarma.org.br/areas.php?area=pu&secao=38&modulo=materias>. Acesso em: 18 ago. 2009.

FERRAZ, M. B. Economia da saúde e Medicina. **Sinop Reumatol.** , n. 4, p. 98-102, 2005.

IMS Retail Drug Monitor. 2006. Disponível em: <<https://www.imshealth.de/sixcms/media.php/16/IMS%20Retail%20Drug%20Monitor%20February07.pdf>> Acesso em: 5 mar. 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Contagem da população 2007**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/universo.php?tipo=31o/tabela13_1.shtm&paginaatual=1&uf=16&letra=A>. Acesso em: 3 abr. 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **[Localização do bairro do Jurunas em relação ao Estado do Pará]**. 2005. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/default.shtm>>. Acesso em: 26 maio 2009.

JAPIASSÚ, Hilton; MARCONDES, Danilo. **Dicionário Básico de Filosofia**. 3. ed. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2001.

LEUZINGER, Márcia Dieguez. **Natureza e Cultura: Direito ao meio ambiente equilibrado e direitos culturais diante da criação de unidades de conservação de proteção integral e domínio público habitadas por populações tradicionais**. 2007. 358f. Tese (Doutorado em Desenvolvimento Sustentável) – Centro de Desenvolvimento Sustentável, Universidade de Brasília, Brasília, 2007.

LINO, Clayton Ferreira; SIMÕES, Luciana Lopes. **Sustentável Mata Atlântica: a exploração de seus recursos florestais**. São Paulo: SENAC, 2002. 215 p.

[LOCALIZAÇÃO geográfica do bairro do Jurunas em relação ao Município de Belém/PA]. Disponível em: <<http://maps.google.com.br/maps=bairro+do+jurunas>>. Acesso em: 27 jul. 2009a.

MATOS, Francisco José de Abreu. **Farmácias Vivas**. 3. ed. Fortaleza: EUFC, 1998.

MEDICI A. C. **Economia e Financiamento do Setor Saúde no Brasil**: balanços e perspectivas. São Paulo: Faculdade Saúde Pública/USP. Ad. Saúde, 1994.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MOTA, Daniel Marques; FERNANDES, Maria Eneida Porto; COELHO, Helena Lustescia Luna. Farmacoeconomia: um Instrumento de Eficiência para a Política de Medicamentos do Brasil. **Acta Farmacêutica Bonaerense**, v. 22, n. 2, 2003.

NUNES, J. M. Mais e melhor com recursos escassos. In: AMÂNCIO FILHO, A.; MOREIRA, M. C. G. B. (Org.). **Formação de pessoal de nível médio para a saúde**: desafios e perspectivas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. p. 83-91.

OLIVEIRA, F. M.; SOUZA, M. L. S. **Ministério Público. Estado do Rio Grande do Sul**: o Direito à Saúde Assegurada pela Atenção Básica. Disponível em:<<http://www.mp.rs.gov.br/dirhum/doutrina/id590.htm>> Acesso em: 20 ago. 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Perspectivas políticas de la OMS sobre medicamentos**. Ginebra, 2003.

_____. **Saúde para todos no ano 2000**. Ginebra, 1978. Disponível em: <www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf>. Acesso em: 1 mar. 2009.

_____. **Estratégia da OMS sobre medicina tradicional**: 2002-2005. 2002. Disponível em: <<http://www.amhb.org.br/media/estrategia.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2008.

PARÁ. Secretaria Municipal de Coordenação Geral do Planejamento e Gestão. **Anuário estatístico do município de Belém 1988**. Belém, 1999. v. 5.

PINTO, Lucianna do Nascimento; BARBOSA, Wagner Luiz Ramos. Etnofarmácia do Município de Igarapé Miri – PA. In: BARBOSA, Wagner Luiz Ramos (Org.).

Etnofarmácia: Fitoterapia e Ciências Farmacêuticas Belém: NUMA/UFPA, 2009. p. 49-138.

PFIZER. **Princípios básicos de farmacoeconomia**. 2006. Disponível em: <<http://www.pfizer.com.br/farmacocinetica.asp>>. Acesso em: 3 abr. 2010.

PNUMA. **Convenção Biológica sobre Biodiversidade**: relatório sobre o papel da propriedade intelectual na execução de acesso e partilha de regime de benefícios. UNEP/CDB/WG-ABS/1/4. 2001. Disponível em: <<http://www.biodiv.org>>. Acesso em: 31 out. 2010.

RASCATI, Karen L. **Introdução à farmacoeconomia**. Porto Alegre: Artmed, 2010. 280p.

RAVEN, Peter H.; EVERT, Ray F.; EICHHORN, Susan. **Biologia vegetal**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara - Koogan, 2001. 906p.

RODRIGUES, Ângelo Giovani. Políticas Públicas na área de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. In: CONGRESSO NACIONAL DAS SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. **Anais ...** Joinville, 2007. Disponível em: <<http://www.conasems.org.br/files/dia28/Painel2PlantasMSAngelo.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2008.

RODRIGUES, Carmem Izabel. **Vem do bairro do Jurunas**: sociabilidade e construção de identidades entre ribeirinhos em Belém-Pa. 2006. Tese (Doutorado em Antropologia) - Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2006.

ROSSI, Benedito Mauro. **Carne vermelha causa câncer?** 2007. Disponível em: http://www.oncocentro.com/index.php?option=com_content&view=article&id=55%3Abenedito-mauro-rossi&catid=36&Itemid=55. Acesso em: 2.3.2010.

SÁ, Samuel Maria de Amorin; SÁ, Elisa Viana; DINIZ, Ana M. Saúde e qualidade de vida na Amazônia. In: FURTADO, Lourdes Gonçalves (Org.). **Amazônia: desenvolvimento, sócioidiversidade e qualidade de vida**. Belém: NUMA/UFPA, 1997. p. 134-145.

TORRES, Kátia. **Pará debate Política de Plantas Medicinais e Fitoterápicos**. Belém: Conselho Regional de Farmácia, 2008. Disponível em: <<http://www.crfpa.org.br/Noticias/Novembro%202008/0611not1415.htm>> . Acesso em: 17 nov. 2008.

TRUDEAU, Kevin. **Curas naturais que eles não querem que você saiba**. [S. l.]: LTVM, 2007.

UNASUS. Universidade Aberta do SUS. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. **Documentos de Referência**. 2007. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc_justificativa_detalhada_unasus.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2010.

YUNES, Rosendo; PEDROSA, Rosângela; CECHINEL FILHO, Valdir. Fármacos e fitoterápicos: a necessidade do desenvolvimento da indústria de fitoterápicos e fitofármacos no Brasil. **Quim Nova**, n. 24, p. 147-152, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010040422001000100025&script=sci_arttext&tlng=in> Acesso em: 4 mar. 2010.

VASCONCELLOS, Mário. Ação coletiva, parceria e empoderamento. In: ROCHA, Gilberto de Miranda (Org.). **Coletividades locais e desenvolvimento territorial na Amazônia**. Belém: NUMA/UFPA, 2008. p. 207-230.

VIEIRA, Lúcio Salgado. **Fitoterapia da Amazônia**: manual das plantas medicinais. São Paulo: Agronômica Ceres, 1972.

VIEIRA, Fabíola Sulpino; MENDES, Andréa Cristina Rosa. **Evolução dos gastos com medicamentos**: crescimento que preocupa. 2007. Disponível em: <<http://www.abresbrasil.org.br/pdf/18.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2010.

VIEIRA, Fabíola Sulpino. Gastos do Ministério da Saúde com medicamentos: tendência dos programas de 2002 a 2007. **Revista Saúde Pública**. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/2009nahead/534.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2010.

ZANINI, A. C. et al. Farmacoeconomia: conceitos e aspectos operacionais. **Revista Brasileira**, p. 225-237, 2001.

APÊNDICES
Apêndice A

QUESTIONÁRIO PARA O LEVANTAMENTO DE PLANTAS MEDICINAIS NO
BAIRRO DO JURUNAS

Objetivo: levantar e documentar o saber popular sobre plantas medicinais usadas com fins terapêuticos, sem invadir a privacidade do entrevistado.

As informações serão processadas e publicadas sem a divulgação do nome do/a, a menos que ele/a assim autorize.

TERMO DE ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO

Declaro estar esclarecido quanto aos objetivos da entrevista a seguir e que estou de acordo em prestar as informações solicitadas pelo entrevistador como parte integrante das atividades desenvolvidas pelo mesmo no âmbito de sua Dissertação de Mestrado em Recursos Naturais e Desenvolvimento Local – PPGEDAM desenvolvida na Universidade Federal do Pará, sem receber qualquer incentivo financeiro podendo desistir em qualquer data da pesquisa.

CONCORDO com a divulgação da minha identidade.

CONCORDO com a publicação parcial ou total dos dados pesquisados.

_____, ____/____/____

Local e data

Entrevistado/a

QUESTIONÁRIO

Número do Questionário _____ Data ____/____/____

Nome do entrevistador: _____

Município: _____ Comunidade: _____

PERFIL DO ENTREVISTADO

Entrevistado: _____ Idade: _____

Local de origem: Rural () Urbano () Cidade: _____ Estado: _____

Sexo: Masculino () Feminino () Religião: _____

Idade: 20 a 35 anos () 35 a 50 anos () mais de 50 anos ()

Situação Familiar: Pai () Mãe () Irmão () Irmã ()

Outro grau de parentesco _____ Número de membros na família ()

Renda Mensal: menos de 1 salário mínimo () 1 salário mínimo ()

1 a 2 salários mínimos () mais de 2 salários mínimos () sem renda ()

DADOS GERAIS

1. Quais as doenças que mais ocorreram nos últimos meses na sua casa?

2. Quando você está doente a quem recorre? Médico () Farmacêutico()
Enfermeiro() Visinho() Balconista da Farmácia () Posto de saúde ()

3. Que tipo de remédio você usa quando está doente?

Remédio da farmácia () Remédio caseiro () Remédio do Posto ()

4. Você se sente bem ao usar esses medicamentos? Sim () Não ()

Porque? _____

5. Você tem acesso ao medicamento que o médico passa? Sim () Não ()

6. Caso diga que não, por quê? _____

7. Você acredita na cura pelas plantas medicinais? Sim () Não ()

8. Quais as plantas medicinais que você mais utiliza como medicamentos?

9. Você indica ou indicaria a utilização de Plantas Medicinais? Sim () Não ()

10. Prepara? Sim () Não ()

11. Onde consegue as plantas para utilizar? Raizeiros () Planta em casa ()

Visinho () Outros _____

12. Você gostaria de ser orientada para utilizar as Plantas Medicinais como tratamento de suas doenças? Sim () Não ()

13. Você tem Planta Medicinal em casa? Sim () Não ()

14. Conhece alguém que cultiva plantas medicinais para a comercialização?

Sim () Não ()

15. Você sabe de algum remédio caseiro que pode fazer mal? Sim () Não ()

ANEXOS

Anexo A

Valores liquidados pelo Fundo Nacional de Saúde, em R\$ de 2007, para aquisição de medicamentos pelo orçamento da União.
Brasil, 2002-2007.

| Ações de assistência farmacêutica | R\$ constantes de 2007 | | | | | |
|---|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 |
| Assistência farmacêutica na atenção básica | 180.991.089,00 | 190.062.375,19 | 196.528.779,99 | 234.063.383,76 | 309.673.152,25 | 316.910.000,00 |
| Atendimento a diabéticos (insulina e hipoglicemiantes orais) | 38.255.560,00 | 116.096.406,95 | - | - | - | - |
| Atendimento à população com medicamentos para a saúde mental | 23.922.924,52 | 21.757.572,01 | - | - | - | - |
| Atendimento a pacientes hemofílicos com fatores de coagulação | 215.324.152,00 | 281.902.306,00 | 219.657.465,71 | 210.047.572,77 | 252.052.243,61 | 202.117.150,01 |
| Atendimento a pacientes portadores de hemoglobinopatias | - | - | - | 5.468.758,42 | 8.052.661,09 | 5.809.789,46 |
| Imunobiológicos | - | - | 507.913.702,58 | 521.599.115,70 | 773.144.250,55 | 742.413.376,00 |
| Programas estratégicos (malária, tuberculose, hanseníase, entre outras doenças) | 312.651.564,58 | 267.467.245,53 | 691.489.809,74 | 697.439.312,65 | 640.076.267,35 | 699.422.447,71 |
| DST/AIDS | 668.783.673,59 | 495.900.996,13 | 596.016.153,53 | 567.045.691,47 | 1.002.732.562,76 | 708.178.407,28 |
| Medicamentos de dispensação em caráter excepcional | - | 555.196.908,00 | 872.574.884,09 | 1.183.519.039,70 | 1.449.180.509,87 | 1.956.332.705,60 |
| Total | 1.439.928.963,70 | 1.928.383.809,81 | 3.084.180.795,66 | 3.419.182.874,48 | 4.434.911.647,48 | 4.631.183.876,06 |

Fonte: Vieira (2009).