

## Artigo de atualização ou divulgação | Update

## Inserção da medicina antroposófica no Sistema Único de Saúde: aspectos históricos, marcos normativos e desafios para sua implementação

*Insertion of anthroposophic medicine in the Public Health System: historical, legal landmarks and challenges for its implementation*

**Iracema Benevides<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Médica antroposófica. Comissão de Saúde Comunitária da Associação Brasileira de Medicina Antroposófica.

**Endereço para correspondência:**

Rua Tomé de Souza, 247 ap. 101.  
Belo Horizonte – MG. CEP: 30140-130  
iracema.benevides@gmail.com

**Palavras-chaves:** Medicina antroposófica; Sistema Único de Saúde; políticas de saúde; práticas integrativas e complementares.

**Key words:** *Anthroposophic medicine; public health system; health policies; integrative and complementary medicine.*

### RESUMO

A medicina antroposófica (MA) no Brasil vem experimentando significativa ampliação de sua representatividade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) nos últimos anos, graças à perseverança e idealismo de alguns profissionais de saúde e às janelas de oportunidades abertas no contexto da política de saúde brasileira desde 2003 até o momento presente. Um dos eventos de maior destaque nessa trajetória foi a publicação, pelo Ministério da Saúde, da Portaria GM 1.600, de 17 de julho de 2006, que define as bases para a inserção dessa abordagem no SUS, sob forma de observatório de experiências já existentes ou que viessem a apresentar grande relevância comunitária. O presente artigo apresenta os principais aspectos históricos desse processo, aprofunda e contextualiza o significado da inserção da MA no SUS, debate os desafios vivenciados pelos serviços, e por último, tece considerações sobre as perspectivas futuras considerando o cenário político-normativo do SUS.

### ABSTRACT

*Anthroposophic medicine (AM) in Brazil has had significant expansion of its representation in the Public Health System (SUS) in recent years, thanks to the perseverance and idealism of some health professionals and to the opportunities in Brazilian health policy since 2003 until now. One of the most important events was the publication of a Decree 1.600 of July 17, 2006 by the Ministry of Health, which defines the basis for its insertion into the SUS, in the form of observatory of experiences that already exists or with a great relevance to the community. This article presents the main historical aspects of this process, deepens and contextualizes the meaning of the insertion of AM in the SUS, discusses the challenges experienced by the services, and finally, raises questions about the future prospects given the political-normative SUS scenario.*

## INTRODUÇÃO

Do ponto de vista das políticas de saúde, a medicina antroposófica (MA) e suas terapias integram o grupo das medicinas alternativas e complementares ou *Traditional Medicine/Complementary and Alternative Medicine* (TM/CAM), termos empregados nos documentos da Organização Mundial da Saúde (OMS) em língua inglesa. Essa expressão abrange uma grande variedade de abordagens em saúde que vai desde as medicinas tradicionais de diferentes culturas e povos como da medicina tradicional chinesa e acupuntura, da ayurveda, da medicina unani, passando pela homeopatia, pela osteopatia, quiropraxia, naturopatia e diferentes formas de fitoterapia e tratamentos com águas. Para fins desse artigo, a expressão ‘medicina antroposófica’ será utilizada como equivalente para medicina e terapias antroposóficas, ressaltando que a formação e os campos de atuação nessa abordagem estão bem definidos, não havendo conflitos importantes entre os profissionais de saúde em relação aos limites e atribuições de cada um.

No Brasil cunhou-se a expressão ‘práticas integrativas e complementares’ (PIC), em função de vários fatores entre eles a compreensão de que algumas dessas abordagens constituem-se como sistemas terapêuticos complexos, preenchendo as seis categorias de racionalidades médicas\* propostas por Luz<sup>1</sup>, ao passo que outras são recursos terapêuticos que podem estar associados a mais de um sistema de conhecimento, como é o caso das terapias manuais e do uso de plantas medicinais e fitoterápicos. Outro aspecto dessa questão está relacionado ao enfrentamento de muitas resistências da corporação médica, representada principalmente pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) que se opõe à utilização da denominação ‘medicina’ para qualquer área de atuação que não seja a medicina estrito senso.

A incorporação das PIC nos sistemas nacionais de saúde de diversos países começou a ser recomendada no fim da década de 1970, principalmente após o relatório da Conferência de Alma-Ata, em 1978 e a criação do Programa de Medicina Tradicional da OMS, no mesmo período. Entre as razões para essa proposição, a literatura aponta o contexto amplo do movimento conhecido como contracultura, o fato dos países pobres e em desenvolvimento apresentarem dificuldade para arcar com os custos da indústria médico-farmacêutica e a boa aceitação e presença prévia desses recursos nos sistemas de saúde formais e informais<sup>2-4</sup>. Para Luz<sup>5</sup>, a crescente busca dos usu-

ários pelas medicinas alternativas e complementares e sua progressiva incorporação nos sistemas locais de saúde está relacionada à baixa capacidade de resposta dos serviços de saúde no atendimento das necessidades dos usuários, fenômeno denominado por alguns autores de “a crise da saúde”. Muitos usuários sentem que suas queixas não são ouvidas, que seus problemas reais não são abordados e que sua saúde é fragmentada entre diversos profissionais do modelo convencional. Nesse sentido, as abordagens ditas alternativas são consideradas mais humanizadas, com o potencial de compreender melhor as pessoas em sua totalidade existencial.

Entre os autores que debateram o tema dos paradigmas aplicado ao campo da saúde, Ferguson<sup>2</sup> buscou definir os aspectos que compõem o referencial do ‘modelo de medicina alternativa’. Esses aspectos dizem respeito à relevância da escuta do paciente, à ampliação dos sentidos e da percepção pelo médico, à centralidade do paciente no tratamento e a ênfase no cuidado e na abordagem terapêutica. Esse modelo se contrapõe paradigmaticamente ao ‘modelo biomédico’, que tem como eixo central a medicina convencional, acadêmica ou medicina *mainstream* ocidental, que surgiu da medicina hipocrática e passou por sucessivas mudanças paradigmáticas, acompanhando a evolução sócio-histórica ocidental, vindo a configurar-se como um modelo centrado na biologia humana e nas forças físicas da natureza, a partir do racionalismo europeu. No século XX, após as guerras mundiais, esse modelo desenvolveu estreitas vinculações com a indústria farmacêutica e de tecnologias de diagnóstico, reforçando seu caráter de fragmentação e focalização nas partes em detrimento do todo<sup>6</sup>.

No Brasil, a institucionalização dessas abordagens teve início na década de 1970 caracterizando-se pelo surgimento de experiências focais e isoladas. Reiteradas solicitações de usuários, gestores e profissionais de saúde em favor de sua implantação e fortalecimento no sistema público de saúde foram registradas em diversas conferências de saúde, desde a 8ª edição da Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986. Após a criação do SUS em 1988, no contexto da crescente descentralização, os estados e municípios ganharam maior autonomia na definição de suas políticas locais, vindo a implantar as experiências pioneiras. No início dos anos 2000, com a publicação pela OMS do documento técnico *Traditional Medicine Strategy 2002-2005*, foram lançadas as bases para a elaboração da política pública em âmbito nacional<sup>4</sup>.

\* Cosmologia, Doutrina Médica, Morfologia ou Anatomia, Dinâmica Vital ou Fisiologia, Sistema Diagnóstico e Sistema Terapêutico.

A homeopatia e a acupuntura trilharam um percurso diferenciado de institucionalização, tendo sido reconhecidas como especialidades médicas pelo CFM na década de 1980. Em 1988, foram contempladas pelas resoluções da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (Ciplan) - n. 4, 5, 6, 7 e 8/88, que fixaram normas e diretrizes para o atendimento em homeopatia, acupuntura, termalismo, técnicas alternativas de saúde mental e fitoterapia. Em 1999, foram incluídas na tabela de procedimentos do SIA/SUS (Portaria GM n. 1.230, de outubro de 1999) e passaram a ser remuneradas por procedimentos e monitoradas pelo volume de atendimentos.

A trajetória da MA no âmbito social e comunitário surgiu na cidade de São Paulo também nos anos 1970, com a iniciativa pioneira das ações de saúde na favela Monte Azul. Esse serviço contribuiu para a formação de muitos profissionais de saúde, especialmente médicos e enfermeiros, e também inspirou que posteriormente a MA fosse aplicada no SUS ou em experiências de medicina social e comunitária em algumas localidades das regiões Sudeste e Sul do país. A aproximação formal da MA com o SUS aconteceu em 1994, com a criação do programa de medicina não convencionais da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, quando essa abordagem foi contemplada ao lado da homeopatia e da acupuntura/medicina chinesa, no PRHOAMA – Programa de Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica. Um fato inédito e marcante no processo de institucionalização foi a realização de concursos públicos para médicos antroposóficos nesse município nos anos de 1994 e 1996<sup>7</sup>. A MA tem se mantido estável no PRHOAMA, sendo desempenhada por três médicas, com atuação integrada à rede de atenção em saúde. Outra experiência de destaque da MA no âmbito da atenção primária no SUS tem sido relatada em São João del-Rei, em Minas Gerais, desde 2002<sup>8</sup>.

## O SUS: MARCOS NORMATIVOS, DINÂMICA DE FUNCIONAMENTO E COBERTURA

A implementação das PIC no SUS e, em particular, da MA, depende do conhecimento dessa complexa 'matrix', tanto de seus instrumentos regulatórios, quanto da identificação dos espaços favoráveis para crescimento, dos mecanismos de proposição de projetos e das suas limitações.

Em 2011, o SUS completou 23 anos de existência, com uma trajetória marcada por avanços e crises, dificuldades e conquistas em favor do direito à saúde pública de qualidade. Sua criação integra a Constituição Federal Brasileira de 1988 e reconhece: a) a saúde

como resultado das políticas econômicas e sociais no país (determinantes sociais da saúde); b) a saúde como um direito de todos e dever do Estado; c) a relevância pública das ações e serviços de saúde; d) a criação do SUS com base nos princípios de descentralização, cobertura integral das ações e participação popular.

Na década de 1980, a luta pelo SUS confundia-se com a própria luta pela redemocratização do país e a proposta de um modelo organizacional baseado no consenso, no equilíbrio de poderes e na participação ativa dos usuários na definição de suas diretrizes refletia os ideais do movimento da reforma sanitária brasileira, responsável pela sua criação<sup>9,10</sup>. Da mesma forma, a trajetória de inserção das PIC no SUS também pode ser considerada pelo prisma da conscientização do direito à saúde, principalmente do direito à liberdade de escolha e pluralidade de abordagens. Esses ideais estavam em consonância com a reforma sanitária.

É importante destacar que o modelo de funcionamento do SUS está estreitamente vinculado ao modelo de organização política do país. O Brasil constituiu-se em uma República Federativa composta de três esferas de governo tecnicamente independentes e autônomas, cada uma com poder para comandar processos em seu respectivo âmbito de atuação. A experiência de mais de 20 anos de um governo militar centralizador e autoritário influenciou a proposição do SUS com grande ênfase na descentralização: os municípios ganharam *status* de gestores da política de saúde, uma situação quase única no contexto mundial. Um dos grandes desafios do SUS tem sido a superação da autonomia municipal em favor de maior equidade regional na prestação dos serviços<sup>11</sup>.

Em setembro de 1990, o texto constitucional foi publicado na forma da Lei Orgânica da Saúde (LOS, Lei 8.080), que dispõe sobre a organização das ações de saúde em quatro áreas principais (prevenção, promoção, assistência e reabilitação da saúde), enfatizando a abordagem sistêmica tanto no âmbito individual quanto coletivo. Outra lei complementar à constituição foi publicada no mesmo ano, a Lei 8.142, que cria os Conselhos e Conferências de Saúde, regulamenta as transferências financeiras entre os entes federativos (governo federal, estados e municípios) e define a participação do CONASS (Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde) e CONASEMS (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde) na política de saúde.

Ao longo de mais de duas décadas de existência, várias portarias e normas foram editadas buscando equilibrar as relações entre os três gestores do sistema (federal, estadual e municipal) e orientar o desenvolvimento do SUS no sentido de um federalismo coopera-

tivo. Outros desafios a serem ressaltados na sua implementação são: manter a coerência entre os princípios filosóficos de cobertura universal, assistência integral, equidade, descentralização, participação popular e regionalização e gerir, por outro lado, as limitações concretas relacionadas a recursos financeiros escassos e instáveis, pressões para assimilação tecnológica, gestão e manutenção de recursos humanos qualificados, regulamentação da participação do setor privado, diferenças regionais importantes e disputas de poder entre os gestores municipais. Em 2006 foi publicado o Pacto pela Saúde com o objetivo de superar esses limites por meio do fortalecimento da regionalização, da corresponsabilização entre os gestores e de maior transparência na utilização dos recursos e demonstração de resultados. Sua implementação encontra-se ainda em andamento, mas se pode afirmar que a cultura da pactuação, ou seja, do “compromisso de fazer junto” já integra a gestão do SUS.

Em relação ao financiamento, é importante destacar que se trata de um sistema de saúde financiado com recursos públicos advindos da cobrança de impostos nas três esferas. O município, responsável direto pelos serviços de saúde prestados à população, deve compor o seu orçamento com recursos procedentes dos três âmbitos de arrecadação: federal, estadual e municipal. Existem indicações relativas aos percentuais que cada gestor deve investir no sistema de saúde e a definição do que são gastos específicos com a saúde, mas aguarda-se ainda a regulamentação da Emenda Constitucional 29, que poderá garantir seu cumprimento.

Em 28 de junho de 2011, foi publicado no Diário Oficial da União o Decreto Presidencial n. 7.508, cuja finalidade é a regulamentação da Lei Orgânica da Saúde – Lei n. 8.080. De acordo com o MS, o decreto tem o objetivo de definir com mais clareza a estrutura organizativa do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde, e a articulação interfederativa, entre outros aspectos. De forma prática, ao ser implantado, o decreto especificará as atribuições de cada um dos entes federativos, fixando as responsabilidades e explicitando aos usuários e ao poder público os serviços de saúde oferecidos em cada região do país. Devido ao seu peso enquanto instrumento jurídico, o decreto tem o potencial de dar um salto em relação às conquistas alcançadas com o Pacto pela Saúde.

Quanto ao modelo de atenção, há mais de 15 anos esforços vêm sendo feitos no sentido de incentivar os gestores a conformarem o sistema a partir da Atenção Primária em Saúde (APS), considerando-a porta de entrada preferencial e pilar da atenção à saúde. Essa

é uma tendência mundial e baseia-se em uma gama ampla de evidências. Sistemas de saúde orientados pela APS apresentam melhores indicadores de saúde, além de serem mais eficazes, mais econômicos e menos iatrogênicos<sup>12-14</sup>.

Starfield<sup>14</sup> demonstrou que um sistema de saúde orientado pela APS, ou seja, capaz de prestar cuidados de maneira oportuna, continuada e com a densidade tecnológica adequada, consegue lidar com os problemas contemporâneos de maneira mais equilibrada e oferece melhores resultados. No caso brasileiro, o modelo propõe a atuação de uma equipe mínima formada por um médico generalista, um enfermeiro, um a dois técnicos de enfermagem e seis ou mais agentes comunitários de saúde para um determinado território e população de até 4.000 habitantes. Está prevista também a atuação integrada de uma equipe de odontologia.

A Estratégia Saúde da Família (ESF), como vem sendo denominada institucionalmente nos últimos anos (em detrimento da expressão ‘Programa Saúde da Família’), pode ser considerada uma das políticas de saúde de maior êxito já observadas na história brasileira. Em julho de 2008, ano em que se comemorou 15 anos de existência, contabilizou-se mais de 28.000 equipes de saúde da família distribuídas em mais de 90% dos municípios brasileiros, envolvendo um contingente de mais de meio milhão de trabalhadores. Em julho de 2011, este número superou 30.000 equipes, apontando um ritmo contínuo de crescimento\*.

O modelo proposto tem demonstrado ser apropriado e eficaz nos mais diferentes contextos do país, tanto para os municípios pequenos como para os grandes centros urbanos. Alguns estudos apontam sua superioridade em relação ao modelo convencional, destacando suas vantagens em relação ao vínculo e o seguimento longitudinal da clientela<sup>15,16</sup>. Indubitavelmente, a Saúde da Família representou um enorme salto em direção à ampliação do acesso aos serviços de saúde para muitos brasileiros e vem buscando superar desafios relacionados à qualificação da atenção prestada e de seus profissionais, além de outros mais específicos da gestão e do financiamento. Por outro lado, diversos nós críticos também têm sido apontados, dentre eles a formação e a educação permanente dos profissionais de saúde, sua fixação nos serviços e a integração da APS com os demais níveis de atenção do sistema<sup>17,18</sup>.

Outro aspecto a ser analisado é a cobertura alcançada pelo sistema. Embora conceitualmente o SUS seja um sistema de saúde universal, na prática ainda não é de utilização universal por toda a população brasileira. A Pesquisa Nacional de Amostra Domíci-

\* [www.saude.gov.br/dab](http://www.saude.gov.br/dab)

liar (PNAD) de 2008 apontou que a sociedade brasileira ainda é muito desigual: uma grande parcela da população (73,7%) vive com menos de dois salários, sendo que desse grupo, 19,7% vivem com renda entre um quarto e meio salário mínimo. Apenas 12,2% da população vivem com mais de dois salários mínimos. Um aspecto favorável encontrado é que 47,7% dos domicílios cadastrados na amostra estão cobertos pelo Programa de Saúde da Família, que é proporcionalmente maior nos extratos com menor renda, indicando crescimento da equidade do sistema. Em relação à cobertura por planos de saúde, encontrou-se um percentual de 25,9% dos cidadãos cobertos por ao menos um plano de saúde privado ou corporativo. A partir desse dado, estima-se que o SUS seja utilizado na íntegra ou parcialmente por aproximadamente 75% da população<sup>19</sup>.

### **AS JANELAS DE OPORTUNIDADE: A CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES E A INTEGRAÇÃO DA MEDICINA ANTROPOSÓFICA**

Em 2003 iniciou-se a construção da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS, buscando atender às diretrizes e recomendações de várias Conferências Nacionais de Saúde e pela OMS. O grupo gestor responsável pela ordenação dos trabalhos e formulação da Política Nacional definiu a criação de subgrupos de trabalho específicos para cada uma das abordagens definidas para integrar a política naquele momento inicial. Apesar de pouco conhecida e divulgada, a MA foi incluída juntamente com a fitoterapia, homeopatia e medicina tradicional chinesa e acupuntura devido à existência de algumas experiências de institucionalização no SUS e na sociedade civil<sup>4</sup>, além da importante defesa feita por técnicos no âmbito do Ministério da Saúde que conheciam essa abordagem. O termalismo passou a integrar a proposta apenas em sua fase de aprovação no Conselho Nacional de Saúde.

De 18 a 19 de junho de 2004, o subgrupo da MA realizou, em São Paulo, na sede da Sociedade Antroposófica, um seminário para aprofundamento das propostas da área para o SUS, em São Paulo, com a participação de técnicos do Ministério da Saúde, de representantes do âmbito acadêmico e de profissionais de saúde envolvidos com o SUS e com a medicina so-

cial e comunitária. Teses foram elaboradas com foco no tema central “Organizando a Assistência da Medicina Antroposófica no SUS”. A sistematização dos trabalhos com os grupos de participantes foi entregue ao Ministério da Saúde como contribuição para a formulação da MA na Política Nacional.

O texto técnico da então denominada Política da Medicina Natural e Práticas Complementares (PMNPC)\* passou por todas as instâncias decisórias no SUS e em fevereiro de 2006, o documento final, com outras alterações além do nome, foi aprovado por unanimidade pelo Conselho Nacional de Saúde e consolidou como PNPIC, publicada na forma das Portarias Ministeriais n. 971, em 3 de maio de 2006. A MA foi contemplada na PNPIC na forma de Observatório das Experiências de MA no SUS, caminho possível diante de resistências enfrentadas no processo de aprovação da política, que provocaram a sua aprovação de forma isolada na portaria GM n. 1.600, de 17 de julho de 2006.

A institucionalização das PIC implica em assumir maior conformidade com regras e normas condicionantes do sistema, que por vezes podem ser limitadoras e até contraditórias com os princípios da racionalidade. Um exemplo disso ocorreu com a MA nas fases finais de aprovação da PNPIC. No primeiro semestre de 2006 ocorreu um surto de sarampo no Brasil e a Secretaria de Vigilância em Saúde, área do Ministério da Saúde responsável pelo controle dos surtos de doenças infecciosas no país, localizou um elo na cadeia de transmissão constituído por famílias do Sul do país e da cidade de São Paulo que se tratavam com homeopatia e MA, cujas crianças não haviam sido imunizadas contra o sarampo. Esse acontecimento suscitou a necessidade de que a Associação Brasileira de Medicina Antroposófica (ABMA) se comprometesse com o Ministério da Saúde em relação ao cumprimento do calendário nacional de vacinas. Na página eletrônica da ABMA\*\* encontra-se carta enviada pelo então presidente da associação ao então ministro da saúde, em 24 de abril de 2006, assegurando essa posição.

Por outro lado, a institucionalização traz benefícios por meio das oportunidades de maior visibilidade, legitimação e implementação. Um exemplo simples disso e que representa uma significativa contribuição para a ampliação do conhecimento sobre o tema, refere-se ao alinhamento conceitual sobre as cinco áreas da política que compõe o documento oficial da política, entre elas a MA. Assim, a própria portaria transformada em docu-

\* A denominação “Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC)” foi adotada apenas na fase final de aprovação da política, no momento de aprovação pelo Conselho Nacional de Saúde.

\*\* [www.abmanacional.com.br](http://www.abmanacional.com.br)

mento técnico passa a representar uma referência conceitual para a área, funcionando também como veículo para ampliar sua legitimação e disseminação.

### AVANÇOS NA ÁREA DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA RELACIONADOS ÀS PIC

Paralelamente à elaboração e aprovação da PNPIC aconteceram as articulações para aprovação da Política Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos (PNPMF), concretizada por meio do Decreto n. 5.813, de 22 junho 2006. A PNPMF é interministerial, abrange toda cadeia produtiva e enfatiza o uso racional, a segurança, a eficácia e a qualidade desses recursos e insumos. Vinculada a essa política foram criados o Programa Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos e o Comitê Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos (Portaria Interministerial n. 2.960, de 9 dezembro 2008). Um fruto desse trabalho foi a elaboração da Relação Nacional de Plantas Mediciniais de Interesse ao SUS, a RENISUS, composta por 71 espécies vegetais, das quais ao menos 15 são amplamente utilizadas pela MA.

Uma importante conquista diretamente relacionada à MA foi a publicação da Resolução da Diretoria Colegiada – RDC n. 26, de 30 de março de 2007, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, a ANVISA. Essa RDC dispõe sobre o registro de medicamentos dinamizados industrializados homeopáticos, antroposóficos e anti-homotóxicos.

É de relevância também citar a RDC n. 67, de 8 de outubro de 2007 intitulada Boas Práticas de Manipulação de Preparações Magistrais e Oficiais para Uso Humano em Farmácias e seus anexos. Essa RDC define os requisitos mínimos exigidos para o exercício das atividades de manipulação de preparações magistrais e oficiais das farmácias, desde suas instalações, equipamentos e recursos humanos, aquisição e controle da qualidade da matéria-prima, armazenamento, avaliação farmacêutica da prescrição, manipulação, fracionamento, conservação, transporte, dispensação das preparações, além da atenção farmacêutica aos usuários ou seus responsáveis, visando à garantia de sua qualidade, segurança, efetividade e promoção do seu uso seguro e racional.

### MONITORAMENTO DOS SERVIÇOS DE MA NO SUS

Entre as atividades do observatório, a coordenação da PNPIC em parceria com a ABMA realizou o monitoramento dos principais serviços nos anos de 2009 e 2010. Foram coletadas informações que permitiram

conhecer as principais atividades realizadas, números de atendimentos, os profissionais envolvidos, os insumos utilizados e outros aspectos tais como a institucionalização e sustentabilidade. Alguns desses resultados foram apresentados nos dois últimos congressos da ABMA e deverão ser publicados oficialmente pela coordenação da PNPIC ainda em 2011. Abaixo serão apresentadas algumas informações disponibilizadas antecipadamente pela ABMA.

Das 18 experiências analisadas, 17 possuem vinculação direta ou indireta com o SUS e o poder público e uma não possui vinculação, constituindo-se em um serviço independente (Ambulatório da Associação Comunitária Monte Azul, ACOMA). Ao todo, dez serviços estão localizados em Minas Gerais (Belo Horizonte, Betim, Oliveira, São João del-Rei, Juiz de Fora, Matias Barbosa e Santo Antônio do Amparo), dois no município de São Paulo (SP), um em Recife (PE), dois em Aracaju (SE), um em Planaltina (DF) e dois em Florianópolis (SC). Dez novos serviços de MA surgiram no SUS após 2006, indicando que a publicação da PNPIC teve efeito impulsionador nesse cenário.

Observou-se que cinco serviços funcionam em parceria com o terceiro setor, quase sempre uma organização não governamental: Juiz de Fora, Matias Barbosa, São João del-Rei, Núcleo de Medicina Antroposófica da Universidade Federal de São Paulo e uma das experiências de Santo Antônio do Amparo. Essas experiências recebem apoio financeiro de instituições antroposóficas viabilizando a contratação de médicos e terapeutas antroposóficos, a aquisição de insumos para as terapias e medicamentos e, em alguns casos, a realização de obras de adequação da unidade de saúde.

Em relação aos médicos antroposóficos inseridos no SUS, dez possuem vínculo por concurso público e seis são contratados de forma temporária. Observou-se ainda a atuação de um terapeuta ocupacional, um psicólogo e um agente comunitário de saúde. Registrou-se uma média de mais de 1350 consultas mensais realizadas no SUS, que ainda não aparecem especificadas como tal nos sistemas de informações. Muitas consultas médicas e terapias são realizadas com a colaboração das parcerias, mas não são consideradas como SUS. No caso do ambulatório da ACOMA, que consegue oferecer sozinho um volume de atendimentos maior que todos os serviços do SUS juntos, existe completa autonomia em relação ao SUS. É possível que existam outros médicos e profissionais atuando com a MA que ainda não comunicaram sua experiência à ABMA.

Entre os nós críticos relatados pelos serviços, as dificuldades na viabilização da assistência farmacêutica

são preponderantes. Apenas nos serviços de Belo Horizonte são fornecidos pelo SUS alguns medicamentos antroposóficos industrializados. Na grande maioria dos casos são prescritos medicamentos baseados nas indicações antroposóficas, porém tais medicamentos são preparados de acordo com a farmacotécnica homeopática. Também são realizadas doações ou descontos na compra. Alguns serviços procuram desenvolver práticas não medicamentosas relacionadas à promoção da saúde e salutogênese como forma de contornar essa limitação.

### **PERSPECTIVAS PARA AMPLIAÇÃO DA INSERÇÃO DA MA NO SUS**

Embora os números da MA no SUS sejam ainda pequenos se comparados com outras abordagens das PIC, avanços inegáveis têm sido feitos na conquista de um espaço na política de saúde. Deve ser ressaltado o grande mérito dos profissionais que fizeram essa escolha e perseveraram cotidianamente pela manutenção dos espaços conquistados, vivenciando frequentemente limitações, conflitos, instabilidades contratuais e financeiras.

Existe um panorama muito heterogêneo no aspecto da oficialização dos serviços, variando de localidade a localidade onde é praticada. A maioria dos serviços ainda não registrou no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) a presença do serviço de MA como orienta a Portaria n. 853, de 17 de novembro de 2006, estando ainda 'invisíveis' nos relatórios dos sistemas de informação do Ministério da Saúde. Observa-se que por um lado, muitos serviços desenvolvem práticas independentes, sem interlocução com os gestores do SUS e perdem a oportunidade de serem beneficiados, legitimados e ampliados. Por outro, a PNPIC ainda é uma política periférica, não prioritária e muitos gestores não a conhecem ou valorizam devidamente.

A análise dos marcos regulatórios indica a existência de espaços favoráveis ao crescimento da MA nos serviços, principalmente no âmbito da APS, na própria estratégia Saúde da Família ou nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, amparados pelas definições da PNPIC. É necessário, entretanto, ampliar a formação de profissionais de saúde para atuarem com MA no SUS e incentivar sua fixação, continuidade, interlocução com os gestores e integração à rede de serviços. Algumas ações de apoio já vêm sendo desenvolvido pela Comissão de Saúde Comunitária da ABMA, mas ainda não são suficientes frente ao volume de atividades necessários para vencer os desafios. Entre as possibilidades de ampliação do acesso às terapias an-

troposóficas, deveria ser considerada a capacitação e disseminação de procedimentos simples das terapias externas para enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde das equipes de Saúde da Família, como foi realizado com êxito em São João del-Rei e Belo Horizonte.

Considerando que a situação dos médicos antroposóficos ainda não está claramente definida junto ao CFM, avanços mais consistentes só serão possíveis com a superação desse obstáculo, como é o caso da obtenção do Código Brasileiro de Ocupações e a conquista de situação mais ampla na PNPIC e nos sistemas de informação do Ministério da Saúde.

A expansão da MA e suas terapias deve ser acompanhada por soluções para a assistência farmacêutica. Nesse sentido é importante aprofundar a compreensão e manter atualizado o acompanhamento normativo da área, identificando os instrumentos que possibilitem a sua viabilização, seja por meio de aquisição dos medicamentos industrializados pelos gestores, seja por meio da utilização dos homeopáticos e fitoterápicos como equivalentes, ou seja, pela proposição de medicamento antroposóficos manipulados. Nesse caso seria necessário propor RDC específica à ANVISA, na mesma linha da RDC 67/2007.

Por último, é importante ressaltar que o apoio financeiro e logístico prestados pelas instituições antroposóficas tem sido fundamental para a existência de alguns serviços de grande relevância no SUS e na medicina social, especialmente pela viabilização da atuação dos terapeutas antroposóficos. Entretanto é necessário, cada vez mais, dar passos em direção à consolidação dos serviços com financiamento público, abrindo espaço para sua inserção definitiva no âmbito do SUS.

### **Declaração de conflito de interesses**

Sem conflito de interesses.

### **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Luz MT. Medicina e racionalidades médicas: estudo comparativo da medicina ocidental contemporânea, homeopática, tradicional chinesa e ayurvédica. In: Canesqui AM (org.). Ciências sociais e saúde para o ensino médico. São Paulo: FAPESP; 2000. p.181-200.
2. Barros NF. A construção de novos paradigmas na medicina: a medicina alternativa e a medicina complementar. In: Canesqui AM (org.). Ciências sociais e saúde para o ensino médico. São Paulo: FAPESP; 2000. p.201-13.

3. Barros NF. A construção da medicina integrativa: um desafio para o campo da saúde. São Paulo: Hucitec; 2008.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Brasília (DF); 2006.
5. Luz MT. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas de saúde no fim do século XX. *Physis*. 2005;15(supl):145-76 [citado 2011 Ago 10]. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a08.pdf](http://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a08.pdf).
6. Ibáñez N, Marsiglia R. Medicina e saúde: um enfoque histórico. In: Canesqui AM (org.). Ciências sociais e saúde para o ensino médico. São Paulo: FAPESP; 2000. p.49-73.
7. Cançado MRR, Gonçalves CG, Soares IA. atendimentos em medicina antroposófica no SUS (Sistema Único de Saúde) em Belo Horizonte. *Arte Méd Ampl*. 2000; 20(3): 31-6.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Medicina antroposófica a serviço do ser humano. *Revista Brasileira de Saúde da Família*. 2008;9(ed. especial):44-9.
9. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. SUS: avanços e desafios. Conselho Nacional de Saúde. Brasília: CONASS; 2006.
10. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. SUS 20 anos. Conselho Nacional de Saúde. Brasília: CO-NASS; 2009.
11. Mendes EV. Os grandes dilemas do SUS. Salvador: Casa da Qualidade; 2001.
12. World Health Organization (WHO). Primary health care: now more than ever. WHO Report 2008. Geneva: World Health Organization; 2008 [citado 2011 Ago 10]. Disponível em [www.who.int/whr/2008/whr08\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf).
13. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
14. Starfield B, Shi L, Macincko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*. 2005;83(3):457-502.
15. Macinko J, Guanais F, Souza F. An evaluation of the impact of the family health program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J Epidemiol Community Health*. 2006;60:13-9.
16. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Teixeira VA, Silveira DS et al. Avaliação de efetividade da atenção básica à saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24(supl 1): 159-72 [citado 2011 Ago 10]. Disponível em: [www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008001300020&lng=en](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300020&lng=en). doi: 10.1590/S0102-311X2008001300020.
17. Conill, EM. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. *Cad. Saúde Pública*. 2002;18:191-202.
18. Giovaella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14(3): 783-94.
19. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2008. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.

Avaliação: Editor e dois revisores do conselho editorial

Recebido em 14/10/2011

Aceito após modificações em 20/11/2011