

Universidade Federal de Juiz de Fora
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Juarez Silva Araujo

**MEDICINA TRADICIONAL:
as plantas medicinais no contexto de vida e trabalho dos Agentes Comunitários de
Saúde do município de Juiz de Fora**

Juiz de Fora
2017

Juarez Silva Araujo

**MEDICINA TRADICIONAL:
as plantas medicinais no contexto de vida e trabalho dos Agentes Comunitários de
Saúde do município de Juiz de Fora**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, na área de concentração Política, Gestão e Avaliação de Sistemas e Programas de Saúde, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para a obtenção do grau de mestre.

Orientadora: Prof. Dra. Rosangela Maria Greco

Juiz de Fora
2017

FOLHA DE APROVAÇÃO

*Às Agentes Comunitárias de Saúde
com quem tive o prazer de trabalhar, aprendendo a escutar,
enxergar e lidar com a dor e o sofrimento humanos.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todas as pessoas que tive a oportunidade de encontrar durante a minha vida como médico de família: à preta velha, em sua humilde casa, conversando comigo de cabeça erguida e com voz firme sobre suas práticas e sobre o alívio encontrado nas plantas; ao senhor que, em pleno surto psicótico, me permitiu alcançar o caminho para chegar até ele; às gestantes adolescentes com seus sonhos; às senhoras com suas persistentes dores nos ombros, e aos - raros - homens que pude atender em sua angústia silenciosa.

Agradeço à Sônia Lucia, minha esposa, e à Carolina, minha filha, não apenas pelo incentivo nesta caminhada acadêmica, mas, principalmente, por aguçarem minha sensibilidade e capacidade de ouvir e acolher.

Agradeço à Rosangela Greco, professora que conseguiu acolher o meu projeto, assim como minhas aspirações.

*“Conhecendo o mundo, o ser humano encontra a si próprio. E
conhecendo a si próprio, o mundo se lhe revela.”*

(Rudolf Steiner)

RESUMO

A medicina tradicional brasileira advém dos povos indígenas, e a partir do encontro de diferentes etnias, ocorrido durante o período colonial, práticas e recursos terapêuticos oficiais e tradicionais passam a conviver de forma híbrida. Com o desenvolvimento e a institucionalização da biomedicina, a partir do século XIX, dá-se um processo de criminalização das práticas tradicionais em saúde, ao passo em que a construção de novos e mais eficazes recursos tecnológicos em saúde acarreta, ao mesmo tempo, um esvaziamento nas relações interpessoais e vinculares entre profissionais de saúde e usuários. A Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido abordada como proposta a este esvaziamento e à fragmentação do sistema de saúde atual, tendo o Brasil, ao longo das duas últimas décadas, trabalhado através da Estratégia de Saúde da Família (ESF) como forma de organizar a APS, implementando a equipe multiprofissional e fortalecendo os vínculos com a comunidade, constituindo uma teia de relações que, por sua vez, fornece um rol de possibilidades tecnológicas para alcançar a maior efetividade no cuidado em saúde. Entre estas possibilidades estão a prática da medicina tradicional e o uso de plantas medicinais pelas comunidades locais, as quais também fazem parte da realidade do Agente Comunitário de Saúde (ACS), que, pertencendo à comunidade e sendo membro da equipe de saúde da família, torna-se um elo natural entre estes dois universos. O objetivo deste trabalho é analisar e discutir o uso e a indicação do uso de plantas medicinais por ACS's do município de Juiz de Fora em seu processo de trabalho. Trata-se de uma revisão bibliográfica que identifica as características do ACS no tocante à sua construção como profissional de saúde e a seu ambiente de trabalho em relação à medicina tradicional. Foi realizado estudo transversal com amostra de ACS's que trabalham no município de Juiz de Fora, buscando evidenciar o estado atual de seu conhecimento quanto às plantas medicinais e quanto ao uso das mesmas, tanto no âmbito familiar como no profissional. Conclui-se que o ACS é, hoje, o profissional mais bem capacitado, dentro da estratégia de saúde da família, a abordar recursos tradicionais e comunitários para o cuidado em saúde, mas cuja atividade prospectiva precisa ser inserida e trabalhada dentro da equipe de saúde, não apenas na perspectiva de agregar conhecimento, mas no sentido de transformação e mudança da própria equipe e de seu processo de trabalho com a medicina tradicional.

Palavras-chave: **Agentes Comunitários de Saúde. Medicina tradicional. Plantas medicinais.**

ABSTRACT

Brazilian traditional medicine has its origins on the native indigenous people, and after the coexistence of different ethnicities, during the Colonial period, therapeutic practices and resources considered official and traditional were used together in a hybrid form. Considering the development and institutionalization of biomedicine, after the 19th century, traditional methods in health care started to be criminalized. Meanwhile, the creation of newer and more effective technological resources in health systems led to an emptiness on interpersonal relationship between health care professionals and users. Primary Health Care (APS) has been studied as a proposal to this emptiness and fragmentation of current health care systems. In that terms, Brazil has been working on this method in the past two decades by using Family Health Strategy (ESF) as a way to organize APSs, by implementing a multi-professional team and strengthening bonds with local communities, which creates a network of correlations, providing more technological possibilities in order to increase the effectiveness of the health care system. Traditional medicine and use of medicinal plants from the local community are some of these possibilities, which are also part of the reality of the Community Health Care Agents (ACS), who belong to the local community and are members of the family health care team, making them a natural bond between these two worlds. Therefore, the aim of this work is to analyze and discuss the use and indication of use of medicinal plants by ACSs from the city of Juiz de Fora during their working process. Firstly, we made a comprehensive literature review in order to identify the main characteristics of the ACSs as a health care professional and their work environment, regarding traditional medicine. Then, we performed a cross-sectional study using a sample represented by the ACSs who work in Juiz de Fora, in order to evidence the current state of knowledge and use of medicinal plants, both in familiar and professional scopes. Finally, we conclude that in the current days, the ACS is the most skilled professional, inside the Family Health Strategy, to make use of traditional and community resources for health care purpose. However, their prospective activity needs to be included and executed inside the health care team, not only on the perspective of adding knowledge, but in the sense of transformation of the team and its working process with traditional medicine.

Keywords: Community Health Care Agents. Traditional medicine. Medicinal plants.

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
DPIC	Departamento de Práticas Integrativas e Complementares
ESF	Estratégia de Saúde da Família
Lilacs	Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
Medline	Life Science Journals and online Books
MF	Medicamento fitoterápico
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PIC	Práticas Integrativas e Complementares
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNPMF	Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos
PubMed	US National Library of Medicine
PTF	Produto tradicional fitoterápico
PSF	Programa de Saúde da família
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
T&CM	Traditional and Complementary Medicines
RAS	Redes assistenciais de saúde
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
RENASES	Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde
SPSS	Banco de dados
SSAPS	Subsecretaria de Atenção Primária a Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – População residente em Juiz de Fora/MG.....	47
Quadro 2 - Categorização sociodemográfica preliminar da amostra.....	53

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 -	Frequência de variáveis sociodemográficas do ACS em Juiz de Fora/MG - 2016.....	56
TABELA 2 -	Frequência das variáveis dependentes entre ACS's de Juiz de Fora/MG- 2016.....	58
TABELA 3 -	Frequência das variáveis de utilização pessoal e indicação de uso de plantas medicinais nas UAPS de Juiz de Fora/MG por ACS - 2016.....	59
TABELA 4 -	Fatores associados à utilização pessoal de plantas medicinais entre ACS's de Juiz de Fora/MG - 2016.....	61
TABELA 5 -	Fatores associados à indicação de uso familiar de plantas medicinais entre ACS's Juiz de Fora/ MG - 2016.....	62
TABELA 6 -	Fatores associados à indicação de uso de plantas medicinais a moradores da área de atuação do ACS em Juiz de Fora/MG – 2016.....	63

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVO.....	16
3 FUNDAMENTOS TEÓRICOS.....	17
3.1 PLANTAS MEDICINAIS E MEDICINA TRADICIONAL	17
3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS: práticas integrativas e complementares na atenção primária à saúde	23
3.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	28
3.4 ANTROPOLOGIA DA SAÚDE E O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	37
4 MÉTODO	46
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	46
4.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO	49
4.4 INSTRUMENTOS E ESTRATÉGIAS DE COLETA DE DADOS	50
4.5 VARIÁVEIS DE ESTUDO	52
4.6 ANÁLISE DOS DADOS	53
4.7 ASPECTOS ÉTICOS	54
5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	55
5.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE	55
5.2 CARACTERIZAÇÃO DO CONHECIMENTO, USO E INDICAÇÃO DE USO DAS PLANTAS MEDICINAIS E INTERESSE DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM IMPLEMENTAR A AÇÃO NAS UAPS	58
5.3 FATORES ASSOCIADOS AO USO E INDICAÇÃO DE USO DE PLANTAS MEDICINAIS POR AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE	61
6 CONCLUSÃO.....	66
REFERÊNCIAS	68
APÊNDICES.....	77
ANEXOS	85

1 INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a medicina tradicional é pautada na sua antiguidade, compreendendo o somatório de conhecimentos, competências e práticas que repousam sobre teorias, crenças e experiências próprias a diferentes culturas, sejam elas explicáveis ou não pela metodologia científica hegemônica no campo da saúde, mas que são utilizadas para a preservação da saúde, assim como para a prevenção, o diagnóstico e a melhoria ou mesmo o tratamento de doenças físicas ou mentais. (WHO, 2013).

A saúde coletiva, de acordo com NUNES (2006, p. 32), se caracteriza por ser um “campo amplo de práticas”, no qual convivem diversas disciplinas visando a melhor compreensão dos problemas e demandas em saúde, encontradas também nas *diversas* comunidades. Neste sentido, o conceito de saúde proposto pela OMS, definindo-a como “completo estado de bem-estar físico, mental e social”, fortalece a presença e contribuição daquelas diversas disciplinas diante dos problemas nesse campo, saindo da visão única de saúde como a ausência de doença, elemento central da biomedicina. Este conceito, por outro lado “deixa na sombra uma variedade processual de estados indefinidos, a infinitude de situações entre o saudável e a doença”. (CAMPOS, 2006, p. 61).

Segundo McWhinney (1995), a biomedicina, no entanto, foi bastante adequada na assistência médica a alguns grupos de patologias bastante incidentes e prevalentes no século XIX, mais notadamente as doenças infectocontagiosas. Denominado de paradigma positivista esta base epistemológica determina que a individualidade esteja sempre se configurando na objetividade. (FOUCAULT, 2004). Com isto, deixa claro ao indivíduo sua finitude, ao mesmo tempo em que, através da biomedicina, constrói um discurso de enfermidades que independem da pessoa que sofre ou de seu contexto social.

Portanto, o século XX vê crescer e se desenvolver uma medicina de caráter reducionista e compartimentalizada, com significativos avanços na assistência em saúde. A visão centrada no corpo biológico segmentado, condizente com uma intervenção de caráter unidirecional e vertical do processo saúde-doença, permitiu a elaboração e o desenvolvimento de equipamentos, medicamentos, processos propedêuticos e terapêuticos que trouxeram maior eficácia e controle de resultados terapêuticos, ao mesmo tempo em que acarretou o esvaziamento nas relações interpessoais e a limitação na capacidade profissional em incorporar aspectos de integralidade e equidade no atendimento ao doente. (MERHY, 2009).

Luz e Tesser (2008), ao tratarem desta integralidade no atual sistema de saúde, que se configura na busca de garantir a oferta de todos os diversos recursos tecnológicos, propedêuticos e terapêuticos desenvolvidos a partir da visão centrada na doença, determina ou determinou na visão destes autores:

[...] a espetacular proliferação de tecnologias diagnósticas “duras”, que se interpõem entre curador e doente, levou a um progressivo desleixo, na prática, desses curadores quanto à construção microssocial de legitimidade, comunicabilidade e cumplicidade, fundadoras da ancestral relação de cura e da eficácia simbólica da medicina (LUZ e TESSER, 2008, p. 200).

Visando a abordagem e correção desta distorção, a Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido abordada como proposta contra a fragmentação do sistema atual, oferecendo uma porta de entrada¹ para os serviços de saúde pública, já que existem fortes evidências de que as redes assistenciais orientadas por meio da APS conseguem maior adequação às necessidades da população. (MENDES, 2010). Esta adequação resulta não apenas na democratização do acesso, mas também na capacidade resolutiva do sistema, na orientação de fluxos e contrafluxos de usuários e informações.

O Brasil vem, ao longo das duas últimas décadas, trabalhando através da Estratégia de Saúde da Família (ESF) como forma de reorganizar a APS. (DUNCAN, 2013). A ESF é estruturada com base em uma população adstrita a um território específico, composta por categorias profissionais diversas, dispondo, no mínimo, de um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), e reunindo, enquanto equipe, várias funções, dentre as quais destaca-se a de “identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais e o controle social”. (DUNCAN, 2013, p. 151).

Através da capilaridade e da significativa interface da ESF com o sistema de saúde e com a comunidade, uma variada gama de recursos de atenção em saúde pode ser identificada pelos diversos membros que compõem a equipe, constituindo uma teia de relações que, por sua vez, fornece um rol de possibilidades tecnológicas para a maior efetividade do cuidado em saúde. Esta teia de relações pode se constituir num espaço de formulação de um novo paradigma para a medicina, pois este surge a partir de quem se encontra na periferia da disciplina, trazendo um novo olhar sobre a saúde e a doença. (McWHINNEY, 1995).

¹Porta de entrada: termo proposto por Starfield (2004) e utilizado no contexto da APS. Designa o primeiro ponto de contato de atenção à saúde, cujas características principais são a maior acessibilidade e uma melhor adequação da atenção às necessidades do usuário.

Luz e Tesser (2008), em seu artigo sobre a integralidade, discutem a forma de organização das disciplinas ou estilos de pensamento em círculos concêntricos, passando dos mais centrais ou esotéricos aos mais periféricos ou exotéricos. Propõem uma imagem onde, nos círculos centrais estão os cientistas, a produção de saber e a inovação; nos círculos intermediários, encontram-se os profissionais e o campo operacional, e nos círculos periféricos, os leigos e usuários daquela disciplina. Para estes autores, no entanto, “o saber sofre transformações nas duas vias entre os extratos sociocognitivos mencionados, que participam ativa e distintamente na sua produção, havendo uma interinfluência mútua entre os saberes esotéricos e exotéricos”. (LUZ e TESSER, 2008, p. 197).

Através do reconhecimento das práticas e das racionalidades médicas de caráter vitalista, como a medicina tradicional chinesa e a medicina ayurvédica, “para as quais a perspectiva da integralidade não é uma limitação, na medida que o saber/fazer especializado está remetido ao sujeito doente” (LUZ e TESSER, 2008, p.199), e em sintonia com esta demanda de novos paradigmas, o Programa Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos (PNPMF) propõe ação de estruturação e fortalecimento da fitoterapia nos diferentes níveis do Sistema Único de Saúde (SUS), com ênfase na atenção básica. Tal iniciativa, no contexto da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), busca, entre outras coisas, reforçar e revitalizar:

[...] ações de interculturalidade no âmbito do SUS, pelas práticas envolverem diferentes formas de saber (tradicional, popular e científico) e pela característica intersetorial e multiprofissional que demanda a atenção em Práticas Integrativas e Complementares (PIC's). (BRASIL, 2012, p. 49).

Borcard (2013), em estudo realizado em Juiz de Fora, Minas Gerais, levantou o interesse dos profissionais da ESF com relação à fitoterapia, através de questionário aplicado a 142 trabalhadores da área de saúde, entre os quais, 86 ACS's. Segundo a autora, apesar do restrito conhecimento demonstrado pelos profissionais da APS entrevistados sobre a PNPIC e sobre os conceitos básicos de fitoterapia, foi registrado um “grande interesse em aprender sobre Práticas Integrativas e Complementares”. (BORCARD, 2013, p. 95). Contudo, a possível relação do ACS com as plantas medicinais não tem sido um foco frequente de análises.

Nas bases de dados disponíveis no *Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde* (Lilacs), na *US National Library of Medicine* (PubMed) e no *Life Science Journals and online Books* (Medline), registrando trabalhos que envolvem Agentes Comunitários de Saúde e a medicina tradicional, ou Agentes Comunitários de Saúde

e plantas medicinais, poucos são os estudos relacionando plantas medicinais e ACS. Dentre estes, cita-se Martins (2008), que relata a experiência de grupos focais com os ACS, identificando uma significativa presença de plantas medicinais no cotidiano destes profissionais, assim como também a utilização deste recurso no cuidado com a saúde pessoal e familiar.

Neste cenário, portanto, justifica-se o estudo sobre o uso e indicação de uso de plantas medicinais pelos ACS's, pois estes desempenham o papel de elo entre a comunidade e o serviço de saúde, compartilhando saberes, habilidades e competências necessárias ao desenvolvimento e promoção da saúde, incentivando a participação popular e o fortalecimento da autonomia do usuário, da família e da comunidade. (GALAVOTE et al., 2011).

2 OBJETIVO

O presente estudo objetiva contribuir para a discussão sobre as práticas tradicionais em saúde no campo da atenção primária à saúde. E, mais especificamente, converge para a sistematização de informações, o registro e a análise da experiência acumulada pelos Agentes Comunitários em Saúde no município de Juiz de Fora, Minas Gerais, quanto ao uso e indicação de uso de plantas medicinais, fonte de conhecimento e interesse profissional em plantas medicinais, no contexto das práticas tradicionais e populares em saúde.

3 FUNDAMENTOS TEÓRICOS

Para fundamentar este estudo, faz-se uma caracterização, a partir de uma perspectiva histórica, do uso de plantas medicinais no Brasil, bem como um levantamento sobre a situação atual de conhecimento e de uso popular destas espécies pelos Agentes Comunitários de Saúde, analisando-se as ações implementadas em nível mundial pela OMS e pelas políticas públicas de saúde desenvolvidas nacionalmente visando a integração das práticas tradicionais em saúde ao SUS.

São abordadas as condições das atuais políticas públicas, seus avanços, dificuldades, possibilidades de financiamento e de integração à rede assistencial do SUS, mais precisamente, em relação à Atenção Primária à Saúde (APS). Paralelamente, são tratados os aspectos de organização e princípios da APS, mais especificamente relacionados ao papel do Agente Comunitário de Saúde, não só na promoção de saúde, mas também enquanto novo profissional da APS, cujo olhar sobre a temática saúde-doença os distingue dos demais profissionais de saúde.

Visando compreender este enfoque diferenciado sobre a relação saúde-doença, são consideradas as análises propostas por autores como Mauss, Laplantine, Bourdieu, Tesser, Merhy, Acioli e Olivier Schmitz, que propõem uma visão antropológica deste processo, e para os quais a doença “não advém da biomedicina apenas, mas também da etnomedicina”. (LAPLANTINE, 2010, p. 225).

Tal discussão complementa-se também com material encontrado na literatura médica e que permite estabelecer pontos de interseção entre a atividade profissional do ACS, a medicina popular/tradicional e o uso de plantas medicinais.

3.1 PLANTAS MEDICINAIS E MEDICINA TRADICIONAL

O uso de produtos derivados de plantas para fins medicinais está presente na história da grande maioria das civilizações e de culturas antigas. (SAAD, 2009). Seu desenvolvimento, contudo, tem características próprias em diferentes partes do mundo. Na China, a utilização de plantas medicinais se insere no conjunto das várias práticas de saúde que formam o sistema terapêutico, no qual este uso é apenas um entre vários recursos. A base filosófica é o Taoísmo, para o qual *Tao* é o caminho certo e “o homem, na sua grande

dependência do Universo, não pode fazer melhor do que seguir o caminho designado pela natureza”. (LEE, 1987, p. 4).

A fitoterapia chinesa foi inicialmente registrada no livro *Pen Tsao*, datado de 2500 A.C. Desenvolveu-se combinando plantas e elaborando formulações, partindo do entendimento de que o mundo é um conjunto no qual tudo se inter-relaciona, obedecendo a princípios comuns e apresentando manifestações que caracterizam cada elemento deste todo, como cores, sabores, sons e direções peculiares. (SAAD, 2009).

No ocidente, a mais importante referência de uso de plantas medicinais é a medicina grega, cujas escolas *Cos* e *Cnidos* formaram a base da medicina ocidental. A primeira, cuja maior referência foi Hipócrates, representa a visão holística e as intervenções sistêmicas; a segunda escola, representada por Galeno, tem caráter reducionista, relacionando-se a intervenções mais específicas e focadas. (McWHINNEY, 1996).

Nessa caminhada da medicina ocidental, o uso de plantas medicinais tem registros importantes nos dois primeiros séculos da era cristã, nas obras de Hipócrates, Plínio e Galeno, este último reconhecido pelas “fórmulas galênicas”, isto é, misturas complexas de plantas medicinais. Estes autores e pensadores gregos marcaram e influenciaram a medicina por muitos séculos, e não só na Europa, mas também no mundo árabe. (McWHINNEY, 1996).

Contudo, no ocidente, os últimos 200 anos foram marcados por significativa mudança paradigmática, quer no olhar sobre o processo saúde-doença, quer também sobre o desenvolvimento de recursos terapêuticos a partir de uma taxonomia da doença, que forneceu “ao campo clínico uma nova estrutura, em que o indivíduo posto em questão é menos a pessoa doente do que o fato patológico indefinidamente reprodutível em todos os doentes igualmente afetados”. (FOUCALT, 2004, p. 106). Este mesmo processo taxonômico se desenvolveu também em áreas da botânica e da química, sendo que as plantas “passaram a ser vistas como matéria-prima para o preparo de fármacos e modelos para síntese de novas moléculas”. (SAAD, 2009, p. 7).

Seja como for, as plantas medicinais integram as medicinas tradicionais ou folclóricas em várias partes do mundo, tendo as grandes navegações, a partir do século XV, promovido “o intercâmbio de espécies vegetais” (SAAD, 2009, p. 6) entre a Ásia, a África, a Europa e a América. A medicina tradicional praticada no Brasil recebeu influência de todo este contexto cultural, combinando o uso de plantas autóctones, reconhecidas na tradição dos povos originários, e plantas exóticas provenientes de outros continentes e culturas. Segundo Saad (2009), as plantas medicinais não deixaram de constituir um importante recurso terapêutico

para a população contemporânea, presentes tanto no meio rural quanto no ambiente urbano do Brasil.

Madel Luz (2005), dissertando sobre a medicina tradicional brasileira, afirma que a medicina indígena na América Latina constitui um forte exemplo de “reprodução social de grupos étnicos”, presente na figura de benzedeiras, parteiras e erveiros. Sua importante contribuição pode ser percebida a partir da cosmovisão dos povos indígenas, onde “o adoecimento é apenas um aspecto de uma categoria mais ampla, onde também se inclui a morte, o azar, os acidentes, o feitiço, o mau-olhado e outras desgraças”. (LUZ, 2005, p. 155). Segundo esta mesma autora, com a chegada das etnias africanas através da escravidão, introduziu-se também um sistema de cura complexo que, assim como o sistema indígena, fortemente pautado no uso de plantas medicinais, na transmissão oral do saber e em elementos mágico-religiosos, é “inegavelmente mais espiritualista [...] e seu agente de cura mais importante é normalmente um sacerdote (ou sacerdotisa)”. (LUZ, 2005, p. 156).

A medicina tradicional na época do Brasil colônia, seja com os povos originários (indígenas) ou com aqueles que aqui aportaram (europeus e africanos), pode ser reconhecida em relatos de uso de plantas e práticas curativas. Neste período, apesar da presença de poucos médicos, barbeiros e boticários com a devida outorga para a prática assistencial pela Coroa, os portugueses “[...] não hesitavam, quando precisavam curar suas feridas, em se servir do óleo-de-copaíba utilizado pelos indígenas para esse fim. Depois, com a vinda dos escravos africanos, aderiram igualmente a certas curas relacionadas com a magia [...]”. (EDLER, 2010, p. 31).

Almeida (2011) descreve esta situação como uma aculturação bilateral, presente na medicina tradicional brasileira em estados da Região Nordeste e do Sudeste do país. Para a autora, “o uso popular de plantas medicinais nessas condições, constitui um complexo sistema de saúde não oficial em que participam ‘erveiros’, centros religiosos e comunidade”. (ALMEIDA, 2011, p. 45). De acordo com Gurgel (2010), as medicinas indígena e portuguesa não se distinguiam em princípios básicos, ambas percebendo a doença como uma invasão, e sobre ela empregando cerimônias e substâncias que deram origem a uma medicina popular híbrida.

Mesmo a intervenção religiosa, que ocorre no Brasil colônia, levada a efeito principalmente pela Companhia de Jesus, e com os jesuítas promovendo a demonização das práticas pagãs, não impediu que aqui se formasse uma “complexa fusão de crenças e práticas que resultou num catolicismo popular repleto de manifestações de sincretismo religioso, ora toleradas, ora incentivadas, ora combatidas pela elite colonial”. (EDLER, 2010, p. 25).

Por outro lado, no seio deste mesmo grupo religioso, cujo objetivo maior era a propagação da fé cristã em um “desdobramento da própria expansão do império [português]” (GESTEIRA, 2009, p. 120), encontra-se a afirmação do padre jesuíta Affonso da Costa de que “a experiência tem mostrado que mais almas pode converter para Deus hum missionário que juntamente seja médico”. (GESTEIRA, p. 121, 2009). Como resultado desta aculturação, percebe-se o envolvimento dos missionários jesuítas na identificação de plantas medicinais nas colônias portuguesas, na preparação de medicamentos a partir de ervas curativas, na elaboração de textos de caráter médico que lhes são atribuídos e, até mesmo, no intercâmbio destas informações com as suas comunidades religiosas ao redor do mundo. (GESTEIRA, 2009).

No fim do período colonial, com a chegada da Corte portuguesa e com a fundação das primeiras faculdades brasileiras, no início do século XIX, assiste-se à expansão da medicina regulamentada pelo estado, de caráter oficial, ao mesmo tempo em que se inicia um movimento institucional de “caça às bruxas” contra os praticantes da medicina popular. (EDLER, 2010). Assim sendo, segundo o autor, o Código Penal de 1890,

[...] sancionava a perseguição aos terapeutas populares, criminalizando as práticas do espiritismo, da magia e seus sortilégios, do uso de talismãs e das cartomancias, desde que empregadas para inculcar cura de moléstias curáveis e incuráveis”, associando a medicina tradicional ao charlatanismo. (EDLER, 2010, p. 45).

Todo o movimento deste período atingirá igualmente a recém-criada homeopatia, relacionando-a, também, a atos de charlatanismo e, paralelamente, investindo, conforme Weber (2006, p. 27) em “esforços institucionais das organizações médicas do século XIX de serem reconhecidas como o único conhecimento válido na área da cura”, associando, assim, a medicina oficial à verdade científica, e instituindo-se, desta forma, um discurso e uma ação de centralização de poder sobre a atuação médica pautados nesta pretensa verdade científica e em detrimento de outras práticas de saúde tradicionalmente existentes na sociedade brasileira.

No Brasil, o uso medicinal de plantas, ou de partes delas, constitui um vasto campo de estudo, sendo classificado pelo *Caderno do Ministério da Saúde* em três linhas: fitoterapia tradicional, fitoterapia científica ocidental e fitoterapia popular. (BRASIL, 2012).

Por fitoterapia tradicional entende-se aquela integrada a um sistema médico complexo, a uma racionalidade médica “originária de culturas peculiares”, tendo como exemplo a fitoterapia no contexto da medicina tradicional chinesa, da medicina antroposófica e da medicina ayurvédica. Estes sistemas médicos estão integrados ao escopo das Práticas

Integrativas e Complementares (PIC), termo cunhado pelo grupo de trabalho representativo das diversas práticas na área de saúde, responsável, pela elaboração da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) em nível federal, durante a primeira metade da década de 2010. (BRASIL, 2012).

Quanto à fitoterapia científica ocidental, seu objetivo é recuperar o conhecimento sobre plantas medicinais historicamente presentes na medicina do ocidente, como também estabelecer critérios de segurança, qualidade e eficácia para a produção e disponibilização de medicamentos fitoterápicos à população. Neste processo de validação do medicamento fitoterápico a partir dos parâmetros da medicina ocidental, mais notadamente da medicina baseada em evidências, o *Caderno do Ministério da Saúde*, anteriormente referido, coloca a crítica de autores contra uma abordagem científica reducionista “para campos como a fitoterapia”. (BRASIL, 2012, p. 57).

A terceira linha de abordagem, ou fitoterapia popular, se refere ao uso doméstico de plantas medicinais cujo conhecimento é transmitido oralmente, a partir do intercâmbio entre membros das comunidades identificadas como detentoras de determinado saber ancestral. Para fins do presente trabalho, esta linha de abordagem constitui o objeto de estudo que por ora interessa. No entanto, por não ser o termo encontrado entre os descritores associados à ciência da saúde, passa-se a adotar a expressão *medicina tradicional*, porquanto seja a que mais se aproxima desta linha, que por definição significa: sistemas de medicina baseados em crenças culturais e práticas repassadas de geração em geração. O conceito abrange rituais místicos e mágicos (terapias espirituais), fitoterapia e outros tratamentos que podem não ser esclarecidos pela medicina atual. (BVS, 2017).

Vários autores reportaram a medicina tradicional e o uso de plantas medicinais nas comunidades e nos serviços de saúde como formas de tratamento e cura, entre eles, elenca-se Lima (2013); Varella e Azevedo (2014); Tomazzoni (2006) e Arnous (2005). Em Cascavel, no Paraná, Tomazzoni (2006, p. 120) constatou que “as plantas medicinais para esta comunidade representam fator importante para a manutenção das condições de saúde, sendo também parte de um saber local preservado e utilizado, ou seja, de sua cultura e costumes”. Por outro lado, também é bem evidente a carência de conhecimento por parte dos profissionais de saúde a respeito das plantas medicinais, suas indicações, riscos de uso e formas de utilização. (BRUNING, 2012; VARELA e AZEVEDO, 2013; BORCARD, 2013).

Aqui, ingressa-se no âmbito da segurança do uso, pois há que se trabalhar com precaução e efetividade no uso de produtos destinados ao cuidado em saúde, e isto não é diferente com as plantas medicinais. Visando um breve levantamento histórico da legislação

brasileira, neste sentido, cita-se a lei federal nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973, que trata dos elementos de vigilância sobre a comercialização de medicamentos e insumos farmacêuticos, conceituando, no corpo da lei, a Ervanaria como o estabelecimento que realiza a dispensação de plantas medicinais e também a lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, cujo objetivo foi o estabelecimento de normas de vigilância sanitária e a autorização para a produção de medicamentos, dentre outros itens. Esta mesma lei foi complementada através de decreto presidencial nº 8077, de 14 de agosto de 2013, que, em seu artigo 22, estabelece que:

As plantas medicinais sob a forma de droga vegetal serão dispensadas de registro, conforme critérios estabelecidos em regulamentação específica pela Anvisa. Parágrafo único. O reconhecimento da efetividade das drogas vegetais poderá ser realizado com base no uso tradicional, a partir de experiências existentes no País e no exterior. (BRASIL/ANVISA, 2015).

Almejando orientar e ordenar a produção e comercialização de plantas medicinais e dos fitoterápicos no Brasil, duas publicações são significativas: a primeira, feita em conjunto pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), no ano de 2010, trata da 5ª edição da *Farmacopeia Brasileira*, que traz em seu escopo monografias de 57 plantas medicinais. Neste trabalho de elaboração da nova edição, foi feita uma abordagem diferenciada sobre as plantas medicinais, com a edição, em 2011, do “Formulário de Fitoterápicos da Farmacopeia Brasileira”, que complementa as normatizações da obra e traz “informações sobre a forma correta de preparo e as indicações e restrições de uso de cada espécie”. (BRASIL, 2011). É importante ressaltar que na primeira edição, em 1926, a *Farmacopeia Brasileira* contava com 713 monografias referentes a plantas medicinais e, na sua terceira edição, em 1976, contava apenas com 23 monografias de plantas medicinais. (BRANDÃO et al., 2006).

Outro importante marco legal, é a publicação pela ANVISA, em 2014, da Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) n. 26, de 13 de maio de 2014, que divide os fitoterápicos em duas classes: o produto tradicional fitoterápico (PTF) e o medicamento fitoterápico (MF). Ambos contam com normas e orientações de boas práticas de produção, critérios de segurança e efetividade, normatizando tanto a produção de um chá medicinal quanto de um extrato vegetal em cápsula. (BRASIL, 2014).

A diferença se dá em termos de critérios específicos para o registro de um ou outro produto junto à ANVISA. O medicamento fitoterápico (MF) segue critérios semelhantes a qualquer outro produto alopático, demandando estudos clínicos prévios. Já o PTF garante a sua segurança e efetividade através da comprovação da tradicionalidade de uso daquela planta

ou de seu componente para fins específicos. Para fins da RDC, o uso tradicional é “aquele alicerçado no longo histórico de utilização no ser humano demonstrado em documentação técnico-científica, sem evidências conhecidas ou informadas de risco à saúde do usuário”. (BRASIL, 2014).

A existência de um possível padrão referencial na comunidade é identificada em estudo realizado em Juiz de Fora/MG com usuários das unidades de ESF, verificando um elemento de segurança no âmbito da medicina tradicional ou popular, com os usuários se classificando em dois grupos. O primeiro, composto a partir de amostra domiciliar, e o segundo, formado por usuários referenciados pelo conhecimento que detêm sobre as plantas medicinais, e que sejam, eles mesmos, igualmente reconhecidos em suas comunidades de origem. Segundo a conclui a autora, o último grupo se destaca pelo fato de transferir seu conhecimento sobre plantas medicinais a familiares, amigos e vizinhos, ao passo que a maioria dos integrantes do primeiro grupo afirmou não ter compartilhado seu conhecimento com outras pessoas. (BORCARD, 2013).

3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS: práticas integrativas e complementares na atenção primária à saúde

As PIC's se correlacionam com o que a Organização Mundial de Saúde (OMS) denomina de Traditional and Complementary Medicines (T&CM), recursos considerados importantes para efetivar os cuidados em saúde, mas, de acordo com o WHO Traditional Medicine Strategy 2014/2023, são frequentemente subestimados em vários países. (WHO, 2013).

As PIC's são sistemas médicos complexos que,

[...] buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. (BRASIL, 2006, p. 10).

Institucionalmente, a declaração de Alma-Ata, de 1978, como marco na história da Atenção Primária a Saúde (APS), estabelece, no item 7 do artigo sétimo que: os cuidados primários em saúde terão como bases profissionais “médicos, enfermeiras, parteiras, auxiliares e agentes comunitários, conforme seja aplicável, assim como em praticantes tradicionais”. (UNICEF-BRASIL, 1979, p. 4). Ou seja, o documento não separa, no campo da

atenção primária à saúde, a biomedicina da medicina popular, pois entende que estes saberes são apropriados para responder às necessidades em saúde das comunidades.

Os princípios norteadores da APS constam de: responder às necessidades da população; orientar os serviços de saúde pela qualidade; atuar com responsabilidade; apresentar a prestação de contas; ter como perspectiva a justiça social, a sustentabilidade do sistema de saúde, a participação popular e a intersetorialidade. (ANDRADE, 2012). Para dar conta de atender a esta proposta, e com permeabilidade, países do terceiro mundo e subdesenvolvidos, antes de Alma-Ata, já a partir dos anos de 1960, lançavam mão de pessoas da comunidade para exercerem o papel de levar estes princípios da APS a indivíduos e famílias da comunidade. (PERRY, 2014).

A OMS defende, ainda, que a qualificação e o reconhecimento daqueles que aplicam práticas tradicionais em saúde têm relação direta com a segurança dos pacientes. E, em levantamento realizado com agentes pertencentes a países-membros da entidade, questionando sobre a utilização de formas de regulação das T&CM, 17% deles não responderam; 43,5% informaram não haver formas de regulação, e outros 43,5% relataram possuir tais formas de regulação das T&CM. Segundo este mesmo relatório, a maior dificuldade de regulação está no fato de que este conhecimento é transmitido via oral. (WHO, 2013).

No WHO Congress Traditional Medicine, realizado em Beijing, na China, foi elaborada declaração que, entre as várias deliberações, afirma que cabe às instituições governamentais estabelecer os sistemas de qualificação, acreditação ou licenciamento dos praticantes da medicina tradicional. A reunião recomenda ainda a integração da T&CM aos sistemas oficiais de saúde com foco em APS. (WHO, 2013).

Estas proposições foram corroboradas no Brasil em 2006, a partir da publicação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) e do Programa Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos (PNPMF). Tais recomendações objetivam agregar à rede assistencial do SUS alguns dos sistemas médicos complexos existentes no campo das Práticas Integrativas e Complementares (PIC), sintonizados com a perspectiva de promoção em saúde, com a escuta acolhedora e a construção vincular, critérios fundamentais à APS. Desta forma, favorecem a efetivação e o desenvolvimento de tecnologias leves e relacionais e o fortalecimento das relações não apenas com os usuários, mas também entre profissionais e serviços de saúde reciprocamente. (BRASIL, 2012).

Tanto a PNPIC como a PNPMF, ao objetivarem a agregação das PIC's ao SUS, propõem a inserção segura, eficaz e de qualidade quanto ao uso de plantas medicinais e

fitoterápicos, capaz ainda de promover e reconhecer o uso de remédios caseiros e plantas medicinais a partir do saber tradicional e popular. De acordo com estas mesmas políticas, cabe às instituições de ensino e pesquisa o papel de desenvolver estratégias de comunicação, formação e capacitação em relação ao manejo e aplicação das plantas medicinais e de fitoterápicos, estabelecendo como diretriz para o PNPIC:

Resgatar e valorizar o conhecimento tradicional e promover a troca de informações entre grupos de usuários, detentores de conhecimento tradicional, pesquisadores, técnicos, trabalhadores em saúde e representantes da cadeia produtiva de plantas medicinais e fitoterápicos. (BRASIL/PNPIC, 2006, p. 50).

Portanto, trata-se de uma política que busca integrar a medicina tradicional ao SUS, tendo como recurso fundamental o uso de plantas medicinais e fitoterápicos, viabilizando ações que promovam a formação e capacitação dos profissionais de saúde para a abordagem e manuseio destes recursos terapêuticos, sem perder de vista a dimensão tradicional e cultural que fundamenta a prática.

A ação política desenvolvida pela OMS nas últimas duas décadas resultou em significativa melhoria nos aspectos de segurança, normatização e implementação de políticas públicas entre os países membros. (BRASIL, 2012). No entanto, Contatore (2015), em levantamento sobre a produção científica na esfera internacional e nacional, relativa a PIC's e APS, no período compreendido entre 2002 a 2011, demonstrou que a aceitação da medicina tradicional e fitoterápica avança em ritmo mais lento, argumentando que “o crescimento das práticas junto à população segue outros valores para a sua validação enquanto forma de cuidado à saúde, como por exemplo, valores morais diferentes daqueles adotados pela comunidade científica”. (CONTATORE, 2015, p. 3267).

Segundo Galhardi (2013), no Brasil, a implementação da PNPIC vem sofrendo com a falta de recursos “pois não foram determinados valores, responsabilidades e fluxos para os recursos nas três esferas de governo”. (GALHARDI, 2013, p. 218). Esta situação acaba resultando em um isolamento desta política, o que fica demonstrado pelo fato de esta não ser tratada em documentos do Ministério da Saúde, entre os quais, o Pacto pela saúde, as Leis de Diretrizes Orçamentárias e as Normas Operacionais Básicas.

No entanto, este financiamento pode ter um caminho “de baixo para cima”, se iniciando na APS e, mais notadamente, na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Esta responde por grande número de experiências e ações com plantas medicinais e fitoterápicos no âmbito do SUS, sendo a equipe multiprofissional em saúde da família um elemento

importante, capaz de integrar o conhecimento popular e tradicional aos serviços de saúde e à rede assistencial. (BRASIL, 2012).

Outro marco institucional ocorre a partir da portaria GM, nº 886, de 20 de abril de 2010, que regulamenta as farmácias vivas no âmbito do SUS, seguindo o exemplo do estado do Ceará, que, em 1999, editou a política estadual para a implantação da fitoterapia em saúde pública. (BRASIL, 2012). As farmácias vivas integram o escopo da PNPIC na medida em que a fitoterapia é uma “modalidade das Práticas Integrativas e Complementares mais incidente no SUS” e que compreendem a maioria destas experiências. (BRASIL, 2012, p. 29).

As farmácias vivas são caracterizadas como serviços de saúde, presentes no SUS, principalmente através da ESF, regulamentadas pela RDC nº 18, de 03 de abril de 2013, a qual estabelece normas e parâmetros a serem observadas nas várias etapas da cadeia produtiva de plantas medicinais e fitoterápicos, fortalecendo o seu aspecto institucional (BRASIL, 2013), e, portanto, adequadas para integrar os fóruns de discussão e de planejamentos regionais do SUS.

Ainda neste sentido ascendente, tem-se um significativo movimento de gestão do SUS nos últimos dez anos, capaz de impactar positivamente a PNPMF na implementação das redes assistenciais de saúde (RAS). O decreto da Presidência da República nº 7508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a lei 8080, prevê, no art. 15, que o planejamento em saúde deve ocorrer de modo “ascendente e integrado, do nível local até o federal, ouvidos os respectivos Conselhos de Saúde, compatibilizando-se as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros”. (BRASIL, 2011, p. 2).

O decreto acima, em seu artigo 21, cria a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), que tem como foco catalogar todas as ações e serviços disponibilizados pelo SUS por localidade, com a perspectiva da integralidade assistencial em saúde. (BRASIL, 2011). Portanto, trata-se de um instrumento legal que abre a possibilidade para que serviços e ações como as farmácias vivas integrem as RAS, constituindo objeto de financiamento na perspectiva regionalizada.

Considerando a implementação de serviços regionalizados, o Ministério da Saúde, a partir da Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que “tem por objetivo apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica/Saúde da Família”. (BRASIL, 2010, p. 10). O NASF é composto por profissionais de diferentes áreas do conhecimento em saúde, objetivando a atuação conjunta com os profissionais da ESF, tendo, ainda, entre as suas diretrizes estratégicas, a consumação das PIC's no âmbito da ESF. (BRASIL, 2010).

Nas diretrizes do NASF, apropriadas à discussão, planejamento e gestão regionalizada, observa-se a importância, para o fortalecimento da medicina tradicional, de “realizar mapeamento dos saberes populares existentes nos territórios, com a participação de todos os sujeitos envolvidos” e de “valorizar a atuação do Agente Comunitário de Saúde como agente intercultural e promotor da saúde”. (BRASIL, 2010, p. 121 e 122).

Caracterizando uma perspectiva que deixa o aspecto assistencial dos profissionais do NASF para “quando necessário”, essa concepção privilegia a construção vincular dos profissionais da APS com a comunidade, possibilitando explorar métodos e discursos científicos pertencentes a outros campos do saber que não somente os biomédicos - como por exemplo, na linha antropológica -, nos fóruns de planejamento e gestão do SUS.

Em Juiz de Fora, a presença das práticas integrativas e complementares na saúde pública do município começa a ser observadas em dezembro de 1995, com a criação do Serviço de Homeopatia, o qual evoluiu, em 2002, para o departamento das Terapêuticas Não-convencionais, integrando outras práticas terapêuticas. Hoje, o departamento é denominado Departamento de Práticas Integrativas e Complementares (DPIC) e conta com atendimento em Homeopatia e Acupuntura. (ESTRELA e CAMPOS, 2017).

Quanto à fitoterapia, o departamento, no início dos anos 2000, fez levantamento de informação em base comunitária sobre atendimentos que envolvessem a indicação do uso de plantas medicinais, tendo entre os parceiros a Pastoral da Saúde. Observou-se que pessoas leigas prescreviam plantas medicinais em espaços públicos disponibilizados no município, sobretudo, nas igrejas. Deste mapeamento, resultou também a identificação de significativo número de ACS's entre estes leigos, trabalhando com plantas medicinais fora do seu espaço de atuação profissional como ACS. (ESTRELA, 2017).

Ainda assim, o departamento, diante deste achado, procurou à época a Subsecretaria de Atenção Primária a Saúde (SSAPS), responsável pelo trabalho dos ACS's, visando iniciar um diálogo e a parceria entre o DPIC e a Subsecretaria de APS do município. O departamento avançou neste processo de articulação intra e interinstitucional, estabelecendo parcerias não só com a SSAPS, mas também com a Secretaria Municipal de Agropecuária e a Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), resultando na criação de um formato de arranjo produtivo local de plantas medicinais. (ESTRELA, 2017).

A partir dos dados levantados é possível afirmar que, na primeira metade da década de 2000, em Juiz de Fora, no âmbito da administração pública municipal, se empreenderam esforços para identificação de leigos envolvidos com a medicina tradicional e para o registro das plantas medicinais utilizadas no município, evoluindo para ações de cultivo seguro e de

certificação das plantas medicinais, que foram disponibilizadas, até o ano de 2006, em quatro unidades básicas de saúde de Juiz de Fora. (ESTRELA, 2017).

Barreto (2011), em estudo sobre a fitoterapia no município, traz a fala de um dos médicos, acima citado, que testemunhou este trabalho à época, e que é transcrita a seguir: “E, a gente trabalhou um bom tempo, e é muito interessante. Porque o pessoal aceitava muito bem, as agentes de saúde que faziam o aconselhamento, elas atendiam do lado de lá, foi uma época que deu tudo bem [...]”. (BARRETO, 2011, p. 58).

Apesar do posicionamento favorável, conforme relata Estrela (2017), esta relação do ACS com a equipe de Atenção Primária à Saúde não foi nada simples, pois o fato do agente comunitário receitar plantas medicinais gerou resistência entre os demais profissionais das equipes da ESF e na própria subsecretaria de APS, acarretando a interrupção deste trabalho pelos ACS, que, segundo avalia Estrela (2017), ficou sem lugar no projeto. Porém a experiência teve seu lado positivo, provocando a discussão sobre plantas medicinais e levando a discussão para dentro da equipe.

Atualmente, o Plano de Saúde do município de Juiz de Fora para o período 2014-2017, coloca como única diretriz para a fitoterapia a construção e montagem do laboratório farmacêutico para produção de fitoterápicos, ainda não iniciado. (JUIZ DE FORA, 2014). E está em andamento a implementação de arranjo produtivo local, cujos recursos foram conseguidos a partir de edital do Ministério da Saúde e do qual participo desde setembro de 2016 enquanto profissional do DPIC, visando produção de fitoterápicos através da compra de insumos pela prefeitura municipal de Juiz de Fora e produção pela faculdade de farmácia da UFJF, para serem prescritos a partir de algumas UAPS do município.

3.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

A China, nos anos de 1920, diante da carência de recursos assistenciais para atender sua numerosa população rural, implementou ações de recrutamento de trabalhadores comunitários em saúde - os quais eram analfabetos - , que passaram a ser treinados por um período de três meses para desenvolver cuidados básicos em saúde em suas localidades. Apesar desta ação, nos anos 1950, os serviços de saúde ainda eram escassos para atender todos os 500 milhões de habitantes das zonas rurais (ZHANG, 2008), dada a realidade de imensa desigualdade verificada entre a área urbana e a rural. (PERRY, 2014).

Nos anos 1960, com o crescente reconhecimento da incapacidade do modelo da medicina ocidental em prover cuidados em saúde às populações pobres e residentes na zona

rural (PIRES-ALVES, 2008 e PERRY, 2014), continuava e crescia na China o movimento para expandir a assistência em saúde para a zona rural, através do modelo de trabalhadores comunitários. Este modelo, agora em outra conjuntura política e dentro da revolução cultural chinesa, resultou no programa “Médicos pés descalços”, que conta com indivíduos com formação secundária, treinados por um período de seis meses pelos serviços regionais de saúde, e destes partindo para as cooperativas de trabalhadores rurais, que, em 1960, abarcavam 90% de pequenas cidades chinesas, onde, além de trabalhar na atividade agrícola, exerciam a atividade assistencial em saúde. (ZHANG, 2008 e MIYASAKAI, 2008).

Sua atuação compreendia ações assistenciais em saúde, com o emprego de plantas medicinais, acupuntura, prescrição de antibióticos, atendimento ao trabalho de parto e até mesmo realização de pequenas cirurgias. Apesar do baixo nível de serviço em termos de técnica e instrumentos médicos, o programa de “Médicos pés descalços” atuou com custos efetivamente reduzidos e forneceu tratamento oportuno para a população rural, tendo importante papel na redução da mortalidade materna e infantil na China. (ZHANG, 2008; PERRY, 2014; MIYASAKAI, 2008).

O conceito “médicos pés descalços” ganhou a atenção de outros países do mundo, sendo, juntamente com o movimento católico da Teologia da Libertação, considerado responsável pelo surgimento dos trabalhadores comunitários em saúde na América Latina, a partir dos anos 1960, onde eram chamados de ‘promotores de saúde’. Nos anos de 1970 e 1980, no ocidente, são registrados programas em larga escala para a implantação da atividade destes trabalhadores comunitários em países como Honduras, Guatemala, Peru e Brasil. (PERRY, 2014).

Voltando aos anos 1920, agora no Reino Unido, destaca-se outro movimento sobre proposta de modelo de atenção em saúde, que teria importante papel na elaboração das políticas públicas em saúde em todo o mundo, na segunda metade do século passado. Trata-se do relatório Dawson, cuja elaboração se deve à demanda do governo inglês, à época, “fruto do debate de mudanças no sistema de proteção social depois da Primeira Guerra Mundial” (KUSCHNIR e CHORNY, 2010, p. 2308).

Inicialmente, Dawson evidencia as mudanças na abordagem de patologias - como a apendicite por exemplo -, anteriormente tratadas com cataplasmas e medicamentos, mas que naquele momento histórico, diante dos avanços tecnológicos da medicina, começam a demandar recursos tecnológicos, equipe profissional e custos diferenciados. Seu relatório propõe a definição de atribuições para serviços distintos de saúde, em um formato regionalizado, e onde foram cunhados termos como “serviço de atenção primária em saúde”,

que atenderiam, de forma regionalizada, com médicos generalistas e de fácil acesso à comunidade. Propõe ainda que estes serviços de atenção primária à saúde passassem a contar com “la ayuda de servicios auxiliares como los del farmacéutico, enfermeras, parteras y visitadoras”. (DAWSON, 1964, p. 9).

De acordo com Kuschnir e Chorny (2010), a proposta feita por Dawson não obteve o apoio necessário em um primeiro momento, não tendo sido implementada. Mas, novamente, em um novo período de pós-guerra, em 1948, com a vitória do Partido Trabalhista na Inglaterra, foi criado o *National Health Service*, o qual seguiu as orientações do relatório Dawson e construiu o modelo de atenção em rede assistencial em saúde, modelo este que “foi seguido por todos os países que construíram sistemas nacionais de saúde, como os nórdicos e o Canadá, com as devidas adaptações às especificidades locais.” (KUSCHNIR e CHORNY, 2010, p. 2310).

Coube à Organização Mundial de Saúde capitanear estes movimentos mundiais, e outros não citados, e promover a Conferência Mundial de Saúde de Alma-Ata, realizada em 1978, na antiga União Soviética. Naquele evento, ficou estabelecido a relevância da Atenção Primária à Saúde (APS) para todos os países, qualquer que seja o seu nível de desenvolvimento econômico, assim como o que “é fundamentalmente assistência sanitária posta ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade”. (ANDRADE et al., 2012, p. 784).

A APS no Brasil conta também com seus marcos históricos, seja em políticas de governo ou em movimentos sociais. Entre as ações decorrentes de políticas de governo, cita-se o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), da segunda metade dos anos 1970, pela sua importância na discussão e enfrentamento entre modelos de atenção em saúde no interior do poder executivo e nas três esferas de governo, ou seja, entre aqueles responsáveis pelo planejamento e gestão dos recursos públicos em saúde.

Referente ao PIASS, sabe-se que o “[...] modelo defendido pelo grupo do IPEA e pela Secretaria Geral do Ministério da Saúde não diferia do modelo preconizado por organismos internacionais para programas de medicina comunitária e de extensão de cobertura”. (ESCOREL, 2009, p. 164). Mas, por outro lado, conflitou com a antiga Fundação Serviço de Saúde Pública, órgão do Ministério da Saúde, quanto ao modelo de atenção médico-sanitária, e com o extinto Instituto Nacional de Previdência Social quanto ao modelo de financiamento das ações em saúde.

O PIASS tinha entre suas premissas a regionalização das ações em saúde e o amplo recrutamento de pessoal, como profissionais auxiliares, por exemplo, dentro da própria

comunidade, se opondo ao modelo centrado no hospital, sendo, portanto, o “palco e bandeira de luta do movimento sanitário, que cresceu como força política e na elaboração de uma proposta alternativa de organização dos serviços de saúde”. (SCOREL, 2009, p. 178).

Falar sobre o Movimento Sanitário dos anos 1980 se torna fundamental ao situar alguns princípios deste coletivo, que são básicos para o presente trabalho. Paim (2012), ao abordar este movimento ressalta o crescimento das mobilizações sociais entre os anos 1970 e 1980, com a proposta de democratização da saúde, chegando, em 1988, na VIII Conferência Nacional de Saúde, na qual a,

[...] ‘reforma sanitária’ foi a denominação que substituiu aquela do movimento da democratização da saúde” e discutiu “conceitos como ‘determinação social da saúde-doença’ e ‘organização social das práticas de saúde’, além de noções como ‘consciência sanitária’, ‘promoção da saúde’ e ‘intersetorialidade’. (PAIM, 2012, p. 10).

Estes conceitos levaram a Constituição Brasileira, promulgada em 1988, a estabelecer,

[...] um sistema de saúde dinâmico e complexo (o Sistema Único de Saúde – SUS), baseado nos princípios da saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado. O SUS tem o objetivo de prover uma atenção abrangente e universal, preventiva e curativa, por meio da gestão e prestação descentralizadas de serviços de saúde, promovendo a participação da comunidade em todos os níveis de governo. (PAIM, 2011, p. 11).

Entre os movimentos sociais nesse sentido, a Pastoral da Saúde, vinculada à Igreja Católica, talvez seja um dos principais movimentos na área de saúde que, a partir da década de 1980, agrega uma visão política, sociocultural e ambiental, ao determinar que deveria iniciar e construir suas ações a partir do conhecimento popular. De acordo com as exigências da Conferência de Puebla, embasada na Teologia da Libertação e financiada por entidade auxiliadora episcopal pertencente à comunidade católica alemã, a Pastoral da Saúde se destacou em ações comunitárias e na formação de seus agentes de saúde no Brasil do século XX. (MACHADO, 2014).

Sobre a Pastoral da Saúde, naquele momento histórico, houve, portanto, uma mobilização de recursos vinculados à Igreja Católica que, entre suas ações, passava a formar,

[...] Agentes da Pastoral da Saúde, ou seja, pessoas leigas que passariam a atuar em nome de um grupo religioso da Igreja Católica e desenvolvendo atividades na área da saúde, [em espaços que] não seriam necessariamente os lugares onde comumente se encontrariam pessoas doentes, tais como, hospitais ou postos de saúde. (MACHADO, 2014, p. 154).

Perry (2014) afirma que os trabalhadores leigos e de origem comunitária em saúde estão presentes em todo o mundo, mas, notadamente, nos países de baixa e média renda, e traz, em seu texto, a definição do *US Labor Department* para este trabalhador com quem busca promover comportamentos saudáveis na comunidade, dar voz ativa às demandas e necessidades locais de saúde frente aos órgãos instituídos, se configurando em um profissional de interlocução entre comunidades e os serviços de saúde.

No Brasil, a partir de 1994, objetivando a efetivação dos princípios da APS, buscou-se um modelo de operacionalização “mediante estratégias/ações preventivas, promocionais, de recuperação, reabilitação e cuidados paliativos” (ANDRADE et al, 2012, p. 804), a partir da criação, pelo governo federal, do Programa Saúde da Família (PSF), o qual, mais tarde, e através da portaria nº 648, de 28 de março de 2006, passou a ser considerado estratégia de organização da atenção básica.

Ainda segundo Andrade (2012), as equipes de saúde da família inseridas na comunidade deveriam organizar tais estratégias no contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico local, afirmação que é respaldada por trabalhos que “têm demonstrado a pertinência em usar a própria organização social do grupo para trabalhar programas de intervenção em saúde”. (DUNCAN, 2013, p. 69).

O reconhecimento institucional do termo Agente Comunitário de Saúde (ACS) pelo governo brasileiro ocorre com o estado do Ceará que, na segunda metade da década de 1980, executou um modelo de APS que atingiu excelentes resultados na área de saúde materno-infantil, contando com um efetivo de seis mil mulheres e 235 enfermeiras supervisoras. Desde então, “o governo brasileiro resolveu adotar a experiência para todos os Estados do Nordeste em 1991 e, a partir de 1994, ampliou o trabalho dos ACS para todo o território nacional” segundo Duncan (2013, p. 153), através do PSF e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

O diálogo com a comunidade passa a ser uma ferramenta básica visando melhorar o acesso da população, estabelecendo ações adequadas às suas necessidades e ordenando a rede de atenção em saúde a partir das demandas dos próprios usuários, que, segundo Cecílio (2009), podem ser vistas de forma taxonômica e descritas em quatro tipos a saber, relacionadas aos seguintes aspectos: gozar de boas condições de vida; ter oportunidade de acessar e adquirir tecnologias visando melhorar e prolongar a vida; criar vínculos e buscar a autonomia de vida, assim como na própria forma de gerir a sua saúde.

Os termos aproximação e acessibilidade na APS merecem uma discussão quanto aos aspectos que os caracterizam no campo da saúde: porta de entrada e acolhimento. A

denominação “porta de entrada” para APS é discutida por Sarsfield (2004) e sua utilização antecede o encontro de Alma-Ata, sendo empregada nos EUA no sentido de controle do acesso dos usuários às especialidades médicas, constituindo uma forma de monitorar os custos destinados à atenção em saúde. Neste sentido, a APS pode se configurar principalmente como uma barreira de acesso.

Para Starfield (2004, p. 535), a APS, sustentada apenas como visão biomédica, empregada no sentido de porta de entrada “tem limitações evidentes”, cujo principal argumento reside no fato de que a medicina baseada em evidências, assim como os estudos duplo-cego placebo controlados por meio de metodologia quantitativa e baseados em métodos estatísticos, fortalece, segundo Messac (2014), uma postura anti-subjetiva e politicamente neutra. Na visão dos autores, o enfoque populacional e a inserção de métodos etnográficos na abordagem em saúde promovem a interação de aspectos políticos, o resgate do “olhar clínico” e a introdução do conceito de vulnerabilidade social na prática da APS.

O segundo aspecto, o do acolhimento, vem sendo estimulado na APS através da ESF, visando a melhorar o acesso da população e otimizar o processo de trabalho em equipe (GARUZI, 2014). Neste artigo de revisão, o acolhimento surge não como uma ferramenta, mas como “uma postura de escuta com compromisso de dar uma resposta às necessidades de saúde trazidas pelo usuário”. (GARUZI, 2014, p. 146). Esta abordagem remete à integralidade da atenção a partir da necessidade manifesta do usuário no encontro com o profissional/equipe de saúde, quando este último disponibiliza suas tecnologias leves, leves-duras e duras para promover a “integralidade da atenção no espaço singular do serviço – integralidade focalizada – pensada como parte de uma integralidade mais ampliada que se realiza numa rede de serviços de saúde ou não”. (CECÍLIO, 2009, p. 121).

Mesmo que inicialmente a proposta de trabalho em equipe multiprofissional seja concebida de forma complementar ao trabalho médico, a mudança do perfil demográfico (envelhecimento) e epidemiológico (doenças crônicas e não transmissíveis) “tem criado a necessidade de uma abordagem da atenção primária que é mais ampla” (STARFIELD, 2004, p. 168), necessidade esta que, segundo Silva (2013), tem sido objeto de trabalho no Brasil apenas na atenção primária a saúde.

Na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o acolhimento das demandas relatadas no encontro profissional-usuário constitui a tarefa primeira a ser compartilhada pela equipe multiprofissional, objetivando: “praticar cuidado familiar e dirigido às coletividades e grupos sociais que visa a propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias, das coletividades e da própria comunidade”. (PNAB, 2012, p.

44). Para este fim, é fundamental a abordagem dos problemas psicossociais e sociocomunitários, tendo como perspectivas a promoção de saúde e a educação permanente, enquanto construção dialógica do saber em saúde-doença, isto é, como ferramenta essencial ao processo de trabalho da ESF. (TESSER, 2011).

Para Merhy (1998, p. 5), a APS conta com recursos tecnológicos que “são praticamente inesgotáveis, pois fica centrada no trabalho vivo que, enquanto tecnologia de caráter relacional, produz um compromisso permanente com a tarefa de *acolher, responsabilizar, resolver, autonomizar*”. (Grifos do autor). Marsiglia (2015), indo ao encontro desta afirmação de Merhy, questiona se não seria interessante a identificação pela equipe de saúde da família, não apenas dos recursos existentes na comunidade, mas também dos “[...] tipos de relações de vizinhança estabelecidas, as experiências anteriores de solidariedade, para incentivar a formação de redes sociais que deem suporte às famílias mais vulneráveis[...]” (MARSIGLIA, 2015, p. 195).

Entre as atribuições da equipe de saúde da família no processo de cadastramento dos núcleos familiares da área está a classificação de risco das mesmas, levando em conta as condições patológicas de seus membros, as condições socioambientais e os riscos a que estas se encontram expostas, visando evidenciar as condições de maior ou menor vulnerabilidade social. (MARSIGLIA, 2015). Visando cumprir este objetivo, a construção e implementação de uma equipe com distintos profissionais se justifica na medida em que “a proposta da ESF enfatiza o trabalho em equipe como forma de se articular diferentes saberes e práticas na produção do cuidado em saúde”. (GUANAES-LORENZI e PINHEIRO, 2016, p. 2544).

Observa-se, no entanto, que o avanço no desenvolvimento da abordagem dialógica e integrada de diferentes habilidades e competências profissionais se defronta com uma realidade em que as equipes de saúde em APS não têm sido preparadas para, além do reconhecimento, realizar a abordagem desta realidade, o que resulta na indicação de que a aplicação desta abordagem aponta “para a necessidade de constituição de novas especialidades no interior das profissões da área de saúde. (MARSIGLIA, 2015, p. 196).

Como mais um fator limitante, a biomedicina, ainda que uma importante conquista no campo da saúde, torna-se um grande entrave à inserção das novas tecnologias na APS, na medida em que coloca as patologias como o elemento central, com a “existência independente no ideário biomédico”. (TESSER e LUZ, 2008, p. 200). Sob esta ótica, o sentido da integralidade, princípio doutrinário do SUS, passa a ser associado ao consumo de diferentes serviços e recursos propedêuticos e terapêuticos que se refletem, segundo Mehry (1998), em uma subjugação e quase irrelevância da dimensão cuidadora e dos demais campos

profissionais à lógica de atuação médica, sendo que também o médico vivencia sua própria dimensão cuidadora em segundo plano.

Diante deste aparente conflito, e voltando a Alma-Ata para abordagem do tema sobre o Agente Comunitário de Saúde (ACS), foi proposto naquela conferência que “[...] é vantajoso que esses agentes de saúde não só sejam naturais da comunidade em que vivem como também pela mesma escolhidos, de modo a contar com o apoio comunitário”. (UNICEF, BRASIL, 1979, p. 51).

O ACS é um profissional no campo da saúde, cuja estrutura, recursos e fonte de saber são compartilhados com a comunidade com a qual irá trabalhar, o que se constitui em diferencial, pois:

As ACS conhecem as pessoas, as particularidades, a linguagem e os problemas da comunidade. Esta integração cultural que falta para os profissionais graduados em nível superior proporciona para as agentes uma comunicação muito mais fácil e decisiva com os usuários da unidade. (BARRETO, 2011, p. 58).

As limitações decorrentes da hegemonia do modelo biomédico têm sido contrabalanceadas por ações como a visita domiciliar e com a existência da própria equipe multiprofissional, principalmente na atuação e presença dos ACS, na medida em que, a partir deles, alteram-se o campo de visão e as “lentes” utilizadas para acessar e abordar a realidade. (TESSER; SOUZA, 2012). Enquanto olhar singular dentro da ESF, o ACS compreende uma nova categoria profissional em saúde, gestada no mundo inteiro ao longo dos últimos 50 anos a partir de experiências de provimento de cuidados básicos com a saúde por parte de agentes comunitários, cujas ações e ferramentas variam do manejo clínico de doenças prevalentes até as ações de promoção em saúde. (DUNCAN, 2013).

Evidências têm demonstrado que o trabalho do ACS em países com diferentes condições socioeconômicas tem-se mostrado efetivo em melhorar as condições de saúde das populações favorecidas por esta intervenção profissional, e capaz de fortalecer a vinculação da comunidade com seus respectivos serviços de saúde. (PERRY et al., 2014). Os autores afirmam ainda que tal efetividade não se dá sem o pleno suporte do sistema de saúde e a parceria com as suas respectivas comunidades.

Exemplo desta atuação do ACS para a melhoria das condições de saúde da população é o “Projeto Ambientes Verdes e Saudáveis: construindo políticas públicas integradas na cidade de São Paulo”. Souza e Parreira (2010) descrevem essa política da prefeitura de São Paulo, que tem por objetivo promover a saúde através da criação de ambientes saudáveis. Entre as ações implementadas, o treinamento de 6.000 ACS, por meio de parcerias

institucionais, resultou na formação de 83 educadores, cuja proposta pedagógica se comprometia em fazer mediações cooperadas, solidárias e transformadoras. Na avaliação dos autores, há que se valorizar os sujeitos promotores de saúde, neste caso, o ACS's, que identificam formas comunitárias de expressão de suas próprias necessidades e as maneiras de atendê-las.

Ainda em 1994, com a criação do Programa Saúde da Família (PSF), o ACS passa a incorporar a equipe mínima do PSF. Cabe-lhe integrar os saberes e práticas comunitários necessários ao desenvolvimento e à efetivação da promoção da saúde, da participação popular e do fortalecimento da autonomia do usuário, bem como da família e da comunidade no processo saúde-doença e no processo de trabalho. (DUNCAN, 2013, p. 156).

Sua atividade profissional foi introduzida na Constituição Federal e regulamentada pela administração pública a partir da emenda constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e da lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006.

A lei acima citada, no art. 3º, dispõe que o ACS possui as seguintes atribuições:

- I - A utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sócio-cultural [sic] da comunidade;
- II - a promoção de ações de educação para a saúde individual e coletiva;
- III - o registro, para fins exclusivos de controle e planejamento das ações de saúde, de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde;
- IV - o estímulo à participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;
- V - a realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família; e
- VI - a participação em ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida. (BRASIL, CF, 2006).

Também estabelece que o ACS terá de preencher os requisitos que se seguem para o exercício da sua atividade, no art 6º da mesma lei.

- I - Residir na área da comunidade em que atuar, desde a data da publicação do edital do processo seletivo público;
- II - haver concluído, com aproveitamento, curso introdutório de formação inicial e continuada; e
- III - haver concluído o ensino fundamental. (BRASIL, CF, 2006).

O Brasil se tornou uma referência mundial quando o tema é ACS, graças ao sucesso alcançado e ao reconhecimento mundial deste programa. (PERRY, 2014). Em termos numéricos, em dezembro de 2015, a ESF contava com 40.162 equipes de saúde da família implantadas junto ao Ministério da Saúde, e com uma cobertura populacional estimada em 72% da população brasileira. Quanto aos ACS's, no mesmo período, estes somam 266.217

profissionais, com uma cobertura de 77% do território nacional. Em Juiz de Fora, o mesmo levantamento estimou 91 equipes de saúde da família e 480 ACS's, perfazendo uma cobertura populacional de 60% e 53%, respectivamente (PORTAL DA SAÚDE/DAB, 2016).

Recente artigo publicado no *New England Journal of Medicine* afirma que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil resultou em significativa melhoria nas condições de saúde infantil, com redução na mortalidade causada por doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, e diminuição nas internações por condições sensíveis à atenção primária a saúde. Sugere ainda que a inovação mais importante no contexto da ESF seja a inclusão do ACS na equipe de trabalho em saúde da família. (MACYNKO, 2015).

Tal afirmação sobre o impacto positivo da ESF e do ACS na saúde materno-infantil e nas doenças crônicas no Brasil é compartilhada por Barros (2015). Este mesmo autor, comparando o sistema de saúde brasileiro com o da província de Quebec, no Canadá, cujo modelo também é baseado na APS, afirma ter o Brasil alcançado maior sucesso, sendo a chave deste êxito a atuação do ACS, ao representar um contraponto à hegemonia biomédica – referindo-se aqui ao profissional que atua com uma característica, portanto, contra-hegemônica.

3.4 ANTROPOLOGIA DA SAÚDE E O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

A hegemonia da qual se fala aqui, remonta ao século XVI, testemunha do avanço da cultura europeia sobre o mundo, impondo os princípios cristãos e econômicos. De acordo com Borda (2000), as ações cruéis e destrutivas empreendidas na América e África nesta fase de colonização, mesmo assim, foram identificadas como propostas de modernidade e desenvolvimento, embora gerassem desigualdade social e acumulação de riquezas, passando a classificar países e populações a partir de valores de renda *per capita*.

Pois, mesmo ciente do desenvolvimento e dos progressos alcançados com esta supremacia cultural europeia, Wallerstein (1995, p. 22) asseverava que os “últimos quinhentos anos leva-me a duvidar que o nosso sistema-mundo moderno seja um exemplo de um progresso moral substancial, e a pensar que se tem tratado, muito mais provavelmente, de um exemplo de regressão moral”. Aqui se fala de uma mudança do olhar sobre o local e o tempo em que os indivíduos vivem, que traz elementos éticos e culturais como valores fundamentais, onde o tempo-espço são configurações sociais concretas, e em que a diversidade faz parte da normalidade.

Borda (2000) traça uma análise na qual, apesar de reconhecer os aspectos destrutivos do progresso e do desenvolvimento, observa a criação de condições de organização e utilização do tempo e espaço nos países do Hemisfério Sul que conseguem impactar positivamente aspectos críticos relacionados à pobreza. Trilhar este caminho epistemológico, segundo Leff (2015), demanda a descolonização do conhecimento para desconstruir a leitura e a justificativa de processos e de valores que corroboram com mecanismos de exploração da economia globalizada, e para permitir, por outro lado, a revitalização das potencialidades culturais e ecológicas das pessoas nos seus territórios, com modelos alternativos de pensar, produzir e ser.

Ainda de acordo com Leff (2015), o processo de reconstrução do conhecimento tradicional ocorre a partir do encontro entre diferentes racionalidades, permitindo um diálogo e uma hibridização cultural entre novas formas de identificação e uma racionalidade ambiental alternativa e sustentável.

Esta hibridização cultural não tem afetado os aspectos místicos e espirituais dos povos do Hemisfério Sul, constituindo-se, através da persistência de práticas exercidas por curandeiros e raizeiros, por exemplo, numa força contra-hegemônica. (Borda, 2000). Propõe, este mesmo autor, que o caminho de maior sucesso neste processo de hibridização é o de converter os elementos culturais e o saber tradicional em políticas públicas e ações econômicas, na medida em que expressões culturais locais mantêm a capacidade de resistir e subverter axiomas do capitalismo e da modernidade.

Mesmo na sociedade moderna, para a qual as verdades científicas sejam determinantes na construção de relações sociais, esta mesma sociedade não abriu mão, segundo Moraes (2006, p. 63), de instrumentos como a imaginação, que, ainda, segundo o autor, traduz o mundo ao nosso redor, estabelecendo “critérios de beleza, de verdade, de valor ou de desvalor sobre as coisas e sobre as pessoas que nos cercam”. De acordo com Canguilhem (2006), a vida humana sempre foi e continua sendo espontaneamente valorizada a partir das técnicas, das artes, das mitologias e das religiões, mesmo depois do surgimento da ciência. A existência destes valores na comunidade é discutida por Martins (2005), para quem a crítica de Durkheim e Mauss ao pensamento utilitarista e mercantilista,

[...] constitui, certamente, uma das principais fontes de inspiração teórica para se pensar, hoje, o surgimento de uma sociedade civil mundial, regionalmente diferenciada, que se expande fora dos domínios próprios do Estado e do mercado e valoriza novas perspectivas para compreensão da sociedade a partir dos movimentos da base (MARTINS, 2005, p. 49).

Para Martins (2005), a sociedade moderna não abriu mão, também, de formas antigas de relações sociais, alianças e estabelecimento de vínculos. A partir desta visão, toda produção dentro de uma comunidade carrega elementos imateriais simbólicos e em vários âmbitos da atividade humana, promovendo, mais especificamente no campo da saúde, que o itinerário terapêutico se redesenhe além da biomedicina, sendo esta “a contribuição particular da Antropologia para o território da saúde” (ANDRADE, 2010, p. 506). Desta forma, e diante deste desafio de buscar compreender este dinâmico itinerário terapêutico no âmbito familiar e no comunitário “talvez se faça necessária uma nova disponibilidade dos mediadores com relação às classes populares: para compreender as implicações destas manifestações de solidariedade e apoio mútuo como formas de organização popular” (VALLA, 2000, p. 267).

A abordagem antropológica no contexto da atenção em saúde, tem um importante marco no pós-guerra, a partir do interesse, principalmente anglo-saxão, em compreender hábitos e costumes nos países subdesenvolvidos, tendo em vista que,

O estranhamento das culturas indígenas e subdesenvolvidas pelos sanitaristas de formação campanhista, e as resistências das populações locais em adotarem normas de conduta não condizentes com sua cosmologia, exigiram investimentos antropológicos no sentido de buscar pontos de consenso” (MYNAIO, 1998, p. 32).

Neste sentido, Uchoa (1994) afirma que a mediação cultural é a única forma de se acessar “as desordens, sejam elas orgânicas ou psicológicas”. (UCHOA, 1994, p. 500). Esta visão trouxe importantes contribuições, como os conceitos de *disease*, *illness* e *sickness*, o primeiro designando a visão biomédica da doença, o segundo trazendo a noção de subjetividade para a compreensão do processo saúde-doença e o terceiro como expressão cultural para doença. (MINAYO, 1998; DUNCAN, 2013). Estes conceitos surgem no pós-guerra, ainda de uma forma etnocêntrica, juntamente com o que foi denominada ciência da conduta, uma “corrente funcionalista da sociologia, voltada para a adequação de normas, saberes e linguagem médica aos diferentes contextos leigos, em particular ao dos povos colonizados e subdesenvolvidos” (MINAYO, 1998, p. 32).

Um pouco mais tarde, a partir dos anos 1970, a corrente antropológica francesa faz um contraponto à corrente hegemônica americana, ao propor “uma leitura mais social e política daquilo que fundamenta a relação dos indivíduos e dos grupos com a saúde” (FAINZANG, 2012, p. 161), caminhando para uma leitura antropológica relativizadora e que não incorra na postura etnocêntrica da qual a prática médica encontra-se bastante impregnada. (DUNCAN, 2013, p. 67). Fato é que - e concordando com Fainzang (2012) -, do ponto de vista

antropológico, considera-se necessário criar uma distância crítica na abordagem da biomedicina, que deve contar com a ajuda da antropologia para superar esta condição de disciplina voltada para o outro, aceitando “[...] renovar seu processo de observação e, notadamente, [encarando] a possibilidade de dirigir o olhar para a nossa própria sociedade”. (FAINZANG, 2012, p. 162).

Mais especificamente, a etnomedicina, enquanto domínio da antropologia em saúde, propõe um olhar envolvendo todo comportamento relativo à doença e ao seu tratamento, sem referenciá-lo aos parâmetros da medicina oficial como único valor ou forma de medição. Para Genest (1978), a etnomedicina se “ocupa” de tudo que “ocupa” a função de terapeuta no interior de uma sociedade na medida em que, tanto na família como na comunidade, se atribuem “a determinados membros as funções vinculadas aos cuidados de saúde e doença”. (DUNCAN, 2013, p. 69).

E dirigir o olhar para esta dinâmica comunitária pode auxiliar a compreender proposições capazes de modificar a prática assistencial e presentes na PNPIC, como a que reconhece que,

[...] a fitoterapia promove o vínculo e aproximação entre trabalhadores da saúde e comunidade e torna a relação mais horizontal, reforçando o papel da ESF como primeiro contato do usuário com o SUS, assim como a ampliação das ofertas de cuidado favorece o princípio da integralidade em saúde. (BRASIL, 2012, p. 33).

Enquanto princípio do SUS, a integralidade, no contexto aqui colocado, enfatiza menos os recursos da biomedicina, dirigindo o olhar mais propriamente para aquela infinidade de situações existentes entre a saúde plena e a doença/morte, nas quais “o doente é mais exigente quanto à empatia, à relação humana e ética envolvidas no ‘pacto de cura’ do que quanto à compreensão da interpretação e da ação propostas pelos curadores”. (LUZ e TESSER, 2008, p. 197). A ampliação da clínica para além dos referenciais biomédicos é um caminho que deve ser trilhado e,

[...] pressupõe a existência de espaços coletivos, nos quais os profissionais, em equipe, possam exercitar sua capacidade de analisar e intervir em conjunto, refletindo sobre os efeitos de suas práticas, sobre o que se passa na relação entre a equipe e entre a equipe e os usuários, e deliberando coletivamente sobre isso. (CAMPOS, 2014, p. 991).

Porém, de que prática está-se falando? A prática fala da ação humana concreta e, segundo Acioli (2009, p. 165) “as práticas ocorrem em lugares, são relações que acontecem em um espaço, no qual é preciso conviver e reconhecer as ações do grupo”. Esta mesma

autora divide a prática em duas categorias, a partir de conceitos formulados por Certau (teólogo e historiador francês), sendo elas a estratégia e a tática. A primeira pressupõe uma ação atrelada a uma estrutura de poder, e a segunda diz respeito a ações capazes de alterar uma estrutura de poder.

Assim, é importante reconhecer aqui, o jogo de forças capazes de construir redes, relações e possibilidades de cuidado em saúde entre instituídos e instituintes, com relação às quais Franco (2006) discute a perspectiva de diversificação dos processos de trabalho no interior de uma equipe de saúde, proveniente de uma maior presença de tecnologias relacionais, “em que os sentidos operam junto com os saberes”, trazendo para a discussão o aspecto de incerteza presente e inerente à efetividade da prática em saúde,

Por sua vez, e de acordo com Starfield (2004), objetivando maior sucesso no reconhecimento dos problemas e na efetividade das ações em saúde, a capacitação profissional acaba demandando tanto a incorporação de saberes e técnicas epidemiológicas quanto de conhecimentos e saberes das ciências sociais, uma vez que orienta o olhar da APS para a comunidade, tendo em perspectiva uma dimensão do processo saúde-doença que caminha para além dos aspectos puramente biomédicos e traz o sujeito para o centro e não a doença.

Na Atenção Primária à Saúde (APS), de acordo com Tesser e Souza (2012), a centralidade do sujeito é característica que aproxima a APS das PIC's, demonstrada pelo fato da primeira responder por 70% das ações das PIC's no SUS. Mas a simples presença de uma prática ou racionalidade médica vitalista e integrativa não será capaz de se sobrepor ao modelo biomédico hegemônico presente na APS.

Mesmo estas podem ser organizadas em estruturas burocratizadas e focadas em atendimentos individuais, pois convive-se, mesmo entre as PIC's, com uma série de recursos tecnológicos, como aparelhos, medicamentos, protocolos e formas de classificação, que, segundo Merhy (1998), são concernentes a uma visão centrada no profissional, através dos quais pode-se continuar trabalhando na perspectiva de capturar o mundo daquele que demanda o serviço de saúde.

A possibilidade de transformação paradigmática dos serviços de saúde, a partir da adoção das PIC's, deve admitir um âmbito de incerteza inerente ao lugar, pois em que espaço ocorre esta prática comunitária? Na unidade básica de saúde, no domicílio, na escola, na igreja, na rua ou na praça? Raineau (2006) afirma ser o itinerário terapêutico um conjunto de ações construídas localmente, baseado muito mais em vivências, recursos disponíveis e

experiências locais do que em espaços assistenciais em saúde formalmente instituídos, ou a um tipo de prática médica específica.

Mais do que a busca pelo sentido diante do adoecimento, é a busca pelo cuidado que determina as escolhas no itinerário terapêutico, numa perspectiva mais pragmática, estando essa procura não “junto às instituições ou aos especialistas da doença, na medida em que muitas vezes já o tinham encontrado no contexto social e cultural em que vivem”. (FAINZANG, 2012, p. 167).

Exemplo, que ilustra estas escolhas, fora do âmbito formal do sistema de saúde, foi o movimento de “novos produtores rurais” na França dos anos de 1980, constituído por indivíduos que deixaram a vida urbana para se dedicar à produção rural, com princípios de preservação da biodiversidade. Neste contexto, Sauvegrain e Aumeeruddy-Thomas (2006) relatam que os membros do grupo, ao se referirem ao conhecimento sobre as plantas medicinais, consideraram dois elementos fundamentais como fonte deste conhecimento, além de livros e textos publicados: o contato direto com as plantas e as percepções sensoriais decorrentes, como também as trocas de ideias e saberes com os moradores locais, estabelecendo certo equilíbrio e valorizando os aspectos subjetivos e o saber tácito em relação às plantas medicinais.

Outro relato que traz um elemento de integração entre saberes da medicina tradicional e da biomedicina é feito por Herrera (1991), em trabalho de pesquisa-ação junto aos chamados promotores de saúde na Colômbia, que são indivíduos pertencentes a comunidades indígenas Sikuani, incorporados às equipes de profissionais em saúde e submetidos a um treinamento técnico capacitando-os para a abordagem das principais patologias e condições de morbimortalidade identificadas pelo sistema de saúde oficial.

No decorrer deste trabalho, foi percebida a insatisfação e a baixa resolutividade dos promotores de saúde, treinados, fundamentalmente, para as ações de caráter biomédico e não considerando as particularidades e recursos locais, tais como a medicina tradicional local, o que resultou em prejuízo em alcançar as metas propostas para promoção e prevenção de saúde. Reconhecido este insucesso, evoluiu-se para a interação e troca de informações entre os profissionais dos serviços de saúde e os mesmos promotores de saúde locais, objetivando a construção coletiva de uma intervenção capaz de aliar à abordagem da medicina oficial o conhecimento de medicina tradicional dos Sikuani. Todo este processo resultou em uma redefinição de valores e papéis junto aos promotores locais de saúde.

Llegados a esta etapa del programa, los promotores tenían ya claro que representar a la institución médica no debía significar para ellos perder la fé en su propia medicina; de hecho, habian ya demostrado que conocian y respetaban el saber del médico tradicional y los valores de su cultura. Tampoco se trataba ahora de que ellos se volvieran médicos tradicionales, sino de que pudieran analizar las diferencias entre los dos sistemas y buscar los distintos caminos que podían servir para utilizar mejor los servicios que presta el sistema nacional de salud a las comunidades Sikuni. Comprendieron que: como Sikuni, tenían también conocimientos valiosos que aportar, y esto les dió la confianza que necesitaban para abrir una nueva via de comunicación con los médicos y enfermeros que supervisan su trabajo. (HERRERA, 1991, p. 265).

Tais pressupostos significam reconhecer que a prática laborativa do ACS é complexa e multifacetada, e que este lida com famílias e comunidades para quem, de acordo com Raineau (2006), mais do que uma medicina em particular importa a melhor adequação possível entre o mal identificado e a terapêutica mais indicada e que esteja disponível. Exemplificando, ocorre entre os Pokot, grupo étnico autóctone do Quênia, que a escolha do método terapêutico se dá de forma pragmática e se baseia no reconhecimento da “eficácia comprovada de uma ou outra terapêutica”. (UCHOA, 1994, p. 499).

Nesse sentido, o que se coloca para o sistema de saúde, através da APS, é o desafio de passar a reconhecer os elementos culturais regionais não como uma barreira ou um conjunto de crenças, entendido, este último, a partir do “status epistemológico da noção de ‘crença’ no pensamento ocidental, no qual atribuímos ‘crenças’ aos outros sistemas de saberes, mas não ao nosso”. (LANGDON, 2014, p. 1021). A etnomedicina, de acordo com Genest (1978), não entende estas crenças como práticas primitivas, mas apenas como um comportamento frente à doença e ao tratamento. Para este mesmo autor, esta associação pejorativa ao termo crença foi “colado” às “outras medicinas”, por um lado, ao passo que à medicina ocidental foi colado o significado de “científica”.

Tal dicotomia, segundo Genest (1978), mascara realidades e possibilidades muito diversificadas, diante das quais, de acordo com Fainzang (2012), a antropologia deve tomar a medicina ocidental muito mais como um objeto de análise do que como um saber científico a auxiliar-lhe na compreensão da doença.

Martins (2004), em sua análise sobre a biopolítica² do poder, e ao questionar o que é ser científico, pondera que a ciência, em seu método, perde vários elementos do fenômeno em

² Biopolítica do poder é um termo cunhado pelo filósofo Michel Foucault para designar uma forma de enquadramento geral das sociedades modernas a partir de disciplinas voltadas para o corpo e o seu adestramento, se organizando com base em conhecimentos epidemiológicos e demográficos. O direcionamento e normalização do corpo constitui uma forma politicamente fundamental para o controle da população e sua adequação aos processos econômicos (TRINDADE, 2010).

estudo, tornando-se um processo redutor e com uma relativa universalização das suas conclusões. Portanto, a ciência não estabelece verdades, mas sim uma visão parcial da realidade e sem a certeza de corresponder a ela.

Da mesma forma, a prática médica, ao se deparar com esta mesma realidade, outorgando-se o adjetivo de científica, “incorre num erro: ela não é em si científica, mas sim utiliza a ciência” como uma ferramenta de interpretação diagnóstica e de abordagem terapêutica. (MARTINS, 2004, p. 24). Esta afirmação é compartilhada por outros autores como Canguilhem (2006, p.174), para quem “a clínica não é uma ciência e jamais o será, mesmo que utilize meios cuja eficácia seja cada vez mais garantida cientificamente”, o que reforça a qualidade relacional e subjetiva inerente à prática clínica, que por sua vez demanda que:

[...] o objeto central do agir médico passa a ser o sujeito doente, visto como um todo biopsíquico, se quisermos empregar uma expressão cara à medicina psicossomática ou, numa expressão mais próxima à Antropologia, uma unidade socioespiritual, inserida numa cultura específica, na qual esse sujeito deve viver e atuar. (LUZ, 2005, p. 162 - 163).

No interior da produção científica ocidental, uma importante referência internacional em biomedicina, o *site Up to Date*, em revisão de artigos científicos sobre uso de fitoterapia e plantas medicinais, reconhece a sua frequência em todo mundo, passível de bons resultados ou não. A partir desta constatação, recomenda que o médico deva inserir sempre na sua anamnese, durante a consulta médica, perguntas sobre o uso de plantas medicinais, informando o paciente sobre os aspectos de segurança, qualidade e eficácia inerentes a este uso. (SAPER, 2016)

Recomenda, ainda, que a decisão do paciente em se submeter a tratamentos com plantas medicinais, independente da recomendação médica, não é razão para suspender o vínculo profissional, devendo, ao contrário, manter o canal de comunicação aberto, visando abordar os resultados da terapêutica. (SAPER, 2016). Além de que, considera-se a possibilidade de contribuir também com a proposta de Scholze et al. (2009) no sentido de que,

[...] a interpretação exclusivamente biomédica das doenças deveria ser ampliada para incluir as diferentes práticas de cura existentes na sociedade e as experiências dos pacientes que não se enquadram nos diagnósticos preestabelecidos do instrumental teórico biomédico vigente. (SCHOLZE et al., 2009, p. 120).

Infelizmente, os espaços e fóruns de formação e de produção de conhecimento, segundo Luz (2005), têm oferecido barreiras mais frequentemente do que encontros entre a biomedicina e as Práticas Integrativas e Complementares (PIC). No que se refere ao

desenvolvimento da consulta médica como instrumento de inclusão da perspectiva do doente nas tomadas de decisão sobre ações propedêuticas e terapêuticas, a formação médica, frequentemente a negligenciava, acarretando, ao final da graduação, o afastamento do “aluno do doente e de sua subjetividade”. (BALLESTER, 2011, p. 603).

Não se propõe aqui uma troca de objetos, deixando a doença pelo doente, “mas ampliar o objeto de saber e de intervenção da Clínica, incluindo também o Sujeito e seu Contexto” (BEDRIKOW e CAMPOS, 2010, p. 612), pois na visão destes autores a gestão em saúde deveria promover a coexistência destas diferentes concepções e métodos de abordagem.

Ballester (2011) propõe que a medicina centrada no paciente e a medicina baseada em evidências³ podem coexistir de forma complementar. Esta discussão passa pelo método clínico a ser adotado e em suas duas principais vertentes, a primeira, com ênfase na doença, e a segunda voltada para a singularidade de cada doente.

³ “Medicina baseada em evidências é o uso consciente, explícito e judicioso das melhores evidências atuais disponíveis para a tomada de decisões acerca do cuidado com os pacientes. Isso exige ir além da fisiopatologia da doença e da experiência clínica (pessoal ou do serviço) ou da opinião de peritos (professores, palestrantes de congressos, autores de capítulos de livros-texto bem-conceituados). Não exclui, portanto, a experiência e o conhecimento clínico, mas preconiza que estejam associados a evidências de investigações clínicas que expressam benefícios, riscos e custos.” (DUNCAN, 2013, p. 44).

4 MÉTODO

Visando a alcançar o objetivo deste estudo, que envolve uma categoria profissional específica no campo da APS - os Agentes Comunitários de Saúde - e a sua relação com a medicina tradicional e popular, mais precisamente com o uso das plantas medicinais como recurso terapêutico nos cuidados da própria saúde, da família e dos usuários que procuram o sistema de atendimento público, foi aplicada uma proposta metodológica que permitiu o levantamento de dados e a construção de uma imagem preliminar do estado atual desta relação.

Nos parágrafos seguintes, a metodologia proposta passa a ser esclarecida mais detalhadamente: as etapas do processo realizado, a especificação do tipo de estudo, o cenário, a população alvo, os instrumentos de coleta e análise dos dados, as variáveis e os aspectos éticos.

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Esta investigação é parte de uma pesquisa exploratória mais ampla, transversal e quantitativa, denominada “Trabalhadores da Atenção Primária à Saúde – condições de trabalho e de vida”, em desenvolvimento com todos os trabalhadores da Atenção Primária à Saúde de Juiz de Fora desde 2015, pela faculdade de Enfermagem da UFJF. Já no presente trabalho, o foco foi análise e a discussão sobre o uso e a indicação do uso, no âmbito familiar e profissional, das plantas medicinais pelos Agentes Comunitários de Saúde.

A abordagem transversal visa o estudo, de caráter observacional, de uma população “com uma característica comum a todos” (MEDRONHO, 2005, p. 125), podendo ter como fator comum a faixa etária, o gênero ou o tipo de ocupação. Além destas, a amostra populacional com recorte transversal tende a ser também delimitada por critérios espaciais. Trabalha-se, portanto, com “características individuais fixas” (BONITA et al., 2010, p. 44) de um determinado grupo populacional. Bonita (2010) vai além, ao afirmar que este tipo de estudo, quando se objetiva medir variáveis de exposição e efeito em um mesmo momento, é um primeiro passo no estabelecimento de relações causais.

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido em Juiz de Fora, município localizado na microrregião da Zona da Mata do estado de Minas de Gerais. Dados do IBGE de 2015 estimam a população em 555.284 habitantes, ocupando uma área de 1.435,664 km². O município apresenta, segundo o Censo Demográfico de 2010, uma densidade demográfica de 359,59 hab/km², quase onze vezes maior que a densidade média registrada para o estado, que é 33,41 hab/km² (BRASIL, 2015).

Como cidade sede da Macrorregião de Saúde Sudeste, uma das treze macrorregiões de saúde que integram o Estado de Minas Gerais, Juiz de Fora apresentava, em 2010, um Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH) de 0,778, número considerado alto e que coloca a cidade em 5º lugar entre os municípios mineiros. Quanto à escolaridade, quase 40% da população na faixa etária acima de 25 anos tem ensino fundamental incompleto ou é analfabeta, embora a taxa de analfabetismo tenha mostrado uma redução de 4,05% nas duas últimas décadas. (JUIZ DE FORA, 2014).

Quadro 1 - População residente em Juiz de Fora/MG

Ano	Total	Homens	Mulheres	Urbana %	Rural %
1970	238.510	-	-	92,40	7,60
1980	307.525	-	-	98,10	1,90
1991	385.996	184.385	201.611	98,51	1,49
1996	424.479	202.473	222.006	98,76	1,24
2000	456.796	217.411	239.385	99,17	0,83
2010	516.247	244.024	272.223	98,90	1,13

Fonte: IBGE. Censos Demográficos 1970/80/91/2000/2010⁴

⁴ Contagem da População 1996, e Estatísticas históricas do Brasil (Séries Econômicas, Demográficas e Sociais de 1550 a 1980, 2ª ed. Ver. E atual). Centro de Pesquisas Sociais/Anuário Estatístico da UFJF.

Figura 1: Mapa de Juiz de Fora/ MG



Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde (2015), Juiz de Fora possui na rede de atenção à saúde 67 Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) implantadas. Destas, 48 ocorrem na zona urbana, sendo que 37 adotam o modelo da Estratégia de Saúde da Família (ESF), uma segue o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e as 10 restantes operam pelo modelo tradicional. Quatorze unidades localizam-se na zona rural da cidade, sendo 5 vinculadas à ESF, 9 tradicionais, e 5 unidades volantes. Apenas uma delas se associa ao modelo do Programa de Saúde da Família (PSF). (BRASIL, 2015; SMS-JF, 2015).

4.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

A base populacional deste estudo foi composta por todos os ACS's atuantes na APS da cidade de Juiz de Fora, o que perfaz um total de 500 profissionais, sendo considerada como população fonte ou universo amostral os agentes eleitos para compor a amostra. Os critérios elencados para participar da pesquisa foram estabelecidos tendo por base o atendimento dos seguintes requisitos:

- Critérios de inclusão: atuar em uma das UAPS do Município e ser profissional efetivo.
- Critérios de exclusão: trabalhadores que não estiverem na unidade durante três tentativas de contato por telefone ou visita à UAPS, durante o período de coleta de dados.

Todos os agentes preencheram os critérios de inclusão, concordando em fazer parte do estudo e assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme apêndice, e, em seguida, foram convidados a responder o questionário, participando da pesquisa de forma voluntária. (BRASIL, 2012b).

Tendo sido postas as condições para definir a população-alvo do estudo, tornou-se necessário estabelecer a abrangência do mesmo, ou seja, decidir entre envolver toda a população, realizando um estudo censitário, ou selecionar uma amostra menor da mesma e defini-la como objeto para análise. Para Klein e Bloch (MEDRONHO, 2005), a opção pela amostragem traz a vantagem de concentrar os recursos disponíveis para pesquisa em um número menor de casos, priorizando a qualidade das aferições individualmente.

O trabalho foi feito com uma amostra probabilística aleatória, pois, para que estudos populacionais possam ser generalizados, é necessário contar com indivíduos que representem exatamente o contexto a ser analisado. A amostragem aleatória utiliza definições uniformizadas e, com isso, possibilita a construção de indicadores úteis de tendências. Esse

tipo de amostra, utilizando a probabilidade, possibilita o incremento da representatividade (maior validade interna), aumentando as chances de que os participantes sorteados retratem fidedignamente a população-alvo, possibilitando a extrapolação de resultados (validade externa) do estudo para além da amostra em questão. (LOPES; HARRINGTON, 2015). O cálculo do tamanho da amostra de profissionais foi feito considerando-se o intervalo de confiança de 95% (IC95%), o erro alfa de 5%, a prevalência de 50% (dada à multiplicidade de desfechos analisados e a ausência prévia de estudo com essa perspectiva) e o tamanho da população de 500 indivíduos.

Dos 265 agentes comunitários de saúde sorteados no primeiro sorteio (ACS1s), 42 não participaram do estudo por estarem afastados por licença de saúde; 3 se aposentaram; 6 tinham sido exonerados do serviço, embora seus nomes continuassem a constar no cadastro; e outros 3 que foram procurados em três tentativas, mas cuja visita para entrevista não chegou a ser agendada. Por conseguinte, ao final de setembro de 2015, foram totalizados 198 participantes com questionário completo preenchido.

Com a finalidade de manter o (n) amostral estimado, e diante das perdas do primeiro sorteio, foi necessário realizar um segundo sorteio, que aconteceu em outubro de 2015, apontando 19 novos ACS's. Destes, 14 responderam à pesquisa de forma completa e 5 não participaram, sendo 2 deles por motivo de afastamento por licença de saúde no período e outros 3 que, embora procurados em três tentativas para agendamento da entrevista, não dispuseram. Assim, a etapa de coleta de dados em campo foi concluída ao final de outubro de 2015, com 212 entrevistas realizadas.

4.4 INSTRUMENTOS E ESTRATÉGIAS DE COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados, foram utilizados dois blocos do questionário utilizado no estudo maior, contendo perguntas abertas e fechadas. O primeiro bloco descreve o objeto de estudo - a fitoterapia -, e o segundo é composto pelo levantamento de dados sociodemográficos e pela caracterização da população do estudo (Apêndice 2). O questionário foi aplicado individualmente com cada agente, nas UAPS, sendo a entrevista agendada previamente por contato telefônico, não exigindo nenhuma infraestrutura além de uma sala com privacidade, uma cadeira e uma mesa para o registro dos dados, recursos estes disponíveis nas próprias unidades de saúde.

Antes da aplicação do questionário à população amostral, foi realizado um teste-piloto do instrumento com a finalidade de verificar a viabilidade e eficácia do mesmo, treinando

também a equipe responsável pela coleta de dados na abordagem dos participantes entrevistados, garantindo, assim, a padronização do método de levantamento de dados. (KLEIN; BLOCH, 2009).

Com a aplicação do teste-piloto de entrevistas foi possível detectar algumas limitações no instrumento de coleta, tais como a imprecisão de algumas questões, a inexistência de opções para determinadas respostas e a ambiguidade nas questões de múltipla escolha. Sendo assim, foram feitas algumas alterações no questionário proposto inicialmente, visando superar as dificuldades encontradas, melhorar a sua operacionalização e a adequação do instrumento de coleta de dados aos objetivos da pesquisa.

Para o levantamento dos dados, foi utilizada uma versão digital do instrumento criado pela suíte de aplicativos *Open Data Kit* (HARTUNG et al., 2010). Inicialmente, o instrumento foi convertido para o formato XML e enviado para um servidor criado pelo *software* ODK *Aggregate* versão 1.4.7. Durante a coleta, foram utilizados dispositivos móveis com a plataforma *Android* e o *software* ODK *Collect* 1.4.7.

O ODK é um pacote de ferramentas que permite a coleta e o envio simultâneo dos dados a um servidor *on-line*, através de dispositivos móveis que utilizem o sistema *Android*. Os dados podem ser coletados até mesmo sem conexão com a *internet* ou serviço de telefonia móvel no campo, prescindindo-se desta tecnologia, que se torna necessária apenas no momento de comunicação e envio imediato a um servidor. Esse programa possibilita a substituição dos tradicionais formulários de papel pelos modelos eletrônicos, que permitem o *upload* de texto, dados numéricos, fotos, vídeos, códigos de barras e áudio, via *Global Positioning System* (GPS), para um servidor *on-line*. (HARTUNG et al., 2010).

A escolha do programa se deu em função da facilidade e da segurança que oferece no manuseio dos dados, tanto durante quanto após a coleta, além da gratuidade de acesso. O ODK proporcionou a agilidade das entrevistas e, ao seu término, o envio imediato dos dados ao servidor, minimizando o risco de extravios e perdas.

No final de cada coleta, os instrumentos preenchidos ficam protegidos por uma senha e, no encerramento do trabalho de campo, o conteúdo é enviado via *internet* para o servidor que centralizar o conjunto de informações dessa etapa. Uma vez encerrada a coleta de informações, os dados constantes no servidor são recebidos através do *software* ODK *Briefcase* 1.4.6, no formato *Comma Separated Values* (CSV).

Posteriormente, o banco de dados foi processado, sendo checado, consolidado, anonimizado e exportado para os formatos *Microsoft Excel* (xls), *International Business Machines* (IBM) e *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS).

Cabe ressaltar que os dados e instrumentos utilizados na pesquisa estarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de cinco anos, sendo destruídos após esse prazo. (BRASIL, 2012b).

A equipe de coleta de dados foi constituída por seis mestrandos do Programa de Pós-Graduação *Strictu Sensu* - Mestrado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem -, e alunos do Programa de Pós-Graduação *Strictu Sensu* - Mestrado em Saúde Coletiva da UFJF, os mesmos que estão desenvolvendo suas dissertações como parte da pesquisa mais abrangente “Trabalhadores da Atenção Primária à Saúde: condições de trabalho e de vida”. Além destes, outros alunos da graduação se disponibilizaram a contribuir com a coleta de dados.

4.5 VARIÁVEIS DE ESTUDO

Estão definidas para o estudo quatro variáveis ‘dependentes’, a saber:

- 1) Conhecimento de plantas medicinais;
- 2) Uso de plantas medicinais;
- 3) Concordância com a disponibilização de plantas medicinais na unidade básica de saúde onde atua;
- 4) Indicação de uso de plantas medicinais a familiares e amigos;
- 5) Indicação de uso de plantas medicinais à população atendida na UAPS.

Em relação às variáveis independentes, são utilizadas características sociodemográficas relativas à idade, sexo, religião, classe econômica e escolaridade dos entrevistados. O indicador ‘classe econômica’ foi definido a partir Critérios de Classificação Econômica Brasil, de acordo com a ABEP - 2008. O agrupamento dessas variáveis é apresentado no quadro 2, a seguir.

Quadro 2 - Categorização sociodemográfica preliminar da amostra

Variável	Categorização inicial
IDADE	<ol style="list-style-type: none"> 1. 39 anos ou menos 2. 40 a 59 anos 3. 60 anos ou mais
SEXO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Masculino 2. Feminino
CÔR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Branca 2. Preta 3. Parda 4. Amarela
RELIGIÃO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Católica 2. Evangélica 3. Espirita 4. Umbanda/Candomblé 5. Testemunha de Jeová 6. Agnóstico
CLASSE DE CONSUMO	<ol style="list-style-type: none"> 1 A2 2 B1 3 B2 4 C1 5 C2 6 D1
ESCOLARIDADE	<ol style="list-style-type: none"> 1. 1º grau completo 2. 2º grau completo 3. Universitário Completo

Fonte: Dados do autor, 2017.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

As informações coletadas passaram a compor um banco de dados (SPSS) para posterior análise, discussão e divulgação. Na análise, foi utilizada estatística descritiva, apresentando-se os dados em frequências absolutas e percentuais. Foram elaboradas tabelas demonstrativas com os resultados obtidos, que foram analisados considerando-se alguns parâmetros, como a simetria ou assimetria; a média e a mediana; o desvio-padrão, comparando-se os aspectos sociodemográficos com os desfechos de uso pessoal ou de prescrição de plantas medicinais, utilizando-se do teste de qui-quadrado ou exato de Fisher, de forma a se descrever a realidade da população investigada, considerando-se como valor de 'p', estatisticamente significativo, aquele menor ou igual a 0,05. (THIAGO, 2009).

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Todas as informações colhidas são confidenciais, sendo observada e respeitada a resolução nº. 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012b), que regulamenta as pesquisas realizadas com seres humanos. A coleta de dados só foi iniciada após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da UFJF, em parecer de número 932706, de 13 de janeiro de 2015.

Apenas participaram da pesquisa os agentes que concordaram e assinaram TCLE, documento que assegura a confidencialidade das informações fornecidas e a preservação do anonimato dos entrevistados. Também a informação de que a participação na pesquisa poderia implicar em algum tipo de risco ao participante, ainda que mínimo, foi descartada, ou seja, esclareceu-se, na oportunidade, que os entrevistados estariam sujeitos aos mesmos riscos que normalmente correm ao realizar suas atividades cotidianas, conversando, tomando banho, lendo, etc.; que não haveria interferência do pesquisador em nenhum aspecto do bem-estar físico, psicológico e social dos mesmos, os quais, da mesma forma, teriam respeitada a sua intimidade. Todos estes aspectos estão previstos na Resolução nº. 466/2012 e, ainda assim, os participantes teriam assegurado o direito a ressarcimento ou indenização, no caso de quaisquer danos porventura causados pela pesquisa.

O TCLE foi aplicado em duas vias, uma delas entregue ao participante, e a outra arquivada pelo pesquisador. Foram garantidos o sigilo e a privacidade dos entrevistados no tocante aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa, bem como foi respeitado o direito de não participarem da mesma, e ainda que dela participasse pudesse desistir no momento que julgassem conveniente. (BRASIL, 2012b).

5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados da investigação são apresentados em dois subitens. O primeiro diz respeito à análise descritiva dos dados em relação às características sociodemográficas dos agentes; ao seu conhecimento acerca das plantas medicinais; à sua concordância com relação à implementação do uso do recurso nas unidades básicas de saúde; ao uso particular das mesmas no seu cotidiano, à indicação do uso a familiares e amigos e à prescrição de plantas medicinais e fitoterapia para a população atendida nas UAPS.

O segundo descreve a análise bivariada e se refere à associação dos seguintes desfechos: 1) uso individual de plantas medicinais; 2) indicação de plantas medicinais a familiares e amigos e 3) indicação de plantas medicinais à população atendida na UAPS com as variáveis indiretas de idade, sexo, religião, renda e categoria profissional e escolaridade.

5.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

A Tabela 1 apresenta as informações sociodemográficas da população enfocada. Na amostra sorteada, constata-se que a maioria dos ACS's de Juiz de Fora pertence ao sexo feminino, totalizando 193 mulheres (91,5%). O entrevistado mais jovem possuía, à época, 23 anos e o mais velho, 71, sendo que a média de idade amostral é de 45 anos, situada predominantemente na faixa etária compreendida entre 40 a 59 anos de idade, somando 119 integrantes (56,4%). A maioria da população estudada se autodeclarou preta ou parda, número que perfaz 51% do total de entrevistados; da mesma forma, 57% dos ACS's amostrados se declaram católicos. Quando ao padrão econômico, os Agentes Comunitários de Saúde pertencem majoritariamente às classes B2 e C1, que concentram, ambas, 155 integrantes, o que corresponde a 73,5% do grupo amostral. No que diz respeito à escolaridade, os dados revelam que existe um predomínio de agentes que cursaram ensino médio completo, somando 139 indivíduos, ou seja 65,9% do total da amostra.

Tabela 1 - Frequência de variáveis sociodemográficas do ACS em Juiz de Fora MG - 2016

VARIÁVEIS	N (211)	%
Variáveis sociodemográficas		
Sexo		
Feminino	193	91,47
Masculino	18	8,53
Faixa etária		
<40	75	35,55
40-59	119	56,40
>=60	17	8,06
Raça/Cor		
Branca	100	47,39
Preta	36	17,06
Amarela	03	1,42
Parda	72	34,02
Religião		
Católica	122	57,81
Evangélica	58	27,50
Espírita	17	8,05
Umbanda/Candomblé	01	0,48
Testemunha de jeová	05	2,36
Agnóstico	08	3,80
Escolaridade		
Fundamental	18	8,53
Médio completo	139	65,88
Superior completo	39	18,48
Não informado	15	7,11
Classe econômica*		
A	05	2,37
B1	24	11,37
B2	74	35,07
C1	81	38,40
C2	26	12,32
D	01	0,47

* Critérios de classificação Econômica Brasil, ABEP, 2008

Fonte: Dados do autor, 2017

Tal perfil se mostra semelhante ao de outras avaliações pontuais realizadas no Brasil quanto ao aspecto gênero e escolaridade (SANTOS, 2011; MOREIRA, 2016 e LINO, 2012),

mas nem tão semelhante na variável faixa etária. Os resultados alcançados com a amostra de agentes em Juiz de Fora mostram também um perfil religioso predominantemente católico, o que corresponde à realidade censitária brasileira. Contudo, nesta mesma realidade, há que se reconhecer o aspecto “plural e diverso, amplo, sincrético, heterogêneo, plástico” (SOUZA, 2013, p. 286) do catolicismo brasileiro, retratado pelas festas populares como o Congado, na associação de santos católicos e entidades espirituais em religiões de matriz africana.

Em estudo transversal e amostral realizado com a população brasileira com idade superior a 13 anos e, de acordo com estudos anteriores, Moreira-Almeida (2008) encontra como resultado que mulheres com idade superior a 40 anos se correlacionam com maior valor à religiosidade. O mesmo estudo revela que o sincretismo religioso está presente em 10% da população estudada, embora, para o autor, “essa cifra provavelmente subestima o sincretismo religioso no Brasil, pois muitas pessoas podem aderir a alguma tradição religiosa mesmo sem frequentá-la formalmente”. (MOREIRA-ALMEIDA, 2008, p. 20).

Uma importante diferença é verificada com relação à classe econômica da amostra, pertencente predominantemente aos padrões B2 e C1, totalizando 73% dos ACS's. Por outro lado, 49% dos entrevistados apresentam padrão de consumo das classes A e B somadas, enquanto na Região Sudeste 29% da população encontra-se nesta condição econômica. (ABEP, 2016). Ao se associar esse dado com o fato de que esses agentes, em sua maioria (84%), apresentam boa escolaridade, possuindo ensino médio ou superior completo, tal resultado pode sugerir que estes estejam sendo considerados referências em suas comunidades de origem, assumindo um lugar de liderança devido ao atributo instrução em particular.

Vários estudos sobre o perfil do ACS fazem referência à força de trabalho feminina, reportada pelas qualidades naturais encontradas na mulher, como a dedicação para o cuidado com o outro, a resistência e a solidariedade. (GALAVOTE, 2011; TOMASI et al., 2008; BARBOSA et al., 2012). Com as ACS's amostradas no presente estudo tal vocação fica também demonstrada, sendo as mulheres a mão de obra feminina situada na faixa etária de meia idade, com boa formação escolar, e que apresenta condições de corresponder à vigilância em saúde e à gestão do cuidado, tarefas estas de caráter central na família e na comunidade, tanto quanto papéis atribuídos ao sexo feminino, responsável pela tomada de decisões nos itinerários terapêuticos. (RAINEAU, 2006; COSTA, 2013).

Esse resultado demonstra também a feminização da força de trabalho na saúde, com as mulheres assumido papéis no mercado profissional, buscando oportunidades e diferentes ocupações, o que é referido também em outros levantamentos. (BAPTISTINI; FIGUEIREDO, 2014; GALAVOTE et al., 2011; LUNARDELO, 2004).

Em relação à faixa etária da população amostrada é possível afirmar que o fato dos ACS's serem classificados, em sua maioria, como indivíduos de meia idade pode favorecer as atividades por eles desenvolvidas, pois estes apresentam a tendência de manter relacionamentos mais estreitos com a comunidade, assim como para estabelecer vínculos afetivos, conseqüentemente, detendo maior conhecimento sobre a mesma. Entretanto, por oposição, e como aspectos dificultadores, eles também podem conviver com conflitos e inimizades. (FERRAZ e AERTZ, 2005).

5.2 CARACTERIZAÇÃO DO CONHECIMENTO, USO E INDICAÇÃO DE USO DAS PLANTAS MEDICINAIS E INTERESSE DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM IMPLEMENTAR A AÇÃO NAS UAPS

A tabela 2 apresenta as informações sobre o conhecimento dos entrevistados com relação a plantas medicinais, fontes de saber e o interesse manifesto na implementação do recurso no processo de trabalho das Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) de referência do ACS. Sobre o conhecimento a respeito de plantas medicinais, um total de 172 ACS's (81%) informam conhecer este recurso, sendo que 152 (71,7% do total) adquiriram o conhecimento junto à própria família ou por meios próprios, e apenas 20 deles (9,4% da amostra) afirmam ter realizado algum tipo de curso de capacitação sobre o tema.

Tabela 2 - Frequência de variáveis dependentes entre ACS's de Juiz de Fora - 2016

VARIÁVEIS	N (211)	%
Conhecimento sobre planta medicinal		
Sim	172	81,50
Não	39	18,50
Fontes de aquisição de conhecimento em plantas medicinais		
Meios próprios e família	152	71,70
Cursos e capacitação	20	9,40
NA	39	18,90
Concordância com relação à implantação de fitoterápicos na UAPS		
Sim	164	77,40
Não	8	3,80
NA	39	18,80

Fonte: Dados do autor, 2017

Com relação à concordância ou não dos agentes entrevistados com a adoção do programa de plantas medicinais pelas UAPS onde trabalham, percebe-se uma resposta positiva de 77,4% dos mesmos, tendência que está em sintonia com o uso pessoal, com a indicação de uso a familiares e amigos e com o fato de disporem de informação sobre essas plantas medicinais. Esses dados sugerem a manipulação deste recurso terapêutico na vida particular e nos procedimentos de trabalho do ACS, embora este processo seja ainda incerto com relação às habilidades e competências necessárias para o atendimento das demandas da comunidade, segundo observa Galavote (2011), o que vale, também, para o domínio sobre plantas medicinais. Pois, no que diz respeito às suas funções e responsabilidades, sempre existe a possibilidade de ocorrer uma defasagem entre a atividade prescrita para o ACS e o trabalho real que ele desempenha no dia a dia da comunidade. (IMBRIZI, 2012).

Tabela 3 - Frequência das variáveis de utilização pessoal e de indicação de uso de plantas medicinais nas UAPS entre ACS's em Juiz de Fora - 2016.

VARIÁVEIS	N (211)	%
Uso pessoal		
Sim	154	72,99
Não	18	8,53
NA	39	18,48
Indicação de uso familiar		
Sim	134	63,51
Não	38	18,01
NA	39	18,48
Indicação de uso na população		
Sim	57	27,01
Não	115	54,50
NA	39	18,48

Fonte: Dados do autor, 2017

Quando se analisa, na tabela 3, os dados referentes à utilização pessoal de plantas medicinais por parte dos agentes comunitários e à sua indicação à família ou população da área de abrangência das UAPS, a primeira opção – consumo particular - é relatada 154 vezes, ou seja, em praticamente 73% dos casos; a segunda – recomendação à família - aparece em 134 entrevistas, o que compreende aproximadamente 63% do total. Quando se trata da prescrição de plantas medicinais à população, este número cai para 57 casos informados (27%), mas, ainda assim, nota-se a utilização do recurso terapêutico, enquanto indicação de uso no processo de trabalho de um em cada quatro ACS's.

Tornando mais complexa a atuação desses profissionais, o ambiente domiciliar que configura o espaço de trabalho do ACS, por não ser público, tem seu acesso dependente da relação de confiança que os primeiros estabelecem com as famílias e da construção vincular entre ambos, ao passo que a credibilidade de suas ações “está diretamente associada à resolução das problemáticas demandadas”. (JARDIM e LANCMAN, 2009, p. 130). Por outro lado, o enfrentamento das reivindicações e problemas, no dia a dia de trabalho dos ACS’s, depende de processos e recursos próprios da rede assistencial formal em saúde. Jardim e Lancman (2009) identificam uma defasagem entre as necessidades da comunidade e a incapacidade da rede assistencial em responder às mesmas, questão esta que configura o nó do trabalho em equipe para o ACS, dada a variada gama de recursos necessários e ao “gargalo” (grifo meu) e limites da rede assistencial pública.

Na discussão destes ‘nós’ inerentes ao trabalho do ACS, Peres et al. (2011) afirmam que a ESF deve superar o trabalho hierarquizado e técnico no seu cotidiano profissional, favorecendo uma maior interação entre os trabalhadores, flexibilizando os processos de trabalho e as relações de poder, permitindo ao ACS maior autonomia e criatividade. Esta ênfase na escuta, na abertura e na atenção ao ACS – considerado por Costa (2013, p. 2154) como “a voz da comunidade dentro da unidade de saúde”-, não foi encontrada na presente pesquisa, na medida em que este profissional usa a planta medicinal para si mesmo, a recomenda a familiares, apoia sua implantação nas unidades de saúde do município, porém não mantêm a mesma prática de orientação de uso para pacientes da sua área de atuação profissional.

Os resultados obtidos com o presente levantamento sugerem que o ACS vê o uso de plantas medicinais como algo seguro e eficaz, dada a aceitação deste recurso terapêutico para uso pessoal e familiar, o que normalmente ocorre no grupo predominantemente de mulheres de meia idade. Sugerem ainda que a menor incidência de relatos dos agentes quanto à recomendação de uso de plantas fitoterápicas a usuários do sistema de saúde pode revelar um viés de resposta não condizente com a sua realidade de atuação profissional, pelo receio de exposição ou associação dos mesmos a um comportamento fora do modelo biomédico ou pela sua baixa autonomia para interferir dentro dos padrões de atuação da equipe de saúde, além do baixo apoio institucional para tal interferência.

Seja qual for a razão, há forte indicação da necessidade de rever o posicionamento dos profissionais de saúde diante do que é considerado a “voz da comunidade” na equipe, sendo este apenas o passo inicial visando uma transformação de fato - e antes mesmo de se pensar na abordagem da comunidade -, quando o tema diz respeito à medicina tradicional e plantas

medicinais, pois as reuniões em equipe, além dos aspectos operacionais, devem simbolizar um espaço de reflexão sobre a prática em APS.

5.3 FATORES ASSOCIADOS AO USO E INDICAÇÃO DE USO DE PLANTAS MEDICINAIS POR AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Nas Tabelas 4, 5 e 6 são apresentados os resultados das correlações feitas entre as variáveis independentes e os desfechos “uso de plantas medicinais e fitoterapia”, “indicação de plantas medicinais e fitoterapia a amigos e familiares” e “indicação de plantas medicinais e fitoterapia à população atendida nas UAPS”, salientando-se que não foram encontradas correlações estatisticamente significantes entre esses fatores, embora alguns dados possam chamar atenção, os quais passam a ser discutidos a seguir.

Tabela 4 - Fatores associados à utilização pessoal de plantas medicinais entre ACS's em Juiz de Fora/MG - 2016

VARIÁVEIS	UTILIZAÇÃO DE PLANTA MEDICINAL				p-valor*
	NÃO (N =18)		SIM (N =154)		
	N	%	N	%	
Sexo					0,563
Feminino	17	10,9	139	89,1	
Masculino	1	6,2	15	93,8	
Faixa etária					0,2367
<40	9	15,5	49	84,5	
40 -59	7	7,2	90	92,8	
>=60	2	11,8	15	88,2	
Raça/cor					0,5264
Branca	7	8,9	72	91,1	
Afrodescendentes/Outras	11	11,8	82	88,2	
Escolaridade**					0,347
Fundamental completo	1	6,2	15	93,8	
Ensino médio completo	9	8,0	103	92,0	
Superior completo	5	16,1	26	83,9	
Classe econômica					0,5468
AB	10	11,9	74	88,1	
CD	8	9,1	80	90,9	

Continua

Tabela 4 (continuação)

Religião	0,5438			
Católica	11	10,4	95	89,6
Evangélica	6	14,0	37	86
Outras/agnóstico	1	4,3	22	95,7

* Teste qui-quadrado (ou exato de Fisher, quando indicado); significativo se $p < 0,05$.
 **Excluídos os não informados

Fonte: Dados do autor, 2017

Tabela 5 - Fatores associados à indicação de uso familiar de plantas medicinais entre ACS's de Juiz de Fora/MG - 2016

INDICAÇÃO DE USO DE PLANTA MEDICINAL A FAMILIAR					
VARIÁVEIS	NÃO		SIM		p-valor *
	(N =38)		(N =134)		
	N	%	N	%	
Sexo					1,0
Feminino	35	22,4	121	77,6	
Masculino	3	18,8	13	81,2	
Faixa etária					0,6325
<40	11	19	47	81	
40 -59	22	22,7	75	77,3	
>=60	5	29,4	12	70,6	
Raça/cor					0,2028
Branca	14	17,7	65	82,3	
Outras	24	25,8	69	74,2	
Escolaridade**					0,909
Fundamental completo	4	25,0	12	75,0	
Ensino médio completo	24	21,4	88	78,6	
Superior completo	7	22,6	24	77,4	
Classe econômica					0,3469
AB	16	19	68	81	
CD	22	25	66	75	
Religião					0,3212
Católica	21	19,8	85	80,2	
Evangélica	13	30,2	30	69,8	
Outras/agnóstico	4	17,4	19	82,6	

* Teste qui-quadrado (ou exato de Fisher, quando indicado); significativo se $p < 0,05$.

**Excluídos os não informados

Fonte: Dados do autor, 2017

Tabela 6 - Fatores associados à indicação de uso de plantas medicinais a moradores da área de atuação do ACS em Juiz de Fora/MG - 2016

INDICAÇÃO DE USO DE PLANTA MEDICINAL A MORADOR DA SUA ÁREA					
VARIÁVEIS	NÃO		SIM		p- valor*
	(N =115)		(N =57)		
	N	%	N	%	
Sexo					0,8661
Feminino	104	66,7	52	33,3	
Masculino	11	68,8	5	31,2	
Faixa etária					0,266
<40	40	69	18	31	
40 -59	61	62,9	36	37,1	
>=60	14	82,4	3	17,6	
Raça/cor					0,7899
Branca	52	65,8	27	34,2	
Outras	63	67,7	30	32,3	
Escolaridade**					0,7107
Fundamental completo	12	75,0	4	25,0	
Ensino médio completo	73	65,2	39	34,8	
Superior completo	22	71,0	9	29,0	
Classe econômica					0,7063
AB	55	65,5	29	34,5	
CD	66	68,2	28	31,8	
Religião					0,8052
Católica	72	67,9	34	32,1	
Evangélica	19	67,4	14	32,6	
Outras/agnóstico	14	60,9	9	39,1	

* Teste qui-quadrado (ou exato de Fisher, quando indicado); significativo se $p < 0,05$.
 **Excluídos os não informados.

Fonte: Dados do autor, 2017

Esta ausência de correlação entre as respostas e os aspectos sociodemográficos da amostra sugere uma distribuição universal e homogênea das plantas medicinais entre os ACS's, independente de religião, condição socioeconômica, escolaridade e cor. Tal suposição encontra eco na realidade mundial, sendo o uso de plantas medicinais presente em países com diferentes realidades culturais e econômicas, e, diante de tal fato, reafirma-se o que foi dito

anteriormente, recomendando-se aos profissionais de saúde uma postura livre de julgamento, relativizadora e cautelosa, capaz de identificar resultados bons e ruins decorrente deste uso, informando aos usuários e pacientes quanto aos aspectos de segurança das substâncias e sobre a efetividade dos serviços de saúde, respeitando o direito de autodeterminação dos mesmos quanto ao uso de plantas medicinais, não sendo este motivo para interrupção do vínculo terapêutico médico-paciente. (SAPER, 2016; DUNCAN, 2013).

Para tanto, a força de trabalho da APS em Juiz de Fora, que conta em seus quadros com profissionais de diferentes perfis sociodemográficos, que adotam o uso de plantas medicinais em seu cotidiano pessoal e familiar, sem, contudo, levar este conhecimento para o seu âmbito profissional, sugere uma limitação na aceitação deste saber popular internamente na equipe de saúde. Como já foi observado anteriormente, um importante elemento limitador da inclusão desse conhecimento se refere à hegemonia do campo biomédico, na medida em que este tem sido o principal eixo estruturante e direcionador das ações da força de trabalho na APS no Brasil. (MERHY, 1998; TESSER e LUZ, 2008; FERTONANI, 2015).

Cabe, primeiramente, promover mudanças internas, discutir relações de poder e prioridades, pois este conflito entre a demanda biomédica e o que é vivenciado na comunidade tem sido testemunhado pelo ACS na sua rotina laboral, impactando, algumas vezes, de forma negativa, o seu vínculo profissional com a comunidade. (PERES, 2011; COSTA, 2013; JARDIM e LANCMAN, 2009; IMBRIZI, 2012; PERRY et al., 2014, GUANAES-LORENZI e PINHEIRO, 2016).

O reconhecimento deste conflito pela equipe de saúde da família é uma oportunidade de realizar a “troca das lentes” com as quais se olha a realidade, na expressão de Tesser e Souza (2012), e coloca todos os envolvidos diante da oportunidade única de rever esses “discursos de (des)valorização da tarefa do ACS” (GUANAES-LORENZI e PINHEIRO, 2016, p. 2544), e de (re)pensar a prática profissional diária e as agendas de cada profissional como forma de planejamento e gestão a partir da ponta do sistema de saúde, visando a ordenação e orientação a partir da APS das Redes Assistenciais de Saúde (RAS).

Tais mudanças certamente demandam um maior apoio e esforço da academia, na pesquisa deste aparente conflito, o que é corroborado por Acioli (2009), ao afirmar a necessidade de se estudar o conjunto de práticas de saúde presentes na comunidade “para que as trajetórias dos sujeitos, suas estratégias e táticas de cuidado e cura possam ganhar sentido junto à lógica das práticas de saúde dominantes”. (ACIOLI, 2009, p. 169).

O ACS, devido ao seu trabalho e atuação junto à comunidade e aos domicílios, certamente aumenta a superfície de contato entre aqueles que se percebem doentes e o sistema

convencional de saúde. Ao se tratar deste canal de comunicação na APS, o ACS é reconhecido pela vinculação e ação de comunicação que consegue estabelecer entre a equipe de saúde e a comunidade, e, de acordo com as autoras Jardim e Lancman (2009), este é o principal papel do ACS, enquanto educador que busca transformar a realidade dos usuários, promovendo a sua capacidade em lidar com os desafios da vida, derivados do cuidado com a saúde.

O ACS trabalha em um espaço geográfico e relacional vivo, onde “é a própria vida, pela diferença que estabelece entre seus comportamentos propulsivos e seus comportamentos repulsivos, que introduz na consciência humana as categorias de saúde e doença” (CANGUILHEM, 2006, p. 170), e não a ciência. Ao mesmo tempo, o uso concomitante de terapêuticas tradicionais e terapêuticas da medicina oficial não configuram, necessariamente, uma contradição, mas sim um campo em que “tais alternativas terapêuticas heterogêneas agem sobre dois níveis ou esferas de ação distintas” (BUCHILLET, 1991, p. 36), afirmação que pode ser evidenciada pela ampla adesão à ideia de implementação de programa institucional de plantas medicinais nas UAPS.

6 CONCLUSÃO

A partir da exposição das discussões e análises anteriores, é possível concluir que existe, em Juiz de Fora/MG, entre os ACS's, um profissional de saúde pertencente ao sexo feminino, de meia idade, com boa formação acadêmica e condição econômica acima da média local, e que traz consigo um saber tradicional sobre práticas terapêuticas de saúde quando se trata das plantas medicinais, e que manifesta abertamente o seu interesse em incorporar esta prática no seu campo trabalho.

Considerando-se que, conforme evidenciam os ACS's entrevistados neste estudo, o conhecimento obtido sobre plantas medicinais tem origem, principalmente, no patrimônio cultural do agente ou no grupo familiar, sendo parte de recursos e práticas terapêuticas locais, e que 63% deles informam já terem indicado algum tipo de planta medicinal para membros de suas famílias; e, ainda, que 27% dos agentes de saúde adotam este procedimento também no tratamento de moradores da sua área de atendimento, é possível concluir pela importante presença desta ferramenta de cuidado em saúde num município que muito pouco investe na gestão pública municipal de práticas integrativas ao nível da APS.

Acrescenta-se a isso, ainda, o fato de o trabalho do ACS ter por base a comunidade local onde ele tem suas raízes e à qual pertence, sendo nela que o agente vive e compartilha, com os moradores/usuários que ele atende, os espaços sociais comuns. O seu público é constituído por pessoas que ele encontra não apenas na unidade básica de saúde, mas também no mercado, na igreja e no domicílio, espaços estes que estão muito além dos muros dos serviços de saúde. O ACS tem na família sua unidade de intervenção, e na comunidade o seu campo de atuação, onde vários autores identificam aspectos de intersectorialidade, participação popular, acolhimento, subjetividade e necessidades em saúde. (ANDRADE, 2012; CECILIO, 2009; STARFIELD, 2004; TESSER, 2011; MESSAC, 2014, LORENZI, 2016 e GARUZZI, 2014). Todos estes aspectos estão claramente explicitados na PNAB (2012), cujo objetivo é compreender e incluir os elementos psicológicos, os valores sociais e as *crenças* (grifo meu) de âmbito local à abordagem do processo saúde doença pela equipe de saúde da família.

Conclui-se também, no que diz respeito à medicina tradicional e ao uso de plantas medicinais em Juiz de Fora, que o ACS que insere as plantas medicinais em seus itinerários terapêuticos, seja no ambiente familiar ou no trabalho, o faz, principalmente, a partir do saber tradicional, composto de elementos e valores simbólicos de caráter místico e estético, e

pautados na tradicionalidade e cultura locais. (MARTINS, 2005; MORAES, 2006 e ANDRADE, 2010).

Ainda, diante bibliografia revisada, que recomenda que a APS deve dialogar com o saber tradicional em saúde e incorporar estes recursos comunitários tradicionais em seu processo de trabalho, reconhecendo no Agente Comunitário de Saúde, hoje, o profissional mais bem capacitado para a prospecção de recursos tradicionais e comunitários para o cuidado em saúde (SOUZA e PARREIRA, 2010; PERRY, 2014 e MERHY, 1998), conclui-se que a atividade investigativa sobre o saber tradicional local e sobre plantas medicinais precisa ser inserida e trabalhada internamente nas equipes de saúde, não apenas na perspectiva de agregar conhecimento, mas com o sentido de promover a transformação e a mudança da própria equipe e de seu processo de trabalho com a comunidade. (PERES et al., 2011; COSTA, 2013, GUANAES-LORENZI e PINHEIRO, 2016 e PERRY, 2014).

A principal limitação deste estudo se encontram em seu caráter quantitativo e de revisão não sistematizada da literatura, o que dificulta a extrapolação de seus resultados. Entretanto, justifica-se por apresentar uma nova lente para abordagem do tema das plantas medicinais no nível da APS, considerando, além dos saberes agrobotânico, farmacêutico e biomédico, a pesquisa de base antropológica, tendo como foco o Agente Comunitário de Saúde enquanto interlocutor ou mesmo portador do saber tradicional em saúde. Certamente o cenário delineado levanta a necessidade de realização de novas pesquisas de caráter, prioritariamente, qualitativo nesse campo.

Como resultados imediatos, tendo em vista a vinculação profissional e o envolvimento enquanto médico do Departamento de Práticas Integrativas e Complementares do município de Juiz de Fora, levanta-se, por último, a proposta de retomada do trabalho com plantas medicinais, já realizado pelo departamento anteriormente, a partir de visitas a algumas Unidades de Atenção Primária a Saúde de Juiz de Fora, visando a elaboração de projeto de pesquisa e posterior construção de ferramenta de trabalho voltada para a Medicina Tradicional a ser utilizada pela equipe da ESF e, principalmente, pelo ACS.

REFERÊNCIAS

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA (ABEP). Critério Brasil 2015 e atualização da distribuição de classes para 2016. [on line] Disponível em: <file:///C:/Users/jsaraujo/Downloads/01_cceb_2016_11_04_16_final.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2017.
- ACIOLI, S. Os Sentidos das Práticas Voltadas para Saúde e Doença: maneiras de fazer de grupos da sociedade civil. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben A. de. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. 184 p.
- ALMEIDA, M. Z. de. Plantas Medicinais, 3ªed. Salvador: EDUFBA, 2011.
- ALVES, Alan R. et al. Sachs e Leff uma Análise sobre a perspectiva socioambiental. In: ENCONTRO NACIONAL DA ANPPAS, 5., 2010, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: ANPASS, 2010. Acesso em: 13 ago. 2016.
- ANDRADE, L. O. M; BUENO, I.C.H.C.; BEZERRA, R.C. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: WAGNER, Gastão (Org.). **Tratado da Saúde Coletiva**. São Paulo: HUCITEC, Rio de Janeiro: Ed Fiocruz, 2006, p. 783 a 836.
- ANVISA. **Guia de orientação para registro de medicamento fitoterápico e registro e notificação de produto tradicional fitoterápico**. Instrução normativa nº 4, 18 de jun. 2014.
- ARNOUS, A. H.; SANTOS, A. S.; BEINNER, R. P. C. Plantas medicinais de uso caseiro - conhecimento popular e interesse por cultivo comunitário. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 6, n. 2, p. 1-6. Jun. 2005.
- BARBOSA, R.H.S. et al. Gênero e trabalho em Saúde: um olhar crítico sobre o trabalho de agentes comunitárias/os de Saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.16, n. 42, p.751-65, jul./set. 2012.
- BARRETO, B. B., Fitoterapia na Atenção Primária à Saúde – a visão dos profissionais envolvidos - Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora, 2011
- BARROS, F. P. C. de; MENDONÇA, A. V. M; SOUSA, M. F. de. Agents communautaires de santé: un modèle de santé sans murs. **Can J Public Health**, 2015;106 (3): e154–e156 DOI: 10.17269/CJPH.106.4947.
- BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. (BVS). Portal Regional. BIREME/ OPAS/ OMS. Centro Latino-americano e do Caribe de informação em ciências da saúde, São Paulo. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/decs-locator/?lang=pt&tree_id=E02.190.488&term=medicina+tradicional>. Acesso em: 11 jun. 2017.
- BONITA, R.; BEAGLEHOLE, R.; KJELLSTRÖM, T. **Epidemiologia Básica**, 2. Ed., São

Paulo, Santos. 2010.

BORCARD, G.G. Levantamento etnofarmacológico nos bairros do entorno da Reserva Biológica Municipal Poço D'Anta cobertos por unidades de atenção primária à saúde. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas e Bioquímica). Universidade Federal de Juiz de Fora. Faculdade de Farmácia e Bioquímica. Programa de Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas. Juiz de Fora, 2013.

BORDA, Orlando F. Peoples' SpaceTimes in Global Processes: The Response of the Local. *Journal of World-Systems research*, VI, 3, fall/winter 2000, 624-634, Special Issue: Festschrift for Immanuel Wallerstein – Part II.

VARELA, D. S. S. e AZEVEDO, D. M.; Saberes e práticas fitoterápicas de médicos na estratégia saúde da família. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 12 n. 2, p. 273-290, maio/ago. 2014.

_____. Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde/ SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, nº 123, p. 2, 2, jun., seção 1. 2011.

_____. Instrução normativa nº 4 de 18 de junho de 2014. Determina a publicação do Guia de orientação para registro de Medicamento Fitoterápico e registro e notificação de Produto Tradicional Fitoterápico. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, nº 116, p. 86, 20 jun., seção 1, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada n. 18, de 3 de abril de 2013. Dispõe sobre as boas práticas de processamento e armazenamento de plantas medicinais, preparação e dispensação de produtos magistrais e oficinais de plantas medicinais e fitoterápicos em farmácias vivas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] União da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 5 abr. 2013a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0018_03_04_2013.html>. Acesso em: 10 ago. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, PNPIC-SUS/ Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Práticas integrativas e complementares:** plantas medicinais e fitoterapia na Atenção

Básica/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família / Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BROWNER, C. H. e SARGENT, C. Dando um gênero à Antropologia Médica. In: SAILLANT, Francine (Org.). **Antropologia Médica: ancoragens locais, desafios globais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

BRUNING, M.C. R. A utilização da fitoterapia e de plantas medicinais em unidades básicas de saúde nos municípios de Cascavel e Foz do Iguaçu – Paraná: a visão dos profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(10):2675-2685, 2012.

BUICHLLET, D. A antropologia da doença e os sistemas oficiais de saúde. In: BUICHLLET, D. (Org.). **Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia Belém**. MPEG/CNPq/SCT/PR/CEJUP/UEP, 1991.

CECÍLIO, L. C. O. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro, 8ª Edição, 2009.

CONTATORE, O. A. et al. Uso, cuidado e política das práticas integrativas e complementares na Atenção Primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20 (10):3263-3273, 2015.

COSTA, S.M. et al. Agente comunitário de saúde: elemento nuclear das ações em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(7):214-2156, 2013.

DUNCAN, B. B. et al. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências**, 4. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

EDLER, F. C. Saber médico e poder profissional: do contexto luso-brasileiro ao Brasil imperial. In: PONTE, C. F.; FALLEIROS, I. **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. 337 p. ilus. tab.

ESCOREL, S. O programa de interiorização de ações de saúde e saneamento (Piass). In: **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999, p. 161-178. ISBN 978-85-7541-361-6.

ESTRELA, W. L. Entrevista concedida a Juarez Silva Araujo sobre plantas medicinais e fitoterápicos na rede SUS em Juiz de Fora, 08 ago. 2017

ESTRELA, W. L.; CAMPOS, N. M. Departamento de Práticas Integrativas e Complementares/SUS PJF: Relato de Experiência em Homeopatia. Disponível em:<<http://www.ufjf.br/integralidade/colaboradores/colaboradores-externos/dpic/>>. Acesso em: 15 dez. 2017.

_____; W. L.; CAMPOS, N. M. Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). **Projeto de extensão Integralidade no Cuidado: práticas integrativas e complementares**. [on line]

Disponível em: <<http://www.ufjf.br/integralidade/colaboradores/colaboradores-externos/dpic/>>. Acesso em: 12 jun. 2017.

FERTONANI, H. P.; DE PIRES, D. E. P.; BIFF, D.; DOS ANJOS SCHERER, M. D. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Jun. 2015, Vol. 20 Issue 6, p.1869-1878. 10p

FLEURY, S. Para uma Teoria do Movimento Sanitário. In: **O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva**/Sergio Arouca – São Paulo: Ed. UNESP; Rio de Janeiro: Ed FIOCRUZ, 2003.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. 6ª. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

FRANCO, T. B. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro, CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2006.

GALAVOTE, H. S. et al. Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória (ES, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(1):231-240, 2011.

GALHARDI, W. M. P. et al. O conhecimento de gestores municipais de saúde sobre a Política Nacional de Prática Integrativa e Complementar e sua influência para a oferta de homeopatia no Sistema Único de Saúde local. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(1):213-220, 2013.

GENEST, E. **Introduction à l'ethnomédecine: essai de synthèse.**" *Anthropologie et Sociétés* 23 (1978): 5–28.

GESTEIRA, H. M.; TEIXEIRA, A. S. As fazendas jesuíticas em Campos dos Goitacazes: práticas médicas e circulação de ideias no império português (séculos XVI ao XVIII). **Clio - Série Revista de Pesquisa Histórica**. N. 27-2, 2009.

GREEN, L. A. et al; The Ecology of Medical Care Revisited - *N Engl J Med*, Vol. 344, No. 26, June 28, 2001.

GUANAES-LORENZI C.; PINHEIRO R.L. A (des)valorização do agente comunitário de saúde na Estratégia Saúde da Família - **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(8):2537-2546, 2016.

GURGEL, Cristina. **Doenças e curas: o Brasil nos primeiros séculos**. São Paulo: Contexto, 2010.

HERRERA, Xochitl. Medicina tradicional y medicina institucional: el promotor de salud investiga los puntos de conflicto. In: BUICHLLET, D. (Org.). **Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia**. Belém, MPEG/ CNPq/SCT/PR/CEJUP/UEP, 1991.

IMBRIZI, J. M. et al. Condições de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: relato de experiência de extensão universitária com agentes comunitários de saúde. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, 2012, vol. 15, n. 1, p. 153-169.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo demográfico 2010. [on line] Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/mg/juiz-de-fora/pesquisa/23/22107?detalhes=true&localidade1=310620>>. Acesso em: 11 jun. 2017.

JARDIM, T. A.; LANCMAN, S. Aspectos subjetivos de morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, v. 13; n.28; p 123-35, jan/mar. 2009.

JUIZ DE FORA (MG). Prefeitura de Juiz de Fora/PJF. Mapa de Juiz de Fora. 1983. Disponível em: <http://pjf.mg.gov.br/cidade/mapas/imagem/mapa_jf.pdf>. Acesso em: 02 abr. 2016.

_____. _____. Secretaria Municipal de Saúde. Plano de Saúde 2014-2017, Juiz de Fora, 2014.

KUSCHNIR R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate - **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(5):2307-2316, 2010

LANGDON, E. J. Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19, p. 1019-1029. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63030543003>>. Acesso em: 12 ago. 2017.

LAPLANTINE, F. **Antropologia da doença**. 4 ed., Ed WMF, Martins Fontes, São Paulo, 2010.

LEE, E.W. **Manual de Acupuntura Médica**. São Paulo: Ed. Esperança, SP, 1987.

LIMA, D. F. et al. Conhecimento e uso de plantas medicinais por usuários de duas unidades básicas de saúde. **Rev Rene**. 2014 maio-jun., 15(3):383-90.

LINO, M. M. et al. Perfil Socioeconômico, Demográfico e de Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde. **Cogitare Enferm**. 2012 Jan/Mar; 17(1): 57-64

LOPES, R.D.; HARRINGTON, R.A. **Compreendendo a pesquisa clínica**. Porto Alegre: AMGH Editora Ltda., Porto Alegre, 2015.

LORELAI, Kury. Homens de ciência no Brasil: impérios coloniais e circulação de informações (1780-1810). **História, Ciências, Saúde**. Vol. 11 (suplemento 1):109-29, 2004, Manguinhos, Rio de Janeiro.

MACHADO, M.; Vida em Abundância e Saúde para Todos: Igreja e movimentos sociais pela saúde na década de 1980. **Cadernos de História**. Belo Horizonte, v. 15, n. 22, 1º sem. 2014

MACINKO, J.; AND HARRIS, M. J. International health care systems: Brazil's Family Health Strategy. Delivering Community-Based, Primary Care in a Universal Health System. **NEngl J Med** 372; 23 nejm.org june 4, 2015.

MARSIGLIA, R. M. G. Famílias: questões para o Programa de Saúde da Família (PSF). In: VITALE, M. A. F.; ACOSTA, A. R. **Família: rede, laços e políticas públicas** – 6. Ed. – São Paulo: Cortez: Coordenadoria de Estudos e Desenvolvimento de Projetos Especiais. PUC-SP, 2015.

MARTINS, A. Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde. **Interface - Comunic. Saúde, Educ.**, v.8, n.14, p.21-32, set. 2003, fev. 2004.

MARTINS, A. R.; PEREIRA, D. B. CEOLIN, T. O uso de plantas medicinais no cotidiano de trabalho das Agentes Comunitárias de saúde. In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE ESTRATÉGIAS DE CUIDADOS A INDIVÍDUOS, GRUPOS E FAMÍLIAS E AS DOENÇAS CRÔNICAS e 12º ENCONTRO DO LABORATÓRIO DE ENSINO INTERDISCIPLINAR DE FAMÍLIAS E SAÚDE/ LEIFAMS, 2008, Pelotas. LEIFAMS. Maringá: **Ciência Cuidado e Saúde**, 2008. v. 7.

MARTINS, P. H. A sociologia de Marcel Mauss: Dádiva, simbolismo e associação. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, 73, dezembro 2005: 45-66.

McWHINNEY, I. R. **Medicina de família**, Barcelona, Doyma Libros, 1995.

MEDRONHO, R.A. et al. **Epidemiologia**. São Paulo: Editora Atheneu, 2005.

MENDES, E. V. As redes de atenção em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, 15(5):2297-2305, 2010.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – Reescrevendo o Público**. Ed. Xamã, São Paulo, 1998.

_____; FEUERWERKER L.C.M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E. (Orgs.) **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão (SE): Editora UFS, 2009.

MESSAC, L. et al. The Good-Enough Science and Politics of Anthropological Collaboration with Evidence-Based Clinical Research: Four Ethnographic Case Studies. **Soc Sci Med**. Author manuscript. Available in PMC, 2014 December 01.

MORAES, W. A. **Salutogênese e auto-cultivo**: uma abordagem interdisciplinar: sanidade, educação e qualidade de vida. Rio de Janeiro: Instituto Gaia, 2006.

MOREIRA, I. J.B. et al. Perfil sociodemográfico, ocupacional e avaliação das condições de saúde mental dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família em um município do Rio Grande do Sul, RS. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. Rio de Janeiro, 2016 Jan-Dez; 11(38):1-12

MINAYO, M. C. S. Construção da identidade da antropologia na área de saúde: o caso brasileiro. In: ALVES, Paulo César; RABELO. M.C. (OrgS.) **Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Editora Relume Dumará, 1998.

MIYASAKAI, L. S. **Minha visão da prática médica na China**. *Lancet*, 372(9648), 1455. 2008

NUNES, E. D. Uma História Recente de um Passado Remoto. In: CAMPOS, G.W.S.; MYNAIO, M.C.S.; AKERMAN, M.; DRUMOND Jr., M.; CARVALHO, Y.M. (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. Ed Hucitec – Rio de Janeiro, 2006.

PAIM, J. S.; **A Reforma Sanitária e o CEBES**. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

_____ et al. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. Disponível em: <www.thelancet.com>. Publicado *online*, em 9 de maio de 2011. Acesso em: 11 jul. 2016

PERES, C.R.F.B. et al. The community health agent and working as a team: the easy and difficult aspects. **Rev Esc Enferm, USP** 2011; 45(4):899-905. Disponível em: <www.ee.usp.br/reeusp>. Acesso em: 18 nov. 2015.

PERRY, H. B.; ZULLIGER. R.; ROGERS, M. M. Community Health Workers in Low, Middle and High-Income Countries: An Overview of Their History, Recent Evolution, and Current Effectiveness; Annu. **Rev. Public Health** 2014.35:399-421.

PIRES-ALVES, Fernando; PAIVA, Carlos Henrique A.; HOCHMAN, Gilberto. História, saúde e seus trabalhadores: da agenda internacional às políticas brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 13, n. 3, mayo-jun., 2008, p. 819-829. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, Brasil.

PORTAL DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde/ DAB/. <http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>. Acesso em: 15 nov. 2015.

RAINEAU, C. Choix thérapeutiques dan les Combrailles auvergnates Rebouteux, médecins et ‘médiuims du corps’. In: SCHMITZ, O. et al.(Org.) **Les Médecines em parallèle: multiplicité des recours au soin em Occident**, Editions Karthala, Paris, 2006

SANTOS, K. T. et al. Agente comunitário de saúde: perfil adequado a realidade do Programa Saúde da Família? **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(Supl. 1):1023-1028, 2011

SAUVEGRAIN, S.; AUMEERUDDY-THOMAS, Y. Renouer avec la nature et les savoir naturalistes sur les traces des cultivateurs-cueilleurs de plantes médicinales em montagne. In: SCHMITZ, O. et al. (Org.) **Les Médecines em parallèle: multiplicité des recours au soin em Occident**, Editions Karthala, Paris, 2006

SCHMITZ, O. et al. **Les Médecines em parallèle: multiplicité des recours au soin em Occident**, Editions Karthala, Paris, 2006.

SCHOLZE, A.S.; DUARTE Jr.; C.F.; FLORES E SILVA, Y. Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade? **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.13, n.31, p.303-14, out./dez., 2009.

SILVA, L.A. et al. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(1): 221-232, 2013.

SILVA, M. I. G. Utilização de fitoterápicos nas unidades básicas de atenção à saúde da família no município de Maracanaú (CE). **Rev. Bras. Farmacogn.** Braz J. Pharmacogn. 16(4):out/dez. 2006.

SILVA, S. A. S. et al. O agente comunitário de saúde no âmbito da política nacional de plantas medicinais e fitoterápicos. In: VII SIMPÓSIO IBEROAMERICANO DE PLANTAS MEDICINAIS/II SIMPÓSIO IBEROAMERICANO DE INVESTIGAÇÃO EM CÂNCER, 2015, Ilhéus. **INFARMA Ciências Farmacêuticas**, 2015. v. 27. p. 299-299.

SOUZA, R. F. Religiosidade no Brasil. **Estudos Avançados**. vol. 27 n.79 São Paulo, 2013.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESC Brasil, Ministério da Saúde, 2004.

TESSER, C. D. et al. Estratégia de saúde da família e análise da realidade social: subsídios para políticas de promoção da saúde e educação permanente. **Ciência e Saúde Coletiva**, 16 (11): 4295-4306, 2011.

_____. LUZ, M. T. Racionalidades médicas e integralidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13(1):195-206, 2008.

_____. SOUZA, I. M. C. Atenção Primária, Atenção Psicossocial, Práticas Integrativas e Complementares e suas afinidades Eletivas. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 21, n. 2, p.336-350, 2012.

TOMASI, E. et al; Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 1: S193-S201, 2008

TOMAZZONI, M. I.; NEGRELLE, R. R. B.; CENTA, M. L. Fitoterapia popular: a busca instrumental enquanto prática terapêutica. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2006, 15(1): 115-21.

TRINDADE, C.R.C. **Relações de poder e produção de subjetividade nas mídias colaborativas: Um estudo do site Overmundo**. Programa de Pós-Graduação em Comunicação e Cultura, Escola de Comunicação, UFRJ, Rio de Janeiro, 2010.

VARELA, D.S.S.; AZEVEDO, D.M. Dificuldades de profissionais de saúde frente ao uso de plantas medicinais e fitoterápicos. **R. Pesq. Cuid. Fundam.** [on line], 2013, abr./jun.5(2):3588-00. Disponível em:

< www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/download/2033/pdf_727>.

Acesso em: 29 jul. 2015, às 16:02.

_____; AZEVEDO, D. M. Saberes e práticas fitoterápicas de médicos na estratégia saúde da família. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12 n. 2, p. 273-290, maio/ago. 2014.

VEIGA J. R. Estudo do consumo de plantas medicinais na Região Centro-Norte do Estado do Rio de Janeiro: aceitação pelos profissionais de saúde e modo de uso pela população, V. F., **Rev. Bras. Farmacogn.** Braz J. Pharmacogn. 18(2): abr./jun., 2008.

WALLERSTEIN, I. Mudança social? “A mudança é eterna. Nada muda, nunca.” **Rev. Crítica de Ciências Sociais**, n 44. Dezembro, 1995.

WEBER, B. Algumas considerações sobre história, saúde e homeopatia. **História Unisinos** 10 (1):26-34, janeiro/abril, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Traditional Medicine Strategy: 2014-2023**. Geneva, Switzerland: WHO Press. 2013.

ZHANG, D.; UNSCHULD, P. U.; China’s barefoot doctor: past, present, and future – The Lancet, Vol. 372 November 29, 2008

APÊNDICES

BLOCO K

Utilização de Práticas Integrativas e Complementares pelos Trabalhadores

K1. Você conhece Plantas Medicinais e Fitoterapia?
1 Sim 2 Não (Pule para a questão K10)
K2. Como você ficou conhecendo Plantas Medicinais e Fitoterapia?
1 Aprendeu por conta própria ou com Familiar 2 Fez curso K2.1. Qual _____
K3. Você já usou Plantas Medicinais e Fitoterapia para tratamento próprio?
1 Sim 2 Não (Pule para a questão K5)
K4. Com que frequência você usou Plantas Medicinais e Fitoterapia nos últimos SEIS MESES?
0 Nenhuma 1 Uma Vez 2 Duas Vezes 3 Três Vezes 4 Quatro Vezes 5 Cinco Vezes 6 Seis ou Mais Vezes
K5. Você já indicou Plantas Medicinais e Fitoterapia para tratamento de um familiar ou amigo?
1 Sim 2 Não (Pule para a questão K7)
K6. Com que frequência você indicou Plantas Medicinais e Fitoterapia para tratamento de um familiar ou amigo nos últimos SEIS MESES?
0 Nenhuma 1 Uma Vez 2 Duas Vezes 3 Três Vezes 4 Quatro Vezes 5 Cinco Vezes 6 Seis ou Mais Vezes
K7. Você já indicou Plantas Medicinais e Fitoterapia para tratamento para a população atendida na UAPS?
1 Sim 2 Não (Pule para a questão K9)
K8. Com que frequência você indicou Plantas Medicinais e Fitoterapia para tratamento para a população atendida na UAPS nos últimos SEIS MESES?

- | |
|---|
| 0 Nenhuma
1 Uma Vez
2 Duas Vezes
3 Três Vezes
4 Quatro Vezes
5 Cinco Vezes
6 Seis ou Mais Vezes |
|---|

K9. Você concordaria com a implantação de plantas medicinais e fitoterapia nessa UAPS?
--

1 Sim

2 Não K9.1. Por que? _____

BLOCO N

As próximas perguntas são sobre sua vida familiar, moradia e outros aspectos

N 1. Em que dia/mês/ano você nasceu? ____/____/____

N 2. Em que município, estado e País você nasceu?

N 2.1 Município: _____

N 2.2 Estado: _____

N 2.3 País: _____

N 3. O Censo Brasileiro do IBGE usa os termos preta, parda, branca, amarela e indígena para classificar a cor ou raça das pessoas. Como você se classifica a respeito de sua cor ou raça?

- 1 Preta
- 2 Parda
- 3 Branca
- 4 Amarela
- 5 Indígena

N 4. Atualmente, você é...

- 1 Casado(a) ou vive em união estável
- 2 Separado(a), ou divorciado(a)
- 3 Viúvo(a)
- 4 Solteiro(a) (nunca casou ou viveu em união estável)

N 5. Qual o seu sexo?

- 1 Masculino
- 2 Feminino

N 6. O seu trabalho, na UAPS, exige que tipo de qualificação?

- 1 1º grau incompleto
- 2 1º grau completo
- 3 2º grau incompleto
- 4 2º grau completo
- 5 Universitário Incompleto
- 6 Universitário Completo
- 7 Pós-graduação

N 7. Qual a sua formação profissional? _____

N 8. Atualmente, qual é a sua religião? (aquela com que você mais se identifica)?

- 1 Católico
 - 2 Evangélico
 - 3 Espírita
 - 4 Testemunha de Jeová
 - 5 Muçulmano
 - 6 Budista
 - 7 Candomblé
 - 8 Não tenho religião
- Outra. Qual? _____

N 9. Você tem filhos?

- 1 Sim N9.1. Quantos? _____
- 2 Não

N 10. Há quanto tempo você mora em Juiz de Fora?

- 1 Menos de um ano
- 2 De 1 a 3 anos
- 3 De 4 a 6 anos
- 4 De 7 a 9 anos
- 5 10 ou mais anos

N 11. A residência onde você mora é?

- 1 Própria já pago
- 2 Própria ainda pagando
- 3 Alugada
- 4 Cedida
- 5 Outra condição

N 11.1

Qual? _____

N 12. Quantas pessoas moram com você? (Inclua cônjuge/companheiro, filhos e enteados, pais, outros parentes, amigos, agregados, pessoas ausentes temporariamente e empregados que durmam na casa).

- 1 Mora sozinho (a)
- 2 De 1 a 3 pessoas

- 3 De 4 a 6 pessoas
- 4 De 7 a 9 pessoas
- 5 10 ou mais pessoas

N 13. Em sua casa, quem é considerado o chefe da família ou o principal responsável pela casa?

- 1 Eu mesmo (a)
- 2 Meu cônjuge ou companheiro(a)
- 3 Eu e meu cônjuge, igualmente
- 4 Meu pai ou minha mãe
- 5 Meu filho ou minha filha
- 6 Não tem chefe
- 7 Outra pessoa N13.1. Quem? _____

N 14. Qual o grau de instrução do chefe da família ou (principal) responsável por sua casa?

- 1 Não frequentou escola
- 2 1º grau incompleto
- 3 1º grau completo
- 4 2º grau incompleto
- 5 2º grau completo
- 6 Universitário incompleto
- 7 Universitário Completo
- 8 Pós-graduação

N 15 Em sua casa, trabalha alguma empregada doméstica mensalista ou diarista?

- 1 Sim, uma
- 2 Sim, mais de uma
- 3 Não

N 16. Em relação aos bens abaixo, marque SIM para os que existem na sua casa ou NÃO para os que não existem. Para cada item, caso SIM, diga qual a quantidade:	
N 16.1 Televisão	1 Sim N16.1.1. Quantos? _____ 2 Não
N 16.2 Rádio (não considerar rádio de automóvel)	1 Sim N 16.2.1 Quantos? _____ 2 Não
N 16.3 Máquina de lavar roupa	1 Sim N 16.3.1 Quantos? _____ 2 Não
N 16.4 Videocassete ou DVD ou Blu-ray	1 Sim N 16.4.1 Quantos? _____ 2 Não
N 16.5 Geladeira	1 Sim N 16.5.1 Quantos? _____ 2 Não
N 16.6 Freezer	1 Sim N 16.6.1 Quantos? _____ 2 Não
N 16.7 Microcomputador	1 Sim N 16.7.1 Quantos? _____ 2 Não
N 16.8 Lava-Louças	1 Sim N 16.8.1 Quantos? _____ 2 Não
N 16.9 Micro-ondas	1 Sim N 16.9.1 Quantos? _____ 2 Não
N 16.10 Motocicleta	1 Sim N 16.10.1 Quantos? _____ 2 Não
N 16.11. Secador de Roupa	1 Sim N 16.11.1 Quantos? _____ 2 Não
N 16.12. Banheiros	1 Sim N 16.12.1 Quantos? _____ 2 Não
N 16.13. Automóveis	1 Sim N 16.13.1 Quantos? _____ 2 Não

N17. No mês passado qual foi aproximadamente sua renda familiar **líquida**, isto é, a soma de rendimentos, já com os descontos, de todas as pessoas que contribuem regularmente para as despesas de sua casa?

- 1 Até 1 salário mínimo
- 2 Entre 1 e 2 salários mínimos
- 3 Entre 2 e 3 salários mínimos
- 4 Entre 3 e 4 salários mínimos
- 5 Entre 4 e 5 salários mínimos
- 6 Entre 5 e 6 salários mínimos
- 7 Entre 6 e 7 salários mínimos
- 8 Entre 7 e 8 salários mínimos
- 9 Entre 8 e 9 salários mínimos
- 10 Entre 9 e 10 salários mínimos
- 11 Mais de 10 salários mínimos

N18. Quantas pessoas (adultos e crianças), incluindo você, dependem dessa renda para viver? Se for o caso, inclua dependentes que recebem pensão alimentícia. Não inclua empregados domésticos aos quais você paga salário. _____ pessoas.

Você gostaria de acrescentar mais alguma coisa?

MUITO OBRIGADO POR SUA COLABORAÇÃO!!

ANEXOS

ProPesq | Pró-Reitoria
de Pesquisa
Pró-Reitoria de Pesquisa

FACULDADE DE ENFERMAGEM

PESQUISADOR (A) RESPONSÁVEL: ROSÂNGELA MARIA

GRECO

FACENF/CCS – DEP.EBA/ CAMPUS UNIVERSITÁRIO DA UFJF

JUIZ DE FORA (MG) - CEP: 36036-900

FONE: (32) 2102- 3821

E-MAIL: rosangela.greco@ufjf.edu.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “Trabalhadores da Atenção Primária à Saúde: condições de trabalho e de vida”. Neste estudo pretendemos: 1) conhecer as condições de vida e saúde de Trabalhadores da Atenção Primária à Saúde; 2) Descrever o perfil epidemiológico, os fatores de risco e as práticas e cuidados com a saúde destes trabalhadores; 3) Analisar as condições de trabalho e relacionar com o processo saúde doença destes trabalhadores; 4) Contribuir para o desenvolvimento de atividades de prevenção, promoção e recuperação da saúde destes trabalhadores.

O motivo que nos leva a estudar esse assunto se justifica, uma vez que os dados coletados poderão contribuir para uma visão ampliada do processo saúde doença dos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde ao proporem uma nova compreensão da relação entre o trabalho e a saúde enfatizando o caráter social deste processo, não ignorando as características históricas e sociais.

Para este estudo adotaremos os seguintes procedimentos: coleta de dados, em que utilizaremos um questionário contendo perguntas fechadas e abertas que será aplicado individualmente com a sua permissão através de Tablete para posterior análise. Este estudo apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler, etc. Apesar disso, você tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador.

O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

O (A) Sr. (a) não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, na Faculdade de Enfermagem- UFJF e a outra será fornecida a você.

Caso haja danos decorrentes dos riscos previstos, o pesquisador assumirá a responsabilidade pelos mesmos.

Eu, _____
portador do documento de Identidade
_____ Endereço _____

_____, Telefone de contato: (____) _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo “Trabalhadores da Atenção Primária à Saúde: condições de trabalho e de vida”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 20____

Nome Participante	Assinatura	Data
-------------------	------------	------

Nome Pesquisador	Assinatura	Data
------------------	------------	------

Nome Testemunha	Assinatura	Data
-----------------	------------	------

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o CEP – *COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – UFJF PRÓ-REITORIA DE PESQUISA / CAMPUS UNIVERSITÁRIO DA UFJF - JUIZ DE FORA (MG)* - CEP: 36036-900. FONE: (32) 2102-3788 E-MAIL: cep.propesq@ufjf.edu.br



Prefeitura de Juiz de Fora

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Autorizamos a realização da pesquisa “ **TRABALHADORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE : CONDIÇÕES DE TRABALHO E DE VIDA** ” sob orientação da coordenadora Prof^ª. Dr^ª Rosângela Maria Greco, juntamente com os alunos pesquisadores nas Unidades de Atenção Primária a Saúde (UAPS) da Subsecretaria de Atenção Primária a Saúde / PJF.

Ressaltamos que as unidades contam com infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa e que os dados deste estudo deverão ser utilizados exclusivamente para fins acadêmicos e de pesquisa.

Juiz de Fora, 20 de outubro de 2014.

 Cláudia Rocha Franco
Chefe de Dept^o de
Atenção Primária à Saúde

Cláudia Rocha Franco
Chefe do Departamento de Atenção Primária à Saúde

Secretaria da Saúde
Rua Halfeld, 1.400 - Centro - CEP: 36.016-000 - Tel: (32) 3690-8387
Juiz de Fora - MG



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA/MG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Trabalhadores da Atenção Primária à Saúde: condições de trabalho e de vida **Pesquisador:** Rosangela maria Greco **Área Temática:**

Versão: 1

CAAE: 40343414.0.0000.5147

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 932.706

Data da Relatoria: 13/01/2015

Apresentação do Projeto:

Apresentação do projeto esta clara e detalhada de forma objetiva. Descreve as bases científicas que justificam o estudo.

Objetivo da Pesquisa:

Apresenta clareza e compatibilidade com a proposta de estudo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo, considerando que os indivíduos não sofrerão qualquer dano ou sofrerão prejuízo pela participação ou pela negação de participação na pesquisa e benefícios esperados, estão adequadamente descritos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto está em configuração adequada e há apresentação de declaração de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa, assinada pelo responsável da instituição onde será

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N

Bairro: SAO PEDRO

CEP: 36.036-900

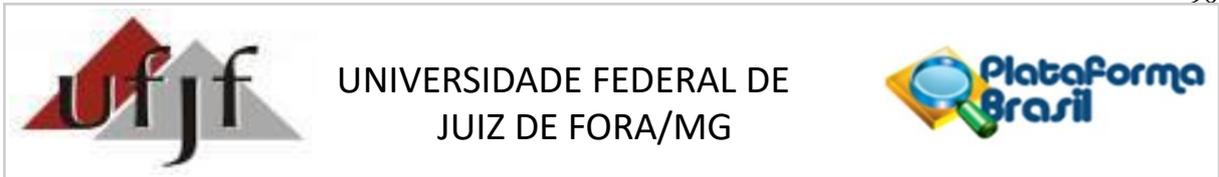
UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)2102-3788

Fax: (32)1102-3788

E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



realizada a pesquisa. Apresentou de forma adequada o termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa.

Recomendações:

Modificar o sobrenome da pesquisadora responsável na Folha de Rosto, parece que houve um erro de digitação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: Março de 2017

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional Nº001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

JUIZ DE FORA, 14 de Janeiro de 2015

Assinado por:
Paulo Cortes Gago
(Coordenador)

Endereço:	JOSE LOURENCO KELMER S/N		
Bairro:	SAO PEDRO	CEP:	36.036-900
UF:	MG	Município:	JUIZ DE FORA
Telefone:	(32)2102-3788	Fax:	(32)1102-3788
		E-mail:	cep.propesq@ufjf.edu.br