

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO**

BENILSON BELOTI BARRETO

**Fitoterapia na Atenção Primária à Saúde – a visão dos
profissionais envolvidos**

**Juiz de Fora
2011**

BENILSON BELOTI BARRETO

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 como
requisito à obtenção do título de
Mestre.

Orientadora: Prof^a Dr^a Rita de Cássia Padula Alves Vieira
Co-orientador: Prof. Dr. João Batista Picinini Teixeira

Juiz de Fora
2011

Barreto, Benilson Beloti

Fitoterapia na Atenção Primária à Saúde: a visão dos profissionais envolvidos / Benilson Beloti Barreto. – 2011.
93 f.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)—Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2011.

1. Fitoterapia. 2. Atenção primária à saúde. I. Título.

CDU 615.322

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Edmilson e Dilcéia, pelo apoio e afeto, sempre buscando me proporcionar momentos de alegria e dedicando toda suas vidas em prol da minha formação pessoal e profissional.

Aos meus irmãos, Bruno e Barbara, meus avós, pelo companheirismo, carinho e compreensão.

À minha esposa, Pâmella, pela inspiração dos meus sonhos e razão pela qual luto por dias melhores.

Amo todos vocês!

AGRADECIMENTO

A Deus, Inteligência Suprema, por iluminar meus caminhos e sempre me amparar com fluidos de paciência, fé e amor;

Aos meus pais, irmãos, avós e toda a família, por acreditarem em mim e apoiarem meus sonhos;

À minha esposa, Pâmella, pela força, dedicação e amor em todos os momentos e a certeza de que sem você tudo ficaria mais difícil;

Ao professor Dr. Picinini pela amizade, ensinamento e confiança depositada em mim durante todos esses anos de convivência como monitor, estagiário, bolsista e amigo;

À Professora Dra. Rita de Cássia Padula Alves Vieira, minha orientadora, pela troca de experiências e créditos depositados em mim;

A todos aqueles que de alguma forma contribuíram para que mais uma etapa da minha vida se concluísse de maneira vitoriosa.

RESUMO

O presente trabalho visa compreender a percepção dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre a inserção da Fitoterapia no SUS. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, cujos referenciais metodológicos decorrem dos princípios da pesquisa qualitativa. Os sujeitos do estudo foram profissionais de saúde de 1 UBS que apresentou atuação em projetos relacionados à Fitoterapia e plantas medicinais. Os resultados demonstram que os profissionais percebem a importância da inserção da fitoterapia no SUS, principalmente na APS. Acreditam que seus conhecimentos não são suficientes para a correta prescrição e/ou orientação de fitoterápicos aos usuários; percebem a fitoterapia como um tratamento alternativo ou coadjuvante à alopátia e veem como principal dificuldade de inserção a questão política e a falta de capacitação aos profissionais de saúde. Nota-se maior interesse dos profissionais e consequente participação da comunidade. Dessa forma, com profissionais qualificados e apoio político é possível desenvolver projetos de Fitoterapia na Atenção Primária a Saúde.

Palavras chave:

Fitoterapia, Atenção Primária à Saúde, Pesquisa Qualitativa

ABSTRACT

This study aims to understand professional's perceptions of Primary Care to Health on the insertion of Phytotherapy in SUS. This is a descriptive, exploratory study, whose methodological frameworks reflect the principles of qualitative research. Study subjects were health professionals from UBS, which had a role in projects related to medicinal plants and herbal medicine. The results show that professionals realize the importance of integrating phytotherapy in the SUS, especially in the APS. They believe their knowledge is insufficient for the correct prescription and / or guidance to users of herbal medicines. They understand that Phytotherapy is a treatment alternative or adjunct to allopathy and see as the major difficulty of inserting the political issue and lack of training for health professionals. Note the larger interest of traders and the consequent participation of the community. Thus, with professional staff and political support is possible the development of Herbal Medicine in Primary Care to Health.

Keywords:

Phytotherapy, Primary Health Care, Qualitative Research

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica
ACS – Agente Comunitário de Saúde
AIS – Ações Integradas de Saúde
ANPPS – Agenda Nacional de Prioridades em Pesquisa de Saúde
ANVISA – Agência Nacional de vigilância Sanitária
APS – Atenção Primária à Saúde
CEME – Central de Medicamentos
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CFM – Conselho Federal de Medicina
CIPLAN – Comissão Interministerial de Planejamento
CIS – Comissão Interinstitucional de Saúde
CONAFIT – Subcomissão Nacional de Assessoramento em Fitoterápicos
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CTNC – Coordenação de Terapêuticas Não Convencionais
DAB – Departamento de Atenção Básica
EAD – Educação à Distância
ESF – Equipe de Saúde da Família
GRT – Gerência de Redes Temáticas
IES – Instituições de Ensino Superior
MCA – Medicina Complementar e Alternativa
MEC – Ministério da Educação
MS – Ministério da Saúde
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
PACS – Programa dos Agentes Comunitários de Saúde
PD&I – Pesquisa, Desenvolvimento e Inovação
PIC – Práticas Integrativas e Complementares
PNAF – Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNCTIS – Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde
PNPIC – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNPMF – Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos
PPPM – Programa de Pesquisas de Plantas Medicinais
PSF – Programa de Saúde da Família
SAS – Superintendência de Atenção à Saúde
SES – Secretaria de Estado de Saúde
SGP – Secretaria de Gestão Participativa
SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TNC – Terapias Não Convencionais
UBS – Unidade Básica de Saúde
UFJF – Universidade Federal de Juiz de Fora
UFV – Universidade Federal de Viçosa

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1 REVISÃO DA LITERATURA	14
1.1 HISTÓRICO E UTILIZAÇÃO DAS PLANTAS MEDICINAIS E FITOTERÁPICOS NO BRASIL	14
1.2 FITOTERAPIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	24
1.3 FITOTERAPIA E SAÚDE PÚBLICA	37
2 OBJETIVOS	47
2.1 OBJETIVO GERAL	47
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	47
3 PERCURSO METODOLÓGICO	48
3.1 CENÁRIO, SUJEITOS DO ESTUDO E PROCEDIMENTOS PARA ENTRADA NO CAMPO	48
3.2 COLETA DOS DADOS	50
3.3 ANÁLISE DOS DADOS	51
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	54
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS	54
4.2 A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS SOBRE A FITOTERAPIA NO SUS	54
4.2.1 Inserção da Fitoterapia no SUS	54
4.2.2 Utilização da Fitoterapia pela comunidade	59
4.2.3 Dificuldades e sugestões para incremento da Fitoterapia no SUS	62
4.3 QUALIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS PARA ATUAÇÃO EM FITOTERAPIA NO SUS	66
4.3.1 Conhecimentos suficientes para orientação e/ou prescrição adequadas?	66
4.3.2 Fitoterapia x alopatia: são terapêuticas diferentes?	71
4.3.3 Desafios e perspectivas para uma Fitoterapia atuante no SUS	75
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	78
REFERÊNCIAS	81
APÊNDICES	90
APÊNDICE A – QUESTÕES NORTEADORAS PARA ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS DAS UBSs	90

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	91
ANEXOS	93
ANEXO A – PARECER COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - UFJF	93

INTRODUÇÃO

A escolha por este estudo, que visa tratar sobre a Fitoterapia no SUS, principalmente na Atenção Primária à Saúde (APS), apresentou como motivação a trajetória e as experiências vivenciadas pelo autor durante a graduação.

Desde 2004, quando ingressei na Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), no curso de Farmácia, sempre desempenhei atividades relacionadas à Fitoterapia, onde trabalhei como bolsista de quatro projetos de extensão (Farmácias Vivas, Horto Medicinal, Hortas Escolares e/ou Comunitárias, Uso de Fitoterápicos na Medicina Popular), todos com o objetivo de fornecer à população conhecimentos sobre a utilização das plantas medicinais, desde a correta forma de uso até a indicação terapêutica. Além disso, fui monitor da disciplina Noções de Fitoterapia por seis períodos letivos e apresentei vários trabalhos que contemplavam temas dessa área em congressos regionais e nacionais.

No decorrer do curso, aumentou meu interesse pela Saúde Coletiva, já que os projetos de extensão dos quais participei sempre buscaram trabalhar em prol da coletividade, proporcionando aos assistidos a melhoria da qualidade de vida, levando além de informações sobre as plantas medicinais, também discussões sobre os aspectos relacionados à saúde em seu conceito mais amplo.

Durante minha trajetória estudantil na UFJF, a experiência obtida com os projetos que atuei e informações adquiridas junto aos docentes, parceiros de atuação e junto à comunidade, foi bastante intensa e suficiente para formar alguns questionamentos e opiniões sobre a Fitoterapia no Brasil.

Em um país com tamanha diversidade vegetal, onde há espécies de caráter regional e nacional, além da tradicionalidade do uso, fruto da cultura indígena, africana e europeia, é fundamental que o Sistema de Saúde absorva esta terapêutica a fim de possibilitar que o usuário utilize medicamentos fitoterápicos (muitos à base da flora nativa).

Para tal, é necessário criar nos profissionais este perfil, já que muitos profissionais de saúde, principalmente aqueles da classe médica, não “confiam” ou “acreditam” no uso das plantas medicinais e da Fitoterapia para tratamento de enfermidades.

Um grande questionamento e crítica feita por mim é o fato que muitas graduações das áreas de saúde não disponibilizam disciplinas (principalmente na grade curricular obrigatória) para discussão do tema, o que impossibilita e/ou dificulta a formação de profissionais com perfil para prescrição, orientação, manipulação e desenvolvimento de medicamentos fitoterápicos.

Assim, este estudo tem como objetivo compreender a percepção dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre a inserção da fitoterapia no SUS. Parte-se do pressuposto que, para a consolidação da fitoterapia no Sistema Único de Saúde (SUS), é importante a compreensão de processos e implementação de mudanças relativas à formação dos profissionais de saúde, visando ao desenvolvimento de competências para atuação nesta área. Logo, a necessidade de considerar a percepção dos profissionais de saúde da APS acerca desta terapêutica, torna-se relevante.

Assim, esta dissertação está organizada da seguinte forma: no capítulo 1 é apresentado o referencial que dá o suporte teórico a este trabalho. No item 1.1 se contextualiza o histórico e utilização das plantas medicinais, exemplificando a utilização das mesmas por diversas comunidades e povos antigos, além da sua utilização no país desde antes do descobrimento. Exemplifica o uso atual através de diversos municípios que possuem programas de Fitoterapia. Na sequência, no item 1.2 é discutido a Fitoterapia na Atenção Primária à Saúde, onde é apresentada a importância da Fitoterapia no país para melhoria da qualidade de vida e exposto os princípios da APS. No item 1.3 é discutida a Fitoterapia e a Saúde Pública, onde é mostrada a legislação pertinente ao assunto desde a criação do SUS até o surgimento da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) e Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF).

Posteriormente, nos capítulos 2 e 3, respectivamente, são apresentados os objetivos e os procedimentos metodológicos utilizados. No capítulo 4 se segue a análise e discussão dos dados coletados em campo.

Finalizando, para conclusão deste trabalho, no capítulo 5 são feitas algumas considerações, onde se buscou colaborar para a reflexão de como o tema Plantas Medicinais e Fitoterapia está sendo construído e percebido pelos profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde.

Com este trabalho, espera-se contribuir para o processo de conscientização das Equipes de Saúde sobre a importância da Fitoterapia como

alternativa para uma maior integralidade do acesso aos medicamentos no Sistema Único de Saúde; propor medidas para atualizar o conhecimento da Equipe de Saúde sobre o assunto em questão e incentivar a implantação da Fitoterapia nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) que ainda não utilizam esta alternativa; aprimorar a qualidade da orientação e prescrição dos fitoterápicos, a fim de evitar danos à saúde do usuário.

1 REVISÃO DA LITERATURA

1.1 HISTÓRICO E UTILIZAÇÃO DAS PLANTAS MEDICINAIS E FITOTERÁPICOS NO BRASIL

As plantas medicinais são um patrimônio cultural incalculável e representam um recurso muito importante para nossa saúde. O Brasil é o país que detém a maior parcela de biodiversidade, em torno de 15 a 20% do total mundial de toda a flora, além de possuir cerca de 55.000 espécies vegetais catalogadas, representando a maior diversidade genética vegetal do mundo. Apesar disso, apenas 8% foram estudadas para pesquisas de compostos bioativos e 1.100 espécies foram avaliadas em suas propriedades medicinais (BRASIL, 2006b). O país pode ser considerado detentor de vantagens no desenvolvimento da fitoterapia, pois possui biodiversidade, conhecimento popular e tradicional do uso das plantas, tecnologia para validar cientificamente este conhecimento, recursos financeiros.

Ao se referir às plantas, em especial as medicinais, não se pode deixar de ressaltar que o conhecimento adquirido sobre essas espécies, seus usos, indicações e manejo são uma herança dos antepassados, que de forma tradicional, têm passado seus conhecimentos de geração a geração, desde os tempos mais remotos até os dias atuais.

De todos os métodos da medicina natural, a fitoterapia é, sem dúvida, o mais antigo, o mais estudado e o que apresenta o melhor resultado. Com a evolução da ciência e o aprimoramento das pesquisas, os estudiosos buscaram a resposta para a seguinte pergunta: por que as plantas curam? A partir deste questionamento, as plantas passaram a ser estudadas do ponto de vista da composição química e não mais mística. Descobriu-se que cada planta possui princípios ativos que produzem efeitos (benéficos ou colaterais) quando introduzidos em outros seres vivos.

De acordo com Almeida (1993), as plantas medicinais foram os primeiros recursos terapêuticos utilizados para o cuidado da saúde dos seres humanos e de sua família, sendo, portanto, um conhecimento milenar que faz parte da evolução

humana, pois antes mesmo do aparecimento da escrita as pessoas já faziam o uso de plantas, ora como remédio, ora como alimento.

Os chineses, egípcios, hindus e gregos foram os primeiros a catalogar as ervas medicinais, classificando-as de acordo com a sua forma, cor, sabor e aroma, incluindo ligações com os astros e, evidentemente com seus atributos mágicos. Desta forma, as plantas foram, ao longo das diversas gerações, sendo manipuladas e utilizadas para as mais diversas finalidades terapêuticas, gerando assim um rico conhecimento tradicional (LIMA, 2006).

Na literatura, encontram-se várias citações de povos, os quais fizeram algum tipo de uso de ervas, tanto benéficas quanto maléficas. Os druidas, sacerdotes celtas, usavam suas poções mágicas, ervas venenosas, idealizando inclusive, um horóscopo baseado na energia das árvores, segundo as diferentes épocas do ano. Aquiles, para debelar seus males, usava mil-em-rama, erva que passou a ser conhecida como *Achillea millefolium*. Sócrates, condenado à morte por seus adversários, ingeriu cicuta, planta de efeito mortífero. Carlos Magno foi um dos primeiros defensores das plantas, ao baixar um edital protegendo o hortelã nativo, ameaçado de extinção. Por este ato, poderia ter sido considerado o “patrono da ecologia”, hoje representado pelo inglês William Cobbett (BRUNO; NALDI, 1998).

No Brasil, a utilização das plantas não só como alimento, mas também como fonte terapêutica teve início desde que os primeiros habitantes aqui chegaram, há cerca de 12 mil anos, dando origem aos paleonídeos amazônicos, dos quais derivaram as principais tribos indígenas do país. Pouco, no entanto, se conhece sobre esse período, além das pinturas rupestres (SILVA, 2004).

Em 1500, com a chegada de Pedro Álvares Cabral ao Brasil, surgiu a primeira correspondência oficial de Pero Vaz de Caminha ao Rei de Portugal, D. Manuel, relatando o descobrimento da nova terra e suas características (SILVA, 2004).

Padre José de Anchieta, de 1560 a 1580, detalhou em suas cartas aos Superiores Gerais da Companhia de Jesus as plantas comestíveis e medicinais do Brasil. As plantas medicinais especificamente mencionadas foram: capim rei, ruibarbo do brejo, ipecacuanha-preta, cabriúva-vemilha, “erva boa”, hortelã-pimenta, que eram utilizadas pela os indígenas contra indigestão, aliviando nevralgias, reumatismos, doenças nervosas (SILVA, 2004).

Em fins do século XVIII, vem para o Brasil um dos maiores contribuidores dos estudos de fitoterapia brasileira, Bernardinho Antonio Gomes, médico português que chega à cidade do Rio de Janeiro, como médico pessoal da princesa Leopoldina, então prometida a D. Pedro como esposa. De acordo com Gomes (1972), Bernardinho ficou fascinado com a quantidade de fitoterápicos extraídos das matas brasileiras e resolveu empenhar-se em catalogar botanicamente tais plantas, bem como estudar os seus princípios ativos.

Dessa forma, até meados do século XX, o uso da flora medicinal era amplamente utilizada no país, sendo reflexo das uniões étnicas ocorridas entre os diferentes imigrantes que aqui chegaram e os povos autóctones que aqui viviam. Assim, a difusão e o conhecimento sobre as ervas locais e os cuidados na sua utilização, foram sendo transmitidos e aprimorados de geração em geração.

Até em torno de 1800, a medicina convencional, que se utilizava basicamente de plantas medicinais, era a base inquestionável para todos os livros-texto clássicos de farmacologia. A partir da década de 40 do século passado, a utilização de drogas vegetais foi relegada ao plano de terapêutica alternativa, num sentido de segunda categoria, em decorrência dos avanços obtidos pela síntese química de fármacos e do grande desenvolvimento das indústrias farmacêuticas, incrementado pelo capitalismo (SCHULZ *et al.*, 2001).

Num retorno à natureza, a sociedade ocidental voltou seu interesse ao poder do verde, a partir da década de 60, determinando um progressivo aumento do consumo mundial de produtos derivados de plantas medicinais, ocorrido nas várias classes sociais (DI STASI, 1996).

Além de utilizadas como matéria-prima em preparações (dentre estas chás, óleos e extratos diversos) da Medicina Tradicional ou Popular em diversos países, as plantas medicinais têm seu aproveitamento obtido, também, a partir do desenvolvimento de fitoterápicos, bem como a partir da extração, isolamento e purificação de compostos vegetais, para a obtenção de fitofármacos. Estes são definidos como substâncias farmacologicamente ativas de origem vegetal que apresentam ação farmacológica e estrutura definida (DI STASI, 1996; YUNES *et al.*, 2001).

A Fitoterapia, mesmo tendo sua ação baseada nos princípios farmacológicos da alopatria, portanto relacionada à teoria da causalidade da doença e seu combate, apresenta características que remetem a uma noção mais integral do

corpo e de seus cuidados (BRASIL, 2006a).

Considera-se aqui que, tal terapêutica, mostra-se como potencial para o estreitamento da relação serviço-profissional-usuário e para a promoção de práticas de integralidade em saúde, seja pela sua menor possibilidade de agressão química ao organismo, seja pela já existente relação com várias racionalidades e práticas médicas e com a cultura de grande parte da população brasileira, dentre outros aspectos, como os relacionados ao conhecimento tradicional de várias comunidades.

A fitoterapia é hoje altamente difundida no mundo todo como método natural preventivo, conservador, regenerador e curativo. O reconhecimento de seu valor como recurso clínico, farmacêutico e econômico já levou muitos países a adotar a prática como política pública de saúde.

Essas constatações são um ponto chave no desenvolvimento de hortos comunitários de plantas medicinais e, também, um alerta para as autoridades governamentais, para que possam criar subsídios para as populações de baixa renda, garantindo-lhes medicamentos naturais e de qualidade.

Segundo a ANVISA, medicamento fitoterápico é todo medicamento obtido empregando-se exclusivamente matérias-primas ativas vegetais. É caracterizado pelo conhecimento da eficácia e dos riscos de seu uso, assim como pela reprodutibilidade e constância de sua qualidade. A sua eficácia e segurança são validadas por meio de levantamentos etnofarmacológicos de utilização, documentações tecnocientíficas ou evidências clínicas. Não se considera medicamento fitoterápico aquele que, na sua composição, inclua substâncias ativas isoladas, de qualquer origem, nem as associações destas com extratos vegetais (BRASIL, 2010).

No Brasil, a partir da institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição de 1988, que declarou a saúde como um direito do cidadão e dever do Estado, iniciou-se uma nova fase no contexto político e institucional de saúde no país, decorrendo em transformações que possibilitaram a implementação de práticas inovadoras na gestão em saúde, dentre as quais as de inclusão de algumas das medicinas não-convencionais e práticas complementares nos serviços assistenciais médicos prestados à população (PINHEIRO; LUZ, 2003).

Dentre as práticas não-convencionais em saúde, que evidenciam potencialidades para a ampliação e aperfeiçoamento de recursos terapêuticos e para a promoção do cuidado à saúde, a utilização de plantas medicinais e

fitoterápicos nos serviços do SUS apresenta-se como opção que necessita ser melhor estudada. A fitoterapia, que de acordo com a legislação brasileira é uma “terapêutica caracterizada pela utilização de plantas medicinais e suas diferentes preparações farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal” (BRASIL, 2006b), seja tomada no âmbito das práticas da medicina popular e tradicional ou da medicina científica, tem tido sua utilização valorizada por diversos setores da sociedade brasileira (DI STASI, 1995; UDRY, 2001).

Em várias cidades brasileiras, o SUS oferece serviços que envolvem a produção e uso de plantas medicinais, de drogas vegetais de seus derivados e/ou de fitoterápicos, a partir de programas municipais e estaduais, sendo alguns regulamentados por legislação específica e implementados há mais de dez anos (GIRÃO; RODRIGUES, 2005; UDRY, 2001).

Na Resolução WHO 42.43, em 1989, a assembleia de saúde da Organização das Nações Unidas (ONU) convocou os seus países membros para: realizar inventários sistemáticos dos padrões pré-clínicos e clínicos do uso das plantas medicinais pelos curandeiros e pela população; introduzir medidas reguladoras e de controle dos produtos de plantas medicinais; restabelecer um sistema de padrões; e ainda identificar as plantas medicinais, os medicamentos delas derivados que tenha um critério de eficácia comprovado que deveria ser incluído nas indicações das plantas medicinais e nas farmacopeias (REIS *et al.*, 2004).

No Brasil, o projeto Farmácias Vivas foi um início dessa corrente. Liderado pelo professor Francisco José de Abreu Matos da Universidade Federal do Ceará, este projeto, organizado sob influência da OMS, tem características de um programa de medicina social. Segundo Matos (1998, p. 17):

sua finalidade é oferecer, sem fins lucrativos, assistência farmacêutica fitoterápica às comunidades onde haja carência de atendimento dos programas de saúde pública, promovendo o uso correto de plantas de ocorrência local ou regional, dotadas de atividade terapêutica cientificamente comprovada.

Inspirados no projeto Farmácias Vivas, outros movimentos passaram a despontar no Brasil, como, por exemplo, o da prefeitura de Curitiba/PR, que vem utilizando as plantas medicinais como opção terapêutica médica desde 1990.

Inicialmente, foram realizados treinamentos em fitoterapia para as pessoas que iniciaram a implantação e implementação da mesma na Secretaria Municipal de Saúde. Dentre as intenções almejadas pelo programa, em 1990, estava a utilização criteriosa das plantas medicinais nas Unidades Básicas de Saúde, orientação à comunidade em relação à sua obtenção, produção e conservação, busca de integração setorial e multiinstitucional e estímulo no treinamento e aperfeiçoamento de recursos humanos nesta área. Após anos de atividade e com uma abrangência que atinge grande parte das unidades de saúde de Curitiba, o programa, que ganhou o nome de Verde Saúde, tem como objetivo estimular e resgatar o uso de plantas medicinais na comunidade curitibana, seguindo os preceitos da educação ambiental; estimular a produção de plantas medicinais para a utilização *in natura*; produzir fitoterápicos com qualidade e fornecê-los gratuitamente aos usuários das unidades de saúde da Secretaria Municipal de Saúde (GRAÇA, 2004).

Outra experiência valiosa para fitoterapia na atenção primária à saúde foi a do município do Rio de Janeiro/RJ. O programa de fitoterapia da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro elaborou algumas diretrizes para implementação de ações relativas à utilização de plantas medicinais, que são: utilizar plantas medicinais com possibilidade de cultivo na região; produzir medicamentos com farmacotécnica simples; estimular o resgate do conhecimento tradicional através da valorização desse conhecimento (REIS *et al.*, 2004).

Segundo Sacramento (2004), no município de Vitória/ES, o programa de fitoterapia foi implantado em 1990, a partir de um levantamento sobre o uso de plantas medicinais pela população. Nesta ocasião, foi observado que dos 365 munícipes entrevistados, 95% utilizavam plantas medicinais para tratamento de doenças mais simples como gripe, resfriado, dispepsia, verminose ou, ainda, como calmante. Foi realizada também uma pesquisa sobre o interesse dos profissionais de saúde para atuarem com prescrições de fitoterápicos, e destes, 61,3% dos entrevistados desejavam prescrever fitoterápicos e 70% desejavam ser treinados sobre o assunto. Durante quatro anos foram realizados diversos eventos para a divulgação do projeto e o envolvimento de profissionais de saúde e da comunidade. Desde 1997, houve um crescimento de 110% no número de receitas atendidas por fitoterápicos e de 40% no número de unidades de saúde que dispõem fitoterápicos.

No Estado do Piauí, o município de Picos disponibiliza um Laboratório de Fitoterápico (Lafipi), criado em 2000, para produção de medicamentos a partir de plantas medicinais e que funciona no posto de saúde Antenor Neiva. Conforme a farmacêutica responsável pelo laboratório do Projeto Farmácia Viva, da Universidade Federal do Ceará, o programa de produção de fitoterápico é pioneiro no Estado do Piauí, baseado no emprego científico, e tem como objetivo estimular o uso correto destas plantas, em substituição às receitas empiricamente utilizadas pela população. A procura desta classe de medicamentos está crescendo, e para ter acesso a estes, o usuário deve preencher um cadastro no Lafipi (PHARMACIA, 2007).

O Estado do Paraná publicou, em 1996, um estudo objetivando a viabilização de um Programa de Fitoterápicos para a Rede Pública de Saúde do Estado, apresentando propostas para a sua implementação (PARANÁ, 1996). O Programa Municipal de Fitoterapia de Londrina foi criado em 2003 para disponibilizar medicamentos fitoterápicos na rede pública de saúde como promotor de tratamento complementar. É um programa multidisciplinar que visa a educação permanente, ampliando e sistematizando o conhecimento sobre o assunto para toda a equipe a fim de orientar corretamente os usuários sobre o uso deste tipo de medicamentos, além do andamento do programa (LONDRINA, 2006b).

Em 2007 o programa funcionava em 13 unidades básicas de saúde (UBS) da região rural de Londrina e em três unidades na cidade, atendendo aproximadamente 70 mil pessoas e oferecendo 26 tipos de medicamentos e seis tipos de chás (FITOTERAPIA, 2007).

A secretaria de saúde de Maringá implantou em setembro de 2000 o programa de fitoterapia denominado "Verde Vida". A comissão de fitoterapia, composta por farmacêuticos, enfermeiros e médicos da Secretaria de Saúde e representante da Universidade Estadual de Maringá, após avaliação da literatura, das necessidades específicas da Secretaria da Saúde e das plantas medicinais disponíveis no mercado nacional, padronizou seis fitoterápicos, os quais se somaram a dois já existentes, para serem dispensados na rede pública. A utilização da matéria-prima ocorre somente após recebimento do laudo analítico emitido pela Universidade Estadual de Maringá. No período de 2000 a 2003 o programa dispensou, mediante prescrição, aproximadamente 50.000 unidades de fitoterápicos. Foi elaborado um Guia Fitoterápico, com indicações, restrições, doses, efeitos

colaterais e com fotos das plantas. Estes foram distribuídos aos profissionais de saúde da rede. O acompanhamento foi realizado através de reuniões periódicas da comissão, visitas às unidades, verificação das fichas clínicas preenchidas e relatos de problemas ocorridos (OGAVA *et al.*, 2003).

No Estado de São Paulo foi instituído, pela Assembleia Legislativa, o Programa de Fitoterápicos, Plantas Medicinais e Aromáticas que tem o papel de promover ações visando dar suporte a expansão das atividades, incentivar e prestar assessoria técnica para implantação e desenvolvimento de programas congêneres no âmbito dos municípios, fazendo interface com as instituições envolvidas nas diversas áreas como meio ambiente, agronomia, ensino, pesquisa, produção farmacêutica. A execução do Programa deverá ser descentralizada, respeitando a vocação regional e a estruturação da rede de competências da cadeia produtiva, programando e executando, de forma integrada, as questões ambientais e científico-tecnológicas, dentro de uma ampla estratégia de desenvolvimento regional (IBPM, 2005).

No Município de São Paulo foi regulamentado o Programa Qualidade de Vida com Medicinas Tradicionais e Práticas Integrativas em Saúde tendo como objetivo principal as atividades de promoção e recuperação de saúde, por meio de medicinas tradicionais, homeopatia, alimentação saudável, plantas medicinais (SÃO PAULO, 2008). Prevendo ações de educação, de atenção à saúde, de pesquisa e nas demais ações para que possa funcionar adequadamente. No parágrafo 3º do artigo 4 prevê que:

a Secretaria Municipal da Saúde implementará atendimento em acupuntura e homeopatia e desenvolverá ações de incentivo ao uso de plantas medicinais, com a participação e o apoio de outras Secretarias que desenvolvem atividades afins.

Neste município, em 2002, foram implantadas hortas comunitárias nas unidades de saúde da subprefeitura de São Mateus e curso de capacitação em plantas medicinais. Posteriormente, a Portaria 54/2004 (SÃO PAULO, 2004), implantou a política pública regional de utilização das práticas de medicina tradicional e complementares à saúde, entre as quais a fitoterapia, e criou o Centro de Referência em Plantas Medicinais e outras Práticas Tradicionais Complementares em Saúde, para a formação, treinamento, difusão de

conhecimentos possibilitando o cultivo e distribuição de mudas, visando a criação de hortos em espaços públicos, certificação e a manipulação de plantas medicinais, tradicionalmente conhecidas, testadas cientificamente e que atendam a situação epidemiológica da região.

Em 2004 a Prefeitura Municipal de Cuiabá implantou o Programa de Fitoterapia e Plantas Medicinais da Secretaria Municipal de Saúde – FITOVIVA, com a publicação do Decreto nº 4188 e em 2006 contava com 15 unidades de saúde na capital (MATO GROSSO, 2006).

Os municípios de Campinas, Cunha, Guaratinguetá, Herculândia, Pindamonhangaba, Piquete, Roseira, São José do Barreiro, Ribeirão Preto, São Lourenço da Serra, Cruzeiro e Dobrada utilizam os recursos do poder público municipal para os programas de fitoterapia, porém, muitos municípios que possuem o projeto e profissionais, desativaram os serviços de fitoterapia devido à falta de incentivos (OLIVEIRA *et al.*, 2006).

Visando a elaboração de uma Política Estadual coerente com as necessidades e demandas existentes no exercício das Práticas Integrativas e Complementares no Estado de Minas Gerais, fez-se necessário e estratégico conhecer as várias experiências até o momento desenvolvidas na rede pública dos municípios.

Neste sentido pensou-se a realização de um diagnóstico situacional das PIC no estado de Minas Gerais, diagnóstico este realizado pela Coordenação de Terapêuticas não Convencionais (CTNC) da Gerência de Redes Temáticas (GRT) da Superintendência de Atenção à Saúde (SAS) da Secretaria de Estado de Saúde (SES) de Minas Gerais em 2008 (MINAS GERAIS, 2009).

Este diagnóstico foi realizado através de questionário enviado aos 853 municípios mineiros na forma impressa e eletrônica. Apresentou como resultados, descrições de onde e como essas práticas estão distribuídas no estado de Minas Gerais. O índice de resposta foi considerado acima da expectativa, já que mais de 45% dos 853 municípios mineiros atenderam a solicitação da CTNC e devolveram os questionários respondidos. 76 municípios responderam que possuem na rede do SUS algum tipo de PIC, o que corresponde a cerca de 20% dos municípios que responderam. As práticas mais encontradas foram a Fitoterapia, a Homeopatia e a Acupuntura, nesta ordem. Observou-se que a partir do ano de 1991 já existiam municípios no estado que adotavam alguma iniciativa no sentido de inclusão de PIC

na rede do SUS, mas foi a partir do ano de 2005 que essa implantação sofreu um incremento. Cabe lembrar que apesar da PNPIC ter sido publicada em 2006, foi em 2004 e 2005 que aconteceram as grandes discussões sobre as PIC e sua implantação no SUS, especialmente os grande embates entre a proposta do Ministério da Saúde (MS) e o Conselho Nacional de Saúde (CNS) (MINAS GERAIS, 2009).

Embora seja muito variada a distribuição das práticas em cada município, segundo o grau de complexidade do sistema de saúde, pode-se afirmar que há predominância dessas práticas na atenção primária.

1.2 FITOTERAPIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

No ocidente está em curso uma crise cultural que envolve as relações entre sociedade e biomedicina. As questões aqui relacionadas são dependentes de políticas públicas infra-estruturais, ligadas ao saneamento básico e à educação, como também modelos médicos pouco custosos, capazes de assegurar práticas de promoção e recuperação da saúde. Tal crise, na área da saúde, leva os profissionais e pacientes a buscarem outros paradigmas terapêuticos, incentivados também pelo crescimento das desigualdades sociais (LUZ, 2003).

A utilização de plantas buscando o restabelecimento da saúde vem sendo utilizada ao longo dos séculos por diversas culturas, fundindo hoje os conhecimentos populares das mais variadas origens e agregando novas descobertas científicas (RATES, 2001; OKIGBO *et al.*, 2008). Como planta medicinal entende-se uma espécie vegetal cultivada ou não, utilizada em sua totalidade ou suas partes, com propósitos terapêuticos (OMS, 2003).

O uso de plantas medicinais, conforme menciona Fernandes (2004), apesar de ser um tratamento secular para as doenças e de estar presente em diversas culturas sofreu muitas alterações, sobretudo, a partir da segunda metade do século XX, quando o uso de medicamentos sintéticos e industrializados começou a intensificar-se. Como reflexo desse contexto, o uso de plantas passou a ser negligenciado em virtude da supremacia dos medicamentos industrializados que passaram, a partir de então, a predominar nas terapias modernas.

Contudo, tem-se observado uma crescente redescoberta do valor curativo das plantas medicinais, pois os efeitos colaterais dos medicamentos industrializados e o seu elevado valor tem contribuído para que a população busque tratamentos mais saudáveis e mais baratos para combater as suas mazelas (ADEODADO; OLIVEIRA, 1996).

Assim, a partir de meados dos anos 70 e década de 80, nos países em desenvolvimento, entre eles o Brasil, assim como nos países desenvolvidos, verificou-se o crescimento das “medicinas alternativas” e, entre elas, destaca-se a fitoterapia (LUZ, 1997).

No Brasil, a utilização de plantas com fins medicinais é uma prática enriquecida pelas diferenças culturais e difundida pelos índios, negros e europeus. A

grande diversidade vegetal do país, associada a esta miscigenação de raças conduziu a uma medicina tradicional baseada em diferentes plantas e métodos de tratamento (BRANDÃO, 1996).

Desde os tempos em que a América era conhecida como o Novo Mundo, os colonizadores europeus demonstraram ter grande interesse em saber e catalogar quais as práticas de saúde utilizadas pelos nativos. Entre elas estava o uso de plantas medicinais.

Sobre este aspecto Sousa (1971, p.209) destaca que:

O indígena não conhecia somente a localização do ouro ou onde poderia ser encontrado o pau-brasil, ele também era detentor de um saber que poderia significar a diferença entre a vida e a morte, em um biota completamente desconhecido para o europeu. Quais frutas poderiam ser consumidas? O que fazer quando da picada de uma cobra nunca antes vista? Que remédio tomar quando acometido de uma febre, por vezes letal, que era causada por uma simples picada de mosquito? O europeu então resolvera poupar caminho, ou seja, absorveu do indígena todo um saber acerca do cuidar em se tratando de patologias que eram típicas de um continente: o americano.

Dessa forma, uma gama de conhecimentos ligados à prática de saúde, acumulada pelos índios há milênios começou a ser passada ao europeu, mas, infelizmente, conforme Carreira (2002, p. 35) “não dispomos na historiografia brasileira um estudo acerca de até que ponto as práticas de saúde indígena colaboraram para a adaptação do europeu ao novo mundo”.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, o uso de plantas medicinais pela população mundial tem sido muito significativo, pois cerca de 80% da população já fizeram o uso de algum tipo de planta com o objetivo de aliviar alguma sintomatologia (ALVES; SILVA, 2002).

Matsuda *et al.* (2002) demonstraram, no resultado de um estudo realizado por estimativa, que 50% dos europeus e mais de 50% dos norte-americanos fazem uso de fitoterápicos. No Brasil estima-se que o comércio de fitoterápicos seja da ordem de 5% do mercado total de medicamentos, avaliado em mais de US\$ 400 milhões.

O valor dos produtos naturais, especialmente das plantas medicinais, para a sociedade e para a economia do Estado, é incalculável. Dados da AGENDA 21 dão conta de que um em cada quatro produtos vendidos nas farmácias é fabricado a partir de materiais extraídos de plantas das florestas tropicais ou de

estruturas químicas derivadas desses vegetais. Esses dados afirmam, ainda, que a venda oficial desses medicamentos no mundo atinge cerca de 20 bilhões de dólares/ano. Se a este custo for incluída a economia informal da utilização popular de plantas medicinais nos países do Terceiro Mundo e nos países desenvolvidos, este valor alcança a ordem de centenas de bilhões de dólares/ano (AGENDA 21, 2003).

No Brasil, os dados obtidos em levantamento realizado pelo Departamento de Comércio Exterior demonstraram que, em 1998, foram exportadas oficialmente 2.842 toneladas de plantas medicinais. De 1999 para 2000, as vendas de fitoterápicos aumentaram 15%, contra 4% dos medicamentos sintéticos e já atingem US\$ 260 milhões/ano. Paraná, São Paulo, Bahia, Maranhão, Amazonas, Pará e Mato Grosso são os maiores exportadores, principalmente para países como: EUA, Alemanha, Países Baixos, França, Japão, Portugal, Itália, Coréia do Sul, Reino Unido, Espanha, Suíça e Austrália (IBAMA, 2003).

O aumento do interesse quanto à utilização das plantas medicinais está relacionado a diversos fatores, entre eles o alto custo dos medicamentos industrializados, a falta de acesso da população à assistência médica e farmacêutica, a crise econômica e uma tendência dos consumidores em utilizar produtos de origem natural (SIMÕES *et al.*, 1988).

Os cuidados básicos de saúde exigem a utilização de todos os recursos locais adequados e disponíveis para prestar assistência à saúde eficaz e de alta resolutividade. A utilização adequada de plantas medicinais na Atenção Primária à Saúde representa um passo importante e mais uma opção medicamentosa a ser destinada à população na tentativa de melhorar sua saúde e qualidade de vida (SILVA *et al*, 2006).

Esta temática tornou-se mais sólida a partir da constatação de que, concomitantemente à utilização de medicamentos alopáticos, a população atendida em Unidades Básicas de Saúde (UBS) faz uso de plantas medicinais com fins terapêuticos e muitas vezes desconhece a existência de possível toxicidade e ação terapêutica comprovada, forma correta de cultivo, preparo, indicações e contra-indicações, por acreditar que, por serem plantas medicinais, não são prejudiciais à saúde, independente da forma e quantidade utilizada (TOMAZZONI, 2004).

A assistência ao paciente, à família e à comunidade é função da equipe de saúde que deve planejá-la com base na cultura da população e utilizar recursos disponíveis a fim de auxiliar a comunidade a melhorar seu nível de saúde. Para isso, é necessário ter conhecimentos sobre as propriedades terapêuticas das plantas medicinais utilizadas, seu preparo, cuidados, dosagem e indicação, além de compreender como as pessoas destas comunidades percebem o processo saúde/doença (SILVA; OLIVEIRA; ARAÚJO, 2008).

A utilização do saber popular como base para a pesquisa científica sobre plantas medicinais tem ganhado impacto nos últimos anos e tem guiado muitos profissionais da área de saúde a investigar subsídios para a introdução de espécies em programas de fitoterapia na rede de atendimento básico à saúde (TOMAZZONI; NEGRELLE; CENTA, 2006).

Na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em 1978, em Alma-Ata, foi declarado ser inaceitável a situação de saúde da maioria das populações, principalmente nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, cabendo aos governos a responsabilidade pela saúde de seu povo, reconhecendo que o suprimento de medicamentos essenciais representa uma parcela significativa de despesas no setor da saúde.

Nesta mesma Conferência, como parte do plano de ação da Organização Mundial da Saúde para atender o objetivo “Saúde para todos no ano 2000”, foi incentivada a valorização das terapias tradicionais, entre elas a fitoterapia, sendo estas reconhecidas como recursos possíveis para a viabilização do objetivo proposto, como uma forma mais fácil e economicamente viável de aumentar a cobertura de atenção primária à saúde, nos países onde a estrutura de serviços é insuficiente (OMS/UNICEF, 1978).

A Constituição Brasileira (BRASIL, 1988b) determina que a saúde, como direito social, é competência comum das diversas esferas administrativas da União, devendo cuidar da assistência pública e legislar concorrentemente sobre a proteção e defesa da saúde. Cabe à União estabelecer normas gerais, o que não exclui a alçada suplementar das demais instâncias (BRASIL, 1990).

Os produtos de origem vegetal são considerados agentes terapêuticos válidos em vários Países. Estes apresentam normas específicas para estes produtos e para os sistemas de atenção à saúde (OMS, 2005).

No Brasil, aspectos regulatórios sobre o tema existem desde logo após a colonização do País (MARQUES, 1999; PETROVICK *et al.*, 1999; MARQUES e PETROVICK, 2007; SCHENKEL e PETROVICK, 2005). O primeiro ato normativo relativo a plantas medicinais foi a publicação da Farmacopeia Brasileira (SILVA, 1926), contendo aproximadamente 300 espécies botânicas de origem nacional e estrangeira. Desde então várias tentativas foram concretizadas objetivando o acesso da população a produtos fitoterápicos com qualidade, dentre os quais se destaca o Programa de Pesquisa em Plantas Medicinais, instituído em 1983 pela extinta Central de Medicamentos (NETTO *et al.*, 2006), a publicação de monografias de plantas brasileiras e aclimatadas (GILBERT *et al.*, 2006) e a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, que em sua diretriz número 11 prevê:

promover a adoção de boas práticas de cultivo e de manipulação de plantas medicinais e fitoterápicos, segundo legislação específica (BRASIL, 2006a).

Não existem dados oficiais, no Brasil, quanto ao mercado de fitoterápicos, porém, estima-se que o mesmo gire em torno de 1 bilhão de reais / ano. Pesquisas realizadas demonstram que 91,9 % da população já fez uso de alguma planta medicinal, sendo que 46 % da população mantém um cultivo caseiro de plantas medicinais (ABIFISA, 2008).

Com relação aos produtos industrializados, encontram-se registrados na ANVISA, 432 fitoterápicos simples e 80 compostos. O setor produtivo industrial possui uma legislação ampla no tocante aos aspectos da produção e comercialização de fitoterápicos (CARVALHO *et al.*, 2008).

É função do Estado, garantir a saúde da população, a qual passa pelo acesso a medicamentos seguros e eficazes (BRASIL, 1990; BRASIL, 1988b). O cumprimento integral da legislação vigente, principalmente com relação às boas práticas de fabricação, manipulação, armazenamento, transporte e dispensação de medicamentos é uma das formas de assegurar a qualidade destes produtos (MARQUES e PETROVICK, 2007).

Esta temática tem sido levantada no país em diversas oportunidades, como na 8ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1986), quando foi recomendada a introdução das práticas tradicionais de cura popular no atendimento público de saúde. Algumas iniciativas isoladas de utilização do conhecimento

popular e científico disponível têm demonstrado resultados promissores e se expandindo visivelmente, como o Projeto Farmácias Vivas, sob coordenação de Matos (1998), na Universidade Federal do Ceará, organizado sob influência das recomendações da Organização Mundial da Saúde acerca do emprego de plantas medicinais nos programas de atenção primária à saúde.

Várias prefeituras, a partir deste modelo, têm implantado programas de fitoterapia aplicados no serviço público, voltados para a atenção primária à saúde, algumas destas com estrutura bastante sólida e acompanhamento dos resultados, como os casos de Vitória/ES (SACRAMENTO, 2004), Curitiba/PR (GRAÇA, 2004), Rio de Janeiro/RJ (REIS *et al.*, 2004), Ribeirão Preto/SP (PIRES *et al.*, 2004) e Itapioica/CE (CARNEIRO *et al.*, 2004).

A 10ª Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu em setembro de 1996, em Brasília, também propôs, em suas deliberações, incorporar ao SUS as terapias alternativas e práticas populares. Incentivou, ainda, a fitoterapia e a homeopatia na assistência farmacêutica pública, propondo o emprego de normas para a sua utilização após amplo debate com os profissionais de saúde e especialistas (ELDIN; DUNFORD, 2001).

O governo federal aprovou a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, por meio do Decreto Presidencial Nº. 5.813, de 22 de junho de 2006, a qual se constitui em parte essencial das políticas públicas de saúde, meio ambiente, desenvolvimento econômico e social como um dos elementos fundamentais de transversalidade na implementação de ações capazes de promover melhorias na qualidade de vida da população brasileira (BRASIL, 2007).

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

A Atenção Básica de Saúde é caracterizada por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, abrangendo a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a promoção, a proteção, a reabilitação e manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias

democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações e territórios bem delimitados pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2006c).

Vale ressaltar que a Atenção Básica (AB) tem como fundamento os princípios da universalidade, acessibilidade, equidade, integralidade da assistência, resolutividade, intersetorialidade, humanização do atendimento e participação da comunidade no exercício do controle social. Göttems e Pires (2009) acrescentam a esse modelo de atenção o caráter democrático, participativo e integrado norteados pelo trabalho em equipe, pela territorialização, focado nas necessidades da comunidade, com vistas à ampliação de seu conceito para avançar na direção de um sistema de saúde centrado na qualidade de vida das pessoas e de seu meio ambiente.

Também denominada atenção primária à saúde, acredita-se que, com sistemas de saúde orientados pela Atenção Básica, torna-se possível alcançar melhores resultados, custos mais aceitáveis e promoção da equidade, garantindo um dos princípios do SUS. É reconhecida, como a rede de Centros de Saúde que se configuram como porta de entrada preferencial da população aos serviços de saúde e que realizam diversas ações que buscam oferecer atenção integral aos indivíduos e comunidade (BELO HORIZONTE, 2006).

Acredita-se que uma das formas de firmar esse novo modelo de assistência seja o compromisso dos profissionais com toda a comunidade, visando, não só a cura de uma doença, mas também a criação de vínculos por meio da interação entre os diversos atores sociais (indivíduo, família, comunidade). Torna-se necessário enxergar o sujeito não como objeto de trabalho, mas como parte integrante desse processo – um protagonista nessa história – adotando, assim, a prática de uma Clínica Ampliada. Porém, Göttems e Pires (2009) ressaltam que não é propriamente a Atenção Básica o nível de atenção responsável por essa mudança de paradigma no modelo de saúde vigente, mas a relação entre os demais níveis de atenção do SUS (atenção básica, de média complexidade e de alta complexidade).

Esses três níveis de atenção, uma vez bem articulados, têm grandes perspectivas de racionalização da utilização dos serviços a partir das demandas da população. Mas, para isso, faz-se necessária uma população mais crítica e politicamente atuante no controle social da implementação de políticas sociais de qualidade (FIGUEIREDO, 2010).

Dentre os fundamentos da atenção básica destacamos:

- Efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;
- Desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;
- Valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;
- Realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e
- Estimular a participação popular e o controle social (BRASIL, 2006c).

A Saúde da Família surgiu, no Brasil, como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial do Sistema Único de Saúde a partir da Atenção Básica. Iniciou em junho de 1991, com a implantação do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, em 1994, foram formadas as primeiras equipes. Uma Unidade de Saúde da Família tem como função realizar atenção contínua, nas especialidades básicas, com uma equipe multiprofissional habilitada para desenvolver as atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde (COSTA; CARBONE, 2004).

O Programa Saúde da Família (PSF) foi criado em 1994 pelo Ministério da Saúde, com o principal propósito de reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família, melhorando assim a qualidade de vida dos brasileiros. A estratégia do PSF prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas de forma integral e contínua. O atendimento é prestado na unidade básica de saúde ou no domicílio pelos profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) que compõem as equipes de Saúde da Família.

O Programa de Saúde da Família tem como objetivo propiciar a reorganização da assistência à saúde a partir da Atenção Básica por meio da reorganização do processo de trabalho nos Centros de Saúde, potencializando a

implantação dos princípios do SUS: integralidade, universalidade e equidade. Equipes de Saúde da Família (ESF) foram criadas e devem possibilitar a entrada das pessoas, no Sistema, de forma espontânea, ampliando o acesso e viabilizando a atenção integral e multidisciplinar operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em UBS. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada (BRASIL, 2006c).

Além dos princípios gerais da Atenção Básica, a ESF deve:

- Atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população;
- Desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade;
- Buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para desenvolvimento de parcerias (BRASIL, 2006b).

Considera-se o PSF como uma estratégia de organização da AB, pois contribui para que as atribuições e as responsabilidades apontadas para esse nível de assistência sejam executadas e assumidas de uma forma inovadora, com efetiva mudança na organização dos serviços de saúde. As UBS, reorganizadas de acordo com os princípios do Saúde da Família, passam a ser responsáveis pelo acompanhamento permanente da saúde de um número determinado de indivíduos e famílias que moram ou trabalham no espaço territorial próximo, possibilitando o estabelecimento de vínculos, de compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e da população (BRASIL, 2006c).

Os NASF, Núcleos de Apoio à Saúde da Família, devem ser constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuarem em conjunto com os profissionais das Equipes Saúde da Família, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das Equipes de SF no qual o NASF está cadastrado (BRASIL, 2008).

Existem três modalidades de NASF: o NASF 1 que deverá ser composto por, no mínimo, cinco membros das seguintes profissões de nível superior (Psicologia; Assistente Social; Farmácia; Fisioterapia; Fonoaudiologia; Profissional

da Educação Física; Nutrição; Terapia Ocupacional; Medicina - Ginecologia; Homeopatia; Acupuntura; Pediatria e Psiquiatria) vinculado de 08 a 20 Equipes Saúde da Família. O NASF 2, que deverá ser composto por, no mínimo, três profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes (Assistente Social; Profissional de Educação Física; Farmácia; Fisioterapia; Fonoaudiologia; Nutrição; Psicologia; e Terapia Ocupacional), vinculado a no mínimo 03 Equipes Saúde da Família. Fica vedada a implantação das duas modalidades de forma concomitante nos Municípios e no Distrito Federal. O NASF 3, com prioridade para a atenção integral para usuários de crack, álcool e outras drogas, para municípios com porte populacional menor que 20.000 habitantes. Deverá ser composto por no mínimo três profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes vinculado a um número de Equipes de Saúde da Família que varia de 4 a 7 (BRASIL, 2010).

O NASF está dividido em nove áreas estratégicas, sendo elas: atividade física/práticas corporais; práticas integrativas e complementares; reabilitação; alimentação e nutrição; saúde mental; serviço social; saúde da criança/ do adolescente e do jovem; saúde da mulher e assistência farmacêutica (BRASIL, 2008).

Assim, esses profissionais, bem como a população acompanhada, criam vínculos de corresponsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade. As unidades básicas do programa, funcionando adequadamente, são capazes de resolver 85% dos problemas de saúde em sua comunidade, ao prestar atendimento de bom nível, prevenindo doenças, evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população (BRASIL, 2006a).

Dentro deste contexto, a inclusão da fitoterapia na atenção primária pode resultar não só em benefícios para a saúde, mas também em benefícios de ordem econômica, conforme relata Noumi *et al.* (1999). Um aspecto importante desta proposta de tratamento complementar está no fato de que a aplicação deste conjunto de informações torna possível o emprego terapêutico do princípio ativo, sem que seja preciso retirá-lo da planta, evitando, assim, a aplicação dos onerosos processos necessários a sua extração, isolamento e purificação (BRASILEIRO, *et al.*, 2008).

O estudo de plantas medicinais, a partir de seu emprego pelas comunidades, pode fornecer informações úteis para a elaboração de estudos

farmacológicos, fitoquímicos e agrônômicos sobre estas plantas, com grande economia de tempo e dinheiro. Desta forma, podemos planejar a pesquisa a partir de conhecimento empírico já existente, muitas vezes consagrado pelo uso contínuo, que deverá ser testado em bases científicas (BRASILEIRO, *et al.*, 2008).

No Brasil, a pesquisa na área de plantas medicinais com incentivo governamental, foi desenvolvida durante a existência da Central de Medicamentos (CEME), a qual foi instituída pelo Decreto nº 68.806/1971 (BRASIL, 1971) como órgão vinculado diretamente à Presidência da República. Suas ações eram voltadas prioritariamente ao fornecimento de medicamentos, mas também atuava na área de pesquisa e desenvolvimento, formulando, coordenando e executando políticas de fomento ao desenvolvimento tecnológico e industrial farmacêutico. Possuía dois programas nesta área: O Programa de Nacionalização de Fármacos (PNAF) e o Programa de Pesquisas de Plantas Medicinais (PPPM). Em 1973 foi aprovado o primeiro projeto de pesquisa tendo como objeto planta medicinal.

Em 1985, a Ceme publicou os primeiros resultados oficiais de pesquisas com planta medicinal financiadas após o surgimento do PPPM, lançando o volume I da série intitulada Programa de Pesquisas em Plantas Medicinais [...] No ano de 1988 foi publicado o segundo e último volume da série [...] contendo os resultados do estudo da ação antiúlcera gástrica de quatro espécies brasileiras tradicionalmente utilizadas para esta finalidade (NETTO *et al.*, 2006).

Em 1988 a Comissão Interministerial de Planejamento (CIPLAN), composta por representantes do Ministério da Saúde, da Previdência e Assistência Social, da Educação e do Trabalho, publicou a Resolução nº 8/1988 que:

implanta a prática de fitoterapia nos serviços de saúde, assim como orienta, através das Comissões Interinstitucionais de Saúde (CIS), buscar a inclusão da fitoterapia nas Ações Integradas de Saúde (AIS), e/ou programação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) nas Unidades Federadas, visando colaborar com a prática oficial da medicina moderna, em caráter complementar e criar procedimentos e rotinas relativas à prática da fitoterapia nas Unidades Assistenciais Médicas (BRASIL, 1988a).

No período de março a junho de 2004 o Ministério da Saúde (MS) realizou um levantamento junto a Secretarias de Saúde dos Estados e Municípios para obter informações a respeito de plantas medicinais e/ou fitoterapia. Foram enviados 5560

questionários a todos os Secretários Estaduais e Municipais de Saúde. Retornaram 1342, dos quais 232 demonstraram alguma prática integrativa e/ou complementar em 26 estados. Foi constatado que somente 6 % do total dispõe de regulamentação Estadual ou Municipal, criando serviços em práticas integrativas complementares no SUS e 35 % dos municípios fornecia medicamentos fitoterápicos via farmácia pública de manipulação (BRASIL, 2006d).

Com o intuito de realizar um diagnóstico situacional dos programas de fitoterapia no SUS, o MS realizou um levantamento junto a Estados e Municípios, no período de dezembro de 2004 a janeiro de 2005. Foram enviados 100 questionários a Municípios que desenvolviam ações nesta área, 36 responderam.

Os resultados ainda apontaram para a urgente necessidade de implantação da política nacional que contempla diretrizes e ações voltadas à inserção das Plantas Medicinais e da Fitoterapia no SUS, como mecanismo de ordenamento e financiamento das ações na área, assim como regulamentação sanitária específica para o setor de produção pública dessas preparações fitoterápicas, o que proporcionará a uniformização dos padrões de produção e fornecimento das plantas medicinais e fitoterápicos, assegurando a qualidade nos serviços e insumos disponíveis aos usuários do SUS (RODRIGUES *et al.*, 2006).

O uso da medicina tradicional¹ é reconhecido oficialmente em alguns países (OMS, 2005). No Brasil várias tentativas foram concretizadas objetivando o acesso da população a produtos fitoterápicos com qualidade, dentre os quais se destaca o Programa de Pesquisa em Plantas Medicinais, instituído em 1983 pela extinta Central de Medicamentos (NETTO *et al.*, 2006), com o objetivo de desenvolver uma terapêutica alternativa e complementar, baseada em estudos científicos com comprovação das atividades farmacológicas e/ou tóxicas de espécies vegetais.

Esta alternativa terapêutica é aceita pelo Ministério da Saúde, encontrando-se, na legislação nacional, normas distintas para o emprego de medicamentos fitoterápicos e sua inserção nos sistemas de atendimento à saúde,

¹ A medicina tradicional (MT) é um termo amplo usado para se referir a vários sistemas como a MT Chinesa, ayurveda e unani, e às diversas formas de medicina indígena. As terapias da MT incluem terapias com medicação, se envolvem o uso de medicamentos a base de ervas, parte de animais e/ou minerais, e terapias sem medicação, quando são realizadas principalmente sem o uso de medicação, como é o caso da acupuntura, de técnicas manuais e de terapias espirituais. (BRASIL, 2009)

como o SUS, respeitando a especificidade das diferentes escalas de obtenção dos mesmos (BRASIL, 1988a; BRASIL, 1998; BRASIL, 2004a; BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b; BRASIL, 2007b).

1.3 FITOTERAPIA E SAÚDE PÚBLICA

O crescente interesse pela utilização da fitoterapia por parte dos serviços públicos de saúde, geralmente se dá em função da concepção de que esta é uma opção alternativa para se amenizar a falta de acesso aos medicamentos (LEITE, 2000; SUZUKI, 2002).

A fitoterapia, enquanto prática de medicina popular ou tradicional é aclamada como uma forma mais barata e fácil de aumentar a cobertura da APS em países não desenvolvidos e em desenvolvimento, de acordo com a OMS (2002).

A partir da institucionalização do SUS pela Constituição de 1988, a qual declara a saúde como um direito do cidadão e dever do Estado, ocorreram, no país, transformações que possibilitaram a inclusão de algumas Terapias Não Convencionais (TNC) nos serviços de atenção à saúde, como a fitoterapia (PINHEIRO; LUZ, 2003).

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, inclui, no campo de atuação do SUS, dentre outras ações, a de assistência terapêutica integral, inclusive a farmacêutica.

O Conselho Federal de Medicina (CFM), em 1992, através do Parecer 04/92 reconheceu a fitoterapia como método terapêutico, devendo a prescrição de fitoterápicos, entendida pelo CFM como sugestão, estar sob supervisão de um médico. Contudo, o órgão estuda reconhecer a atividade como especialização médica, mas não há prazo para a decisão (BRASIL, 2006a).

Em 1995, editada pela então Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária (hoje ANVISA), houve, como marco para a regulação de práticas de TNC no país, a instituição, através da Portaria GM nº 2543, do Grupo Assessor Técnico-Científico em Medicinas não-Convencionais (BRASIL, 2006a).

A 10ª Conferência Nacional de Saúde, em 1996, recomendou a incorporação ao SUS, em todo o País, de práticas como a fitoterapia, a acupuntura e a homeopatia. Estas duas últimas tiveram suas consultas médicas incluídas na tabela de procedimentos do SIA/SUS em outubro de 1999.

Aprovada em 1998, a Política Nacional de Medicamentos prevê, em sua diretriz Desenvolvimento Científico e Tecnológico, a expansão do apoio a pesquisas para o aproveitamento da flora nacional, com ênfase na certificação de suas

propriedades medicamentosas (BRASIL, 2006b).

Visando subsidiar as ações de vigilância sanitária, relacionadas às plantas medicinais e aos fitoterápicos, o Ministério da Saúde criou, em 1998, através da Portaria nº 665, a Subcomissão Nacional de Assessoramento em Fitoterápicos (BRASIL, 2006b).

A necessidade do estabelecimento de políticas específicas voltadas às plantas medicinais e à fitoterapia vem sendo apontada, principalmente na última década, por diversos pesquisadores e profissionais que atuam na área (DI STASI, 1996; SIMÕES *et al.*, 2002; UDRY, 2001; YUNES *et al.*, 2001).

Apesar de ainda serem tímidos os investimentos, tanto em estudos quanto na utilização da fitoterapia no SUS, é crescente a legitimação de seu uso no âmbito público de assistência à saúde. Sua institucionalização e pesquisa tem se dado de forma desarticulada, embora contínua. Iniciativas governamentais, legislativas, acadêmicas e da sociedade, relacionadas à sua inserção nos serviços de atenção, vêm sendo tomadas no sentido de conhecer, legitimar, implementar e regular (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2006a; UDRY, 2001).

Em função da expansão destas terapêuticas no SUS, o que sugere um entendimento mais ampliado do direito à saúde, estudos demonstram a sua aproximação com a integralidade, a partir da noção de que podem ser complementares, e não opostas, à biomedicina (PINHEIRO; LUZ, 2003).

Entende-se, portanto, que seja oportuno e necessário o entendimento de como a fitoterapia se relaciona com a integralidade, ou ainda, com tal “ideia-força” ou “bandeira de luta”, sentidos estes sugeridos em Mattos (2001, p. 41).

Como indicativos recentes de que está em curso um processo sócio-político que reflete aumento de demanda por efetiva incorporação de programas ou serviços de Fitoterapia na assistência pública à saúde, aconteceram, em 2003, as deliberações da 1ª Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica e da 12ª Conferência Nacional de Saúde, que forneceram subsídios para a normatização das ações governamentais na área da saúde para plantas medicinais e fitoterápicos. Muitas das deliberações emanadas de tais eventos se concretizaram, em 2004, na Política Nacional de Assistência Farmacêutica - PNAF, na Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde – PNCTIS e na Agenda Nacional de Prioridades em Pesquisa de Saúde – ANPPS; e, em 2005, nas recentes Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC e Política Nacional de

Plantas Medicinais e Fitoterápicos – PNPMF (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b).

Um grande avanço nesse sentido é a Portaria do Ministério da Saúde de nº 971 de 03 de maio de 2006 que aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2006a). Essa política traz entre suas diretrizes para plantas medicinais e fitoterapia, a elaboração da Relação Nacional de plantas medicinais e fitoterápicos, bem como o provimento do acesso aos usuários do SUS. Ainda em 2006, o Decreto Federal de nº 5.813 de 22 de junho de 2006 instituiu a “Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos”, que incentiva as pesquisas e dá diretrizes para implantação de serviços em caráter nacional pelas Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e dos Municípios (BRASIL, 2006b).

Em função de demandas apontadas pelo novo quadro sócio-político em fitoterapia, representado pelas novas políticas e pela mobilização de alguns setores da sociedade, supõe-se que seja necessário o desenvolvimento de estudos, em caráter interdisciplinar, também sob o aporte de várias subáreas do conhecimento, tais como as comuns ao campo da Saúde Coletiva, no sentido de se obter subsídios mais consistentes para o desenvolvimento científico e para as tomadas de decisão na área (BRASIL, 2005; LEITE, 2000; BIESKY, 2005).

A necessidade de inserção da fitoterapia nas matrizes curriculares dos cursos de graduação da área da saúde é percebida, não só por docentes e pesquisadores universitários, como também por profissionais que atuam no SUS. Como exemplo, toma-se Bieski (2005), que cita a importância, além da pesquisa, da divulgação e do ensino de tal terapêutica, numa perspectiva de que aos poucos, vá se formando uma nova mentalidade, que proteja e ao mesmo tempo utilize o potencial da flora brasileira, colocando-o, de maneira acessível, a serviço da saúde.

Na Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares é preconizada a adoção de medidas que possibilitem estimular as universidades a inserir nos cursos de graduação e pós-graduação, envolvidos na área, disciplinas com conteúdo voltado às plantas medicinais e fitoterapia, assim como estimular estágios de estudantes de graduação em serviços de fitoterapia (BRASIL, 2005).

Considerando que também se aplica a necessidade de mudanças nos processos de trabalho e de pesquisa em saúde, no âmbito do SUS, vale citar que: convivemos com a necessidade de transformar os conceitos e as práticas que orientam o processo de formação para produzir profissionais capazes de

compreensão e ação relativas à integralidade nas práticas de saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Em 2001, uma primeira proposta de Política Nacional de Plantas Medicinais e Medicamentos Fitoterápicos foi formulada pelo Ministério da Saúde, através de documento impresso, a qual foi apresentada no “Fórum para a Proposta de Política Nacional de Plantas Medicinais e Medicamentos Fitoterápicos” como o resultado preliminar do trabalho do Grupo de Estudo de Fitoterápicos da Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica, que à época integrava a Secretaria de Políticas de Saúde. A nominata do grupo de trabalho não vem identificada por representações, embora se identifiquem profissionais da Coordenação de Plantas Medicinais no Serviço Público, com experiência em programas municipais e expressão em organizações científicas e funcionários de órgãos do Ministério, como a ANVISA e a FIOCRUZ (CZERMAINSKI, 2009).

Seu propósito foi enunciado como o de garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade de plantas medicinais e de medicamentos fitoterápicos, e assim promover o uso racional. Sua justificativa baseia-se nas recomendações da OMS e citando documentos e regulamentos anteriores do Ministério sobre plantas medicinais, o programa da CEME, o relatório da 8ª CNS de 1986, o de Alma Ata, da ONU, pareceres do Conselho Federal de Medicina sobre a fitoterapia; destaca-se Portaria nº 665 de 1998 que criou a subcomissão Nacional de Assessoramento em Fitoterápicos, CONAFIT, um grupo interno, com atribuições de assessorar a então Secretaria de Vigilância Sanitária. E ainda o relatório da 10ª Conferência Nacional de Saúde que contemplou o tema em várias deliberações. E finaliza colocando que a proposta inicial foi desenvolvida face ao crescente envolvimento de centenas de municípios com programas de fitoterapia, a busca por alternativas terapêuticas para atender a demanda por medicamentos e ainda pela grande aceitação da fitoterapia (CZERMAINSKI, 2009).

Algumas secretarias do Ministério da Saúde vêm se empenhando, em parceria com várias associações, entidades, instituições de pesquisa e secretarias de saúde, para o fortalecimento da Fitoterapia no SUS. Como iniciativas governamentais pode-se citar, em 2001, a Proposta de Política Nacional de Plantas Medicinais e Medicamentos Fitoterápicos, discutida em um Fórum realizado em dezembro deste ano; e em 2003, o Seminário Nacional de Plantas Medicinais, Fitoterápicos e Assistência Farmacêutica, além da criação de Grupo de Trabalho

com objetivo de elaborar a Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares (BRASIL, 2006b).

Também em 2003, ocorreram a 1ª Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica, cujo relatório enfatizou a importância de ampliação do acesso aos medicamentos fitoterápicos e homeopáticos no SUS, e a 12ª Conferência Nacional de Saúde, que deliberou em favor de efetiva inclusão da Medicina Natural e Práticas Complementares nos serviços públicos de atenção à saúde (Brasil, 2005).

O Conselho Nacional de Saúde (CNS), em maio de 2004, através da Resolução nº 338 aprovou a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) como parte integrante da Política de Medicamentos. O CNS deliberou que a PNAF deva contemplar, dentre seus eixos estratégicos definição e pactuação de ações intersetoriais que visem à utilização das plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos no processo de atenção à saúde, com respeito aos conhecimentos tradicionais incorporados, com embasamento científico, com adoção de políticas de geração de emprego e renda, com qualificação e fixação de produtores, envolvimento dos trabalhadores em saúde no processo de incorporação desta opção terapêutica e baseado no incentivo à produção nacional, com a utilização da biodiversidade existente no país (Brasil, 2004b).

Numa perspectiva de se adotar medidas que possibilitem tornar disponíveis nas unidades de saúde, seja na estratégia de saúde da família, seja no modelo tradicional ou nas unidades de média e alta complexidade, os produtos planta medicinal *in natura*, planta medicinal seca (droga vegetal), fitoterápico manipulado e fitoterápico industrializado, são indicadas pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), dentre outras ações: a ampliação da produção de fitoterápicos por intermédio de farmácias públicas com manipulação de fitoterápicos, municipais ou estaduais; o estímulo à produção industrial de fitoterápicos com utilização prioritária dos Laboratórios Oficiais; e a aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação dos medicamentos aos usuários do SUS, conforme a organização dos serviços de assistência farmacêutica (BRASIL, 2006a).

Na Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF) são previstos incentivos e fomento a ações tais como: implantação de áreas de concentração em fitoterápicos e plantas medicinais nos cursos de pós-graduação; formação de grupos e centros de pesquisa na área, com atuação voltada ao

enfrentamento de necessidades epidemiológicas; e estabelecimento de mecanismos de financiamento visando a inovação e validação de tecnologias para a produção de fitoterápicos, estes apontados por estudos como nicho estratégico de desenvolvimento tecnológico nacional. Também é indicado o apoio a estudos sobre plantas medicinais que abordem a educação em saúde e a organização, gestão e desenvolvimento da assistência farmacêutica (BRASIL, 2006b).

A PNPMF tem como objetivo geral garantir à população brasileira o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, promovendo o uso sustentável da biodiversidade, o desenvolvimento da cadeia produtiva e da indústria nacional (BRASIL, 2009). Como objetivos específicos, apresenta:

1. Ampliar as opções terapêuticas aos usuários, com garantia de acesso a plantas medicinais, fitoterápicos e serviços relacionados à fitoterapia, com segurança, eficácia e qualidade, na perspectiva da integralidade da atenção à saúde, considerando o conhecimento tradicional sobre plantas medicinais.
2. Construir o marco regulatório para produção, distribuição e uso de plantas medicinais e fitoterápicos a partir dos modelos e experiências existentes no Brasil e em outros países.
3. Promover pesquisa, desenvolvimento de tecnologias e inovações em plantas medicinais e fitoterápicos, nas diversas fases da cadeia produtiva.
4. Promover o desenvolvimento sustentável das cadeias produtivas de plantas medicinais e fitoterápicos e o fortalecimento da indústria farmacêutica nacional neste campo.
5. Promover o uso sustentável da biodiversidade e a repartição dos benefícios decorrentes do acesso aos recursos genéticos de plantas medicinais e ao conhecimento tradicional associado.

E suas diretrizes, colocadas posteriormente no texto de forma mais específica e desenvolvidas em seus propósitos, são:

1. Regulamentar o cultivo, o manejo sustentável, a produção, a distribuição e o uso de plantas medicinais e fitoterápicos, considerando as experiências da sociedade civil nas suas diferentes formas de organização.
2. Promover a formação técnico-científica e capacitação no setor de plantas medicinais e fitoterápicos.
3. Incentivar a formação e a capacitação de recursos humanos para o desenvolvimento de pesquisas, tecnologias e inovação em plantas medicinais e fitoterápicos.
4. Estabelecer estratégias de comunicação para divulgação do setor plantas medicinais e fitoterápicos.
5. Fomentar pesquisa, desenvolvimento tecnológico e inovação com base na biodiversidade brasileira, abrangendo espécies vegetais

nativas e exóticas adaptadas, priorizando as necessidades epidemiológicas da população.

6. Promover a interação entre o setor público e a iniciativa privada, universidades, centros de pesquisa e organizações não-governamentais na área de plantas medicinais e desenvolvimento de fitoterápicos.

7. Apoiar a implantação de plataformas tecnológicas piloto para o desenvolvimento integrado de cultivo de plantas medicinais e produção de fitoterápicos.

8. Incentivar a incorporação racional de novas tecnologias no processo de produção de plantas medicinais e fitoterápicos.

9. Garantir e promover a segurança, a eficácia e a qualidade no acesso a plantas medicinais e fitoterápicos.

10. Promover e reconhecer as práticas populares de uso de plantas medicinais e remédios caseiros.

11. Promover a adoção de boas práticas de cultivo e manipulação de plantas medicinais e de manipulação e produção de fitoterápicos, segundo legislação específica.

12. Promover o uso sustentável da biodiversidade e a repartição dos benefícios derivados do uso dos conhecimentos tradicionais associados e do patrimônio genético.

13. Promover a inclusão da agricultura familiar nas cadeias e nos arranjos produtivos das plantas medicinais, insumos e fitoterápicos.

14. Estimular a produção de fitoterápicos em escala industrial.

15. Estabelecer uma política intersetorial para o desenvolvimento socioeconômico na área de plantas medicinais e fitoterápicos.

16. Incrementar as exportações de fitoterápicos e insumos relacionados, priorizando aqueles de maior valor agregado.

17. Estabelecer mecanismos de incentivo para a inserção da cadeia produtiva de fitoterápicos no processo de fortalecimento da indústria farmacêutica nacional.

Para o desenvolvimento de diretriz relacionada à promoção de práticas populares de uso de plantas medicinais, na PNPMF são também indicadas a identificação e implantação de mecanismos de validação/reconhecimento que levem em conta os diferentes sistemas de conhecimento (tradicional/popular x técnico/científico) (BRASIL, 2006b).

Juntamente com pesquisas nas áreas de agronomia, de tecnologia farmacêutica, de farmacologia clínica e de epidemiologia, demonstram-se também importantes, para o fortalecimento da fitoterapia no SUS, investigações nas áreas de antropologia médica e de farmácia social, dentre outras. De La Cruz (2005) recomenda a promoção e a realização de estudos que visem a identificação de fatores culturais, psicológicos e sociológicos associados à prescrição de fitoterápicos.

Com vistas a atingir o objetivo da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos que visa “garantir à população brasileira o acesso seguro e o uso

racional de plantas medicinais e fitoterápicos, promovendo o uso sustentável da biodiversidade, o desenvolvimento da cadeia produtiva e da indústria nacional”, foi aprovado o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF) pela Portaria Interministerial nº 2.960/2008 (BRASIL, 2008b).

As ações do PNPMF, visando abranger toda a cadeia produtiva de plantas medicinais e fitoterápicos, são distribuídas nos seguintes eixos: regulamentação, recursos humanos, pesquisa, desenvolvimento e inovação (PD&I), informação/comunicação, SUS, conhecimento tradicional e popular, cultivo e manejo de plantas medicinais, produção de fitoterápicos, cadeia produtiva e recursos/financiamento.

Quanto aos recursos humanos, para atender a necessidade de promover capacitação técnica e educação permanente em plantas medicinais e fitoterápicos dos profissionais de saúde do SUS, foi incluída a Disciplina Gestão em Fitoterapia e Homeopatia, no Curso de Pós-graduação *Lato sensu* Gestão da Assistência Farmacêutica, financiado pelo MS, em 13 Instituições de Ensino Superior e Escolas de Saúde Pública (IES/ESP), para 440 farmacêuticos. Está em processo a contratação de parceria para realização de curso na modalidade de ensino à distância (EAD) em Fitoterapia para médicos no SUS. Também está prevista uma ação no Programa Mais Saúde, para capacitar profissionais de saúde e gestores em Plantas Medicinais /Fitoterapia, por meio de oficina para multiplicadores (NASCIMENTO JUNIOR *et al.*, 2010).

Na área de PD&I, as diretrizes determinam fomentar com base na biodiversidade brasileira, abrangendo espécies vegetais nativas e exóticas adaptadas, priorizando as necessidades epidemiológicas da população; promover a interação entre o setor público e a iniciativa privada, universidades, centros de pesquisa e organizações não governamentais; apoiar a implantação de plataformas tecnológicas piloto para o desenvolvimento integrado de cultivo de plantas medicinais e produção de fitoterápicos. Para desenvolver essas diretrizes, devem ser implementadas ações para estabelecer uma política intersetorial para o desenvolvimento socioeconômico; estimular a produção de fitoterápicos em escala industrial; estabelecer mecanismos de incentivo para a inserção das cadeias e dos arranjos produtivos de fitoterápicos no processo de fortalecimento da indústria farmacêutica nacional; identificar, verificar demandas e fomentar centros, grupos, redes e linhas de pesquisa; identificar e fomentar, instituições/empresas e/ou

sociedade civil organizada, com potencial para desenvolver PD&I; identificar potencial, definir formas e promover transferência de novas tecnologias, avaliar tecnologias em saúde (BRASIL, 2009).

Em relação ao SUS, além das ações acima citadas sobre a capacitação de médicos e farmacêuticos, as pesquisas financiadas pelo MS, a divulgação da Rénisus e o complexo industrial da saúde, foram incluídos fitoterápicos no elenco de referência de medicamentos da assistência farmacêutica, constante da Portaria GM/MS nº 2.982 (BRASIL, 2009a) que aprova as normas de execução e financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica. Atualmente existe financiamento para oito fitoterápicos com recurso tripartite, ou seja, oriundo dos Municípios, Estados/DF e União. São eles: *Cynara scolymus* (Alcachofra), *Glycine max* (Soja - isoflavona), *Harpagophyllum procumbens* (Garra-do-diabo), *Rhamnus purshiana* (Cáscara sagrada), *Schinus terebinthifolius* (Aroeira-da-praia), *Uncaria tomentosa* (Unha-de-gato), além de *Maytenus ilicifolia* (Espinheira-santa) e *Mikania glomerata* (Guaco), financiados desde 2007. Além de aumentar o número de fitoterápicos financiados, a Portaria GM/MS nº 2.982/09 ampliou o valor do recurso que passou de R\$ 7,10 para R\$ 8,82/hab/ano, assim distribuídos: União - R\$ 5,10/hab/ano; Estados e Distrito Federal - R\$ 1,86/hab/ano; Municípios - R\$ 1,86/hab/ano.

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

Uma das ações realizadas pela ANVISA para garantir a segurança da saúde da população é o registro de medicamentos, etapa na qual os mesmos são avaliados quanto a sua segurança, eficácia e qualidade antes de serem expostos a venda para utilização pela população.

Informações sobre registro de medicamentos fitoterápicos no Brasil podem ser obtidas por diversas fontes, sendo as mais utilizadas o sítio da ANVISA e o VISALEGIS, por serem de livre acesso².

² No sítio da ANVISA, na área relativa a medicamentos, disponível através do link http://www7.anvisa.gov.br/datavisa/Consulta_Produto/consulta_medicamento.asp, pode-se buscar quais são os fitoterápicos registrados através de algumas ferramentas, como: nome comercial do produto; do princípio ativo (no caso de espécies vegetais, gênero e espécie. Atualmente, o cadastro de espécies vegetais para o registro de fitoterápicos na ANVISA está restrito ao gênero e espécie correspondente, uma vez que a inclusão do autor do binômio acarretava diversos erros; CNPJ da empresa; número de registro do medicamento procurado; ou o número do seu processo de registro na Anvisa. Já o VISALEGIS, disponível também no site da Anvisa através do link: <http://www.anvisa.gov.br/e-legis/>, é uma base de dados que contempla a legislação relacionada à vigilância sanitária nos âmbitos federal, estadual e municipal, sendo alimentada e atualizada pela ANVISA e pelas Vigilâncias Sanitárias Estaduais e Municipais, diariamente. Nessa base de dados, pode-se buscar o registro de determinado medicamento fitoterápico pelo nome comercial do produto; princípio ativo; nome da empresa detentora do registro; ou número do processo de registro (CARVALHO *et al.*, 2009).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Compreender a percepção dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre a inserção da Fitoterapia no SUS.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer a visão que os profissionais de saúde têm da Fitoterapia, através de informações adquiridas durante e após sua formação, com destaque para a importância que atribuem a esta prática, assim como suas possibilidades e limites;
- Compreender as implicações que os profissionais de saúde estabelecem entre Fitoterapia x Biomedicina³;
- Identificar, através dos agentes comunitários de saúde ou outro profissional envolvido, a possível incorporação do uso das plantas medicinais no cotidiano da comunidade.

³ Sistema Médico Complexo que possui como dimensões: morfologia humana (Sistemas orgânicos), dinâmica vital (fisiopatologia e fisiologia dos sistemas), doutrina médica (teoria da causalidade da doença e seu combate), sistema diagnóstico (semiologia, anamnese, exame físico e exames complementares) e sistema de intervenção terapêutica (medicamento, cirurgia, prevenção) (SALLES, 2006).

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, cujos referenciais metodológicos decorrem dos princípios da pesquisa qualitativa. Na busca por um espaço mais profundo das relações, processos e fenômenos, esta abordagem trabalha com significados, crenças, motivos, aspirações, valores e atitudes, visando uma aproximação com o objeto de estudo (MINAYO, 2006).

Entende-se que na apreensão do objeto estão implicados os conhecimentos e valores do pesquisador, e que estes poderão influenciar na forma que os resultados serão apresentados. Tal entendimento não implica no estudo ser menos científico, e sim na necessidade de consciência deste fato, para que seus resultados possam contribuir com estudos futuros, a partir de olhares de outro investigador, permitindo melhor compreensão de determinada realidade (TURATO, 2003).

3.1 CENÁRIO, SUJEITOS DO ESTUDO E PROCEDIMENTOS PARA ENTRADA NO CAMPO

Juiz de Fora é um município do estado de Minas Gerais localizado na Zona da Mata Mineira, tem como estimativa populacional 520.612 habitantes no ano de 2008 e 570.117 para o ano de 2010, apresenta superfície de 1.429,875 km². Seus Distritos e áreas são assim divididos: Juiz de Fora (distrito sede), 725,975 Km²; Torreões, 374,5 Km², Rosário de Minas, 225,6 Km²; Sarandira, 103,8 Km², sendo aproximadamente 400 km² de área urbana. Sua população é estimada em mais de 526 mil habitantes, de acordo com o do IBGE (2009), onde aproximadamente 99,16% do total vivem na área urbana.

Sendo considerada uma cidade de porte médio, localizada á 21°41`20`` de latitude sul e 43°20`40`` de longitude oeste, a sudeste do Estado de Minas Gerais, na Mesorregião Geográfica da Zona da Mata Mineira. Esta localização lhe permitiu uma posição geográfica privilegiada, eixo Belo Horizonte e Rio de Janeiro, que contribuiu essencialmente ao longo da história para o seu desenvolvimento.

Contudo, sua mancha urbana ocupa apenas 93,5 km² (cerca de 28% da Área Urbana), havendo a desocupação de quase 72% do espaço legalmente considerado urbano que se apresenta repleto de contrastes, nos aspectos físicos, sociais e econômicos, fator que contribui para o privilégio de uma parcela da população pertencente às classes sociais mais elevadas e desfavorece as classes inferiores

O município de Juiz de Fora possui 42 UBSs na área urbana e 19 na área rural. Do total, 35 UBSs possuem Programa de Saúde da Família (PSF). Para o desenvolvimento da pesquisa, foi escolhida 1 UBS com atuação de projetos relacionados à fitoterapia e plantas medicinais.

No desenvolvimento da dissertação, o sigilo em relação ao local escolhido e aos profissionais selecionados foi mantido, pois criamos nomes fictícios para os mesmos.

Tal UBS possui Programa de Saúde da Família com 3 equipes de saúde, cada uma com 1 profissional médico, 1 enfermeiro, 1 auxiliar de enfermagem e 6 agentes comunitários de saúde. Além disso, a UBS possui 1 assistente social e 1 dentista em seu quadro de profissionais. Cada equipe de saúde é responsável por aproximadamente 3.500 pessoas e a área de cobertura da UBS inclui quatro bairros.

Neste local, foi desenvolvido, por alguns meses, um projeto piloto de plantas medicinais financiado pela Prefeitura Municipal de Juiz de Fora em paralelo com outras três Unidades de Saúde. Houve encontros com os Agentes Comunitários de Saúde a fim de fornecer informações sobre as espécies medicinais distribuídas nas Unidades, assim como alguns encontros com os profissionais prescritores. Havia consultas pelos médicos e orientação junto aos enfermeiros e agentes comunitários de saúde. A Prefeitura, em parceria com a Fazenda Santa Cândida, disponibilizava às UBS participantes mais de dez espécies diferentes de plantas medicinais, secas e rasuradas, embaladas e rotuladas. Além disso, na UBS, havia um horto educativo com o cultivo de diversas espécies medicinais que era mantido pelos profissionais, junto com a comunidade.

Entretanto, com a mudança de gestão municipal, interromperam a distribuição das plantas medicinais para as UBS participantes e o projeto se enfraqueceu até finalizar.

Os sujeitos deste estudo se constituíram de profissionais de saúde da referida UBS do município (médicos, enfermeiros, dentistas, auxiliares de

enfermagem, agentes comunitários de saúde), os quais foram abordados em seu ambiente de trabalho, vindo a participar da pesquisa após a leitura, concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice B) aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFJF com parecer nº 051/2010 (ANEXO A).

Na entrada no campo aplicou-se um questionário. A utilização deste teve o intuito de se identificar os sujeitos, de se estabelecer uma caracterização sócio-demográfica do grupo, assim como facilitar a escolha dos profissionais a serem observados/entrevistados. Além disso, este procedimento permitiu um primeiro contato com o grupo a ser pesquisado, de forma a se buscar uma aproximação com o mesmo, permitindo o que, em pesquisa qualitativa se denomina “aculturação” do pesquisador.

3.2 COLETA DOS DADOS

De forma a atingir os objetivos propostos, este estudo utilizou duas estratégias metodológicas para coleta de dados, típicas da investigação com abordagem qualitativa: a observação participante e a entrevista semiestruturada.

A observação participante constitui-se no primeiro momento da pesquisa de campo propriamente dita, onde a aproximação entre o pesquisador e seus sujeitos de estudo se dá a partir de uma convivência entre eles. Conforme lembrado por Minayo (2006, p. 274), “o observador é parte do contexto sob observação, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado por este contexto”. Nesta fase, foi utilizado um diário de campo como instrumento para registro das impressões e comentários acerca da investigação, que colaboraram, também, para a escolha dos profissionais entrevistados, aspecto a ser abordado mais adiante, nesta seção. O ato de observar é um dos meios mais frequentemente utilizados pelo ser humano para conhecer e compreender as pessoas, as coisas, os acontecimentos e as situações. Observar é aplicar os sentidos, a fim de se obter uma determinada informação sobre algum aspecto da realidade. É mediante o ato intelectual de observar o fenômeno estudado que se concebe uma noção real do ser ou ambiente natural, como fonte direta dos dados (QUEIROZ, 2007).

Em relação às entrevistas, na pesquisa qualitativa, as mesmas assemelham-se a uma conversa, sendo um instrumento que permite tratar de temas complexos que não poderiam ser explorados adequadamente por um questionário. A entrevista semiestruturada é uma técnica de coleta de dados que supõe uma conversação continuada entre informante e pesquisador e que deve ser dirigida por este, de acordo com seus objetivos. Desse modo, da vida do informante só interessa aquilo que vem se inserir diretamente no domínio da pesquisa (DUARTE, 2004).

Neste trabalho, como instrumento para as entrevistas semiestruturadas utilizou-se um roteiro de perguntas previamente elaborado, baseado nas questões norteadoras/objetivos apresentados neste projeto (Apêndice A), e previamente testadas junto a profissionais da UBS escolhida para a pesquisa.

Algumas das perguntas previamente elaboradas para a abordagem aos alunos foram modificadas após as entrevistas-piloto, a partir da observação de sua possível inadequação.

O roteiro foi elaborado com perguntas abertas baseadas nas questões norteadoras/objetivos desta pesquisa, envolvendo os seguintes aspectos: (1) inserção da Fitoterapia no SUS; (2) conhecimentos suficientes para correta orientação e/ou prescrição de medicamentos fitoterápicos; (3) relação entre fitoterapia x alopatia; (4) utilização da Fitoterapia pela comunidade; (5) dificuldades e sugestões para inserção da Fitoterapia na UBS.

Para a escolha do grupo entrevistado, considerando a necessidade de aprofundamento, da abrangência e da diversidade para o processo de compreensão, buscou-se, assim como indicado em Minayo (2006, p. 197), uma amostra que refletisse a totalidade das múltiplas dimensões do objeto.

Foram realizadas 10 entrevistas, com duração média de 30 minutos, nas instalações da instituição onde trabalham os entrevistados. O registro das mesmas se deu por meio de gravação em fitas-cassete e mp3, para facilitar a transcrição.

Assim sendo, a definição da quantidade de entrevistados se deu a partir do critério da saturação, conhecimento formado em campo, após o entendimento das homogeneidades e das diferenciações internas do grupo. O “ponto de saturação”, ou seja, o momento em que se cessa a inclusão de entrevistados é determinado pelo pesquisador, quando se tornam recorrentes as informações das entrevistas. As informações fornecidas pelos novos participantes da pesquisa pouco acrescentariam ao material já obtido, não mais contribuindo significativamente para

o aperfeiçoamento da reflexão teórica fundamentada nos dados que estão sendo coletados (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

3.3 ANÁLISE DOS DADOS

Os procedimentos para a análise dos dados foram desenvolvidos a partir da técnica de análise temática de conteúdo (MINAYO, 2006), que é uma das modalidades da técnica de análise de conteúdo (BARDIN, 2008).

A análise temática se apoia na noção de *tema*, que pode estar relacionada a uma afirmação ou a uma alusão. O tema, termo também utilizado como *unidade de registro* ou *unidade de significação*, pode se apresentar como uma palavra-chave ou frase. De acordo com Minayo (2006, p. 316), esta técnica de tratamento de dados consiste em “descobrir os *núcleos de sentido* que compõem uma comunicação, cuja *presença* ou *frequência* signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado”. A respeito dessa técnica, a autora coloca ainda que para uma análise de significados, a presença de determinados temas denota estruturas de relevância, valores de referência e modelos de comportamento presentes ou subjacentes no discurso.

Após a transcrição das entrevistas, seu conteúdo foi organizado e categorizado, juntamente com os da pesquisa documental e das notas registradas no diário de campo.

Em algumas circunstâncias, durante as entrevistas, os sujeitos não responderam diretamente ao foco do questionamento feito, e sim, apontaram aspectos relacionados à temática geral da pesquisa. Estes foram considerados, em alguns casos, junto a outros temas, a partir do processo de categorização.

Para a exploração do material, após a apreensão das unidades temáticas, estas foram classificadas e reagrupadas a fim de se definirem e constituírem categorias, que, segundo Minayo (2006), “são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado”. No caso, foram construídas duas categorias, com suas respectivas subcategorias, conforme demonstrado a seguir:

CATEGORIA 1 – Percepção dos profissionais sobre a Fitoterapia no SUS

- Inserção da Fitoterapia no SUS;
- Utilização da Fitoterapia pela comunidade;
- Dificuldades e sugestões para incremento da Fitoterapia no SUS.

CATEGORIA 2 – Qualificação dos profissionais para atuação em Fitoterapia no SUS

- Conhecimentos suficientes para orientação e/ou prescrição adequadas?;
- Fitoterapia x alopatia: são terapêuticas diferentes?;
- Desafios e perspectivas para uma Fitoterapia atuante no SUS.

Na apresentação dos resultados e discussão deste trabalho, a seguir, os profissionais entrevistados encontram-se codificados por espécies medicinais (Guaco, Alcachofra, Unha de Gato, Garra do Diabo, etc.).

Por fim, foram relacionados os dados obtidos com o referencial teórico adotado, no sentido de se apreender a percepção dos sujeitos da pesquisa frente à fitoterapia no SUS.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS

Participaram da pesquisa 10 profissionais da UBS (2 médicos, 2 enfermeiros, 2 dentistas e 4 agentes comunitários de saúde). Destes, 6 profissionais estavam na Unidade quando a Prefeitura Municipal de Juiz de Fora realizou um projeto piloto para inserção da Fitoterapia no SUS.

4.2 A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS SOBRE A FITOTERAPIA NO SUS

4.2.1 Inserção da Fitoterapia no SUS

A demanda pela inclusão da Fitoterapia no SUS tem registros fundamentais, como a contribuição primordial de Francisco José de Abreu Mattos. Farmacêutico com grande inserção nas comunidades, Mattos desenvolveu concepções, práticas e pesquisas com plantas medicinais, sendo o criador das Farmácias Vivas no estado do Ceará, que se tornou base para muitos outros programas de fitoterapia (CZERMAINSKI, 2009).

Mattos foi um dos atores fundamentais a pautar a fitoterapia como prática e o reconhecimento do saber popular no uso de plantas medicinais. Do editorial da Revista Brasileira de Farmácia, que o homenageou quando de seu falecimento em 2008, consta:

Dentre seus livros publicados destacamos Farmácias Vivas - Manual de instruções sobre o emprego correto de plantas medicinais para uso de comunidades e serviços de saúde pública. Esta obra serviu de modelo para o Ministério da Saúde criar a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Através do Decreto n.º 5.813, de 22 de junho de 2006 e adotado pelo Sistema Único de Saúde. Partindo daí, surgiram programas municipais e estaduais de fitoterapia implantados junto às Secretarias de Saúde e às

comunidades organizadas em todo o território nacional (FERREIRA, 2009, p. 2).

Em publicação do Ministério da Saúde sobre a PNPMF (2006b), sua apresentação refere o intuito de:

Estabelecer diretrizes para a atuação do governo na área de plantas medicinais e fitoterápicos, elaborou-se a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, que se constitui parte essencial das políticas públicas de saúde, meio ambiente, desenvolvimento econômico e social como um dos elementos fundamentais de transversalidade na implementação de ações capazes de promover melhorias na qualidade de vida da população brasileira (BRASIL, 2006b, p. 7).

E apresenta os princípios que nortearam a sua elaboração, tais como:

[...] melhoria da atenção à saúde, uso sustentável da biodiversidade brasileira e fortalecimento da agricultura familiar, geração de emprego e renda, desenvolvimento industrial e tecnológico e perspectiva de inclusão social e regional, além da participação popular e do controle social sobre todas as ações decorrentes dessa iniciativa. Entre os fatores previamente admitidos, deve-se ressaltar a necessidade de minimização da dependência tecnológica e do estabelecimento de uma posição de destaque de nosso país no cenário internacional. (BRASIL, 2006b, p. 7).

Embora passados quase 5 anos, a realidade encontrada ainda não contempla o que a referida política prevê, mesmo que os profissionais enxerguem, de certa forma, a importância de tal tema em seu cotidiano.

Assim, o entendimento dos profissionais de saúde acerca da inserção da fitoterapia no SUS apresentou um significado comum, onde consideram favorável a inclusão desta terapêutica no Sistema:

Eu acho interessante, é uma opção a mais né? Que a gente tem pra tá indicando para os pacientes. (Dentista Cáscara-sagrada)

Eu, acho importantíssimo, né? Porque é uma coisa assim que a gente, até mesmo a população já conhece, né? E já usa um pouco e se a gente conseguisse colocar isso numa forma científica, né? Isso seria muito melhor. (Enfermeira Aroeira)

Acho que ela ajudaria muito os nossos usuários, seria mais uma (...) uma estratégia de atendimento e elevaria muito a qualidade da vida do usuário, tá? (Enfermeira Alcachofra)

Os profissionais acreditam que para consolidar a Fitoterapia no SUS é necessária uma série de requisitos como capacitação de profissionais, comprometimento político, utilização de indicadores:

o esclarecimento é importante, a seriedade é importante e a divulgação de que esses medicamentos também, fitoterápicos, medicamentos fitoterápicos também podem ter efeitos colaterais é importante. Ou seja, se houvesse seriedade e não rompimento da corrente eu acho que daria certo. (Dentista Garra do diabo)

Eu acho que ela é necessária mas ela não é parte sustentável, tá? Precisa ser implantada, precisa de pessoas com perfil, precisa de indicadores também, mas também precisa de ter pessoas que realmente acreditem na fitoterapia e isso é o maior caminho. (Enfermeira Alcachofra)

A utilização de plantas medicinais tem sido muitas vezes considerada como um fato desvinculado da assistência à saúde como um todo. Segundo Hufford (1997, p.736)

um sistema de saúde que adota a fitoterapia deve incorporar um conjunto de atitudes, valores, e crenças que constituem uma filosofia de vida, não meramente uma porção de remédios.

De acordo com Nicoline (2006), a relação das medicinas e práticas terapêuticas não-convencionais com a integralidade se dá em função de que a

expansão destas no SUS, permitindo ao usuário escolher a terapêutica, sugere um entendimento mais ampliado do direito à saúde, conforme exposto em Pinheiro e Luz (2003, p. 20), “na medida em que os conteúdos teórico-práticos norteadores destas práticas se aproximam da integralidade em duas dimensões: da atenção e do cuidado em saúde”. De acordo com as autoras, apresentar as medicinas e práticas não convencionais como voltadas para a integralidade “parte do pressuposto de que as racionalidades médicas⁴ alternativas podem ser complementares à medicina convencional e não suas opositoras” (Ib., p. 30).

Quando questionados sobre a aceitação da fitoterapia por parte dos profissionais, nota-se que o interesse aumentou e atingiu também a classe médica que tem atuação direta neste processo, já que é a responsável pela escolha da terapêutica utilizada.

Com certeza, não te digo que a grande maioria, tá? Eu acredito que nós já crescemos bastante e eu acredito que uns 20 a 30% dos profissionais tendo a capacitação apropriada são favoráveis a fitoterapia. E isso me chamou a atenção que a classe médica hoje favoráveis, existem pessoas como a Dra. Hortelã, enfermeiros, assistentes sociais, os agentes comunitários (Enfermeira Alcachofra)

A falta de conhecimento dos profissionais de saúde sobre a utilização das terapias alternativas e, mais ainda, do sistema de interpretação dos sinais e sintomas utilizados popularmente é fato reconhecido tanto por estes como pela população. O conhecimento das doenças que o médico não cura e de certos medicamentos que o médico não receita, identifica este contexto já institucionalizado das diferenças entre as medicinas oficial e paralela. (LOYOLA, 1984; NORONHA, 1990).

Em pesquisa realizada em São Paulo, 60% dos médicos entrevistados, ao serem questionados a respeito da formação médica tradicional, se mostraram a favor da inclusão de disciplinas referentes às TNC nos currículos oficiais de graduação em medicina (KAZUSEI, 2004).

⁴ Racionalidade médica ou Sistema Médico Complexo possui algumas dimensões próprias: morfologia humana, dinâmica vital, doutrina médica, sistema diagnóstico e sistema de intervenção terapêutica. São consideradas racionalidades médicas: biomedicina, homeopatia, medicina tradicional chinesa, medicina ayurvedica (SALLES, 2006).

No âmbito do ensino superior público e privado brasileiro, estudos como os de Teixeira *et al.* (2004) e de Trovo (2003), sugerem que é crescente o interesse de estudantes universitários - de graduação e pós-graduação - na obtenção de conhecimentos relativos às TNC, o que encontra pouca correspondência nos conteúdos programáticos dos currículos oficiais da maioria dos cursos da área de saúde, apesar dos recentes discursos e reformulações curriculares ocorridas em algumas instituições.

De acordo com o trabalho de Leite; Schor (2005), os profissionais identificados pela comunidade como mais relacionados à fitoterapia são os agentes comunitários de saúde (ACS). Estas são pessoas do lugar, que possuem a mesma linguagem do povo, mas também carregam certo credenciamento junto a este por trabalharem na Unidade de Saúde. Nesta pesquisa, ficou evidente que as agentes auxiliavam a indicação das plantas medicinais, e desta forma tinham a oportunidade de interagir com os itinerários terapêuticos dos usuários.

Nota-se, na realidade estudada, que os profissionais percebem a importância do Agente Comunitário de Saúde no processo de estruturação da fitoterapia na Unidade, já que possuem uma ligação direta com a realidade local.

São profissionais que estão em contato direto com a comunidade. Então eu acho que essa relação é bem forte. E elas vêm a história delas também.
(Dentista Garra do diabo)

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 (...). (Médico Guaco)

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. Este potencial de impacto sobre a comunidade pode e deve ser utilizado quando do planejamento de ações de saúde, principalmente, quanto à educação em saúde. (LEITE; SCHOR, 2005)

4.2.2 Utilização da Fitoterapia pela comunidade

Simultaneamente ao uso de medicamentos sintéticos, a população atendida em Unidades Básicas de Saúde (UBS) faz uso de plantas medicinais com fins terapêuticos, muitas vezes desconhecendo a possível existência de toxicidade e mesmo sua comprovada ação terapêutica, forma correta de cultivo, preparo, indicações e contraindicações, acreditando que, por serem plantas medicinais, não são prejudiciais à saúde, independente da forma e quantidade utilizada (TOMAZZONI, 2004).

Constatou-se que, na maioria dos casos, a divulgação do uso das plantas com finalidade terapêutica é feita de maneira informal, sendo estes conhecimentos, muitas vezes, transmitidos de geração a geração, tendendo a se restringir a determinadas culturas. É importante analisar as implicações que o uso indiscriminado de plantas medicinais pode ter na assistência à saúde e como os profissionais de saúde poderiam empregar este recurso terapêutico de forma eficaz.

O registro do saber tradicional é indispensável, uma vez que informações sobre o uso empírico das plantas encontram-se sob ameaça de desaparecimento. Some-se a esse fato, o risco de desaparecimento a que muitas das espécies utilizadas nas práticas de cura sofrem na atualidade. Nesse contexto, a etnobotânica segundo Amorozo (1996, p.35),

[...] apresenta um instrumental teórico-metodológico que inclui muitos aspectos das ciências biológicas e das ciências sociais, especialmente a antropologia, ficando, assim, bem equipada para colaborar com a tarefa de modificar as formas de vida das populações devido ao contato com sociedades nacionais que podem levar ao abandono ou inadequação das antigas estratégias de manejo, ou à sobre-exploração dos recursos, resultantes de um aumento da densidade populacional humana. É importante saber que tanto a Ciência, quanto o Saber Local, são sistemas de conhecimento, com diferentes ênfases e abordagens, a partir de pontos de vista diversos. A Ciência é globalizante e o Saber Local é particularista, mas ambos devem trabalhar em conjunto para a obtenção de resultados mais férteis do que cada um em separado e também para lidar com o complexo problema do uso e conservação dos recursos biológicos.

Neste sentido, o “saber local” da comunidade atendida pela UBS é assim percebido pelos profissionais de saúde:

Olha, uma comunidade carente ela aceita, talvez, muito bem, eu acho que o fato, eles tem na concepção deles, no quintal deles muitas vezes eles tem plantas, muitas vezes, pelo fato do avô ou dos tios, eles vêem o resultado de ver as pessoas melhorando. Se ta no quintal da casa dele, ou se o vizinho tem, que é muito comum, então eu acho que a comunidade aceita muito bem. (Dentista Garra do diabo)

Eu acho que, assim, teve momento é pelo que eu sei, eles aceitaram muito bem e assim, a questão até do cultivo, era uma terapia para eles, porque também eles participavam disso, né? (Enfermeira Aroeira)

Quanto ao uso de plantas com fins medicinais, a população insatisfeita com o sistema convencional de saúde, devido à percepção de suas limitações e devido às reações adversas comumente causadas pelos medicamentos e, ainda, buscando descobrir soluções alternativas para as doenças, continua fazendo uso de plantas, demonstrando que esta prática no cuidado à saúde permanece presente, contribuindo para o crescente uso das terapias não convencionais (FURNHAM; BHAGRATH, 1993). E, ainda, continua a crença difundida de que o que é natural não faz mal, portanto as ervas não podem ser perigosas, de que apenas curam, o que direciona ainda mais ao consumo e aceitabilidade das terapias alternativas e, particularmente, da fitoterapia.

Como Pachter (1994) advoga, a abertura de uma linha de comunicação entre as crenças e modelos explicativos populares sobre saúde pode propiciar uma aliança entre pacientes e profissionais de saúde, facilitando a melhor adesão à terapêutica sugerida, melhor utilização dos serviços de saúde e satisfação dos usuários.

Segundo Leite; Schor (2005) o fato de haver na Unidade de Saúde estudada um horto de plantas medicinais e incentivo ao uso das mesmas, com a participação da comunidade, promove a interação entre a comunidade e a instituição, e é uma forma de romper barreiras culturais para a atuação de uma equipe de saúde, ainda que não esteja sendo plenamente utilizado pelos profissionais de saúde.

A experiência vivida pela comunidade da UBS em estudo demonstra isso, quando havia um horto educativo na Unidade. Entretanto, com o término do projeto piloto, onde alguns profissionais de saúde atuavam com a realização de consultas e prescrição de plantas medicinais que eram disponibilizadas pela Prefeitura em sachês com a planta seca e rasurada, notou-se que a comunidade local diminuiu o uso:

Não porque terminou esse atendimento, nós tínhamos dois dias na semana, que eram agendados, as pessoas viam faziam anamnese, conversavam com o agente comunitário, faziam registro, faziam acompanhamento. Mas foi perdido, deve ter 5 anos que foi perdendo depois que parou de vir o fornecimento da medicação, porque quando tem o medicamento pra oferecer, o medico prescreve, o agente de saúde fazia o acolhimento, a entrevista mais demorada, a parte da enfermagem a gente deu um pouco do diagnóstico físico pra completar e o médico fazia a prescrição adequada. (Enfermeira Alcachofra)

Agora relaxou porque as vezes até eles mesmos perguntam. (Dentista Cáscara-sagrada)

Então mesmo após o fim do projeto a população ainda se interessa, busca, mas pouco, muito pouco. (Médico Espinheira-santa)

Diminuiu esse uso e eles usam de maneira errada, não usam é, respeitando o cultivo, como eles eu achava que qualquer planta e qualquer hora, e a forma de preparar, eu acho que eles preparam errado. (Enfermeira Alcachofra)

Em contrapartida, é notável o questionamento da população pelo retorno do projeto na UBS e a necessidade pela busca de orientação correta:

Olha, eles até hoje perguntam pra gente se não vai voltar. Ai não depende de nós, porque se dependesse só de nós, estaria aqui até hoje. (Agente Unha de gato)

A comunidade participa, desde que ela seja bem informada, esclarecida através dessas informações. Na época limpava a frente dessa unidade aqui, puseram várias plantas, a doutora trabalhou diretamente aqui, veio de bota, pegou enxada, deu exemplo pro pessoal e a gente sentiu realmente essa

mobilidade, muitas pessoas comentavam, na minha casa tem isso, vou trazer pra cá. (Dentista Garra do diabo)

Percebe-se que há profissionais comprometidos com a causa da Fitoterapia e se dedicam ao projeto de implantação em suas Unidades, o que passa para a população adscrita uma confiança e credibilidade sobre o uso das plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos, além de muitas vezes mobilizar as pessoas a participarem diretamente.

O acesso a diferentes terapias medicamentosas está implícito nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). A fitoterapia, por ser uma prática tradicional de saúde e já revelada em diversos estudos como de uso para fins terapêuticos para uma parcela significativa da população, poderia atender muitas das demandas de saúde da população usuária deste serviço (TOMAZZONI, 2004).

4.2.3 Dificuldades e sugestões para incremento da Fitoterapia no SUS

A implantação de determinadas políticas de saúde depende de um conjunto de informações essenciais, que possam subsidiar a construção da situação da saúde local e a orientação do modelo de atenção. Dentre estas informações, é importante conhecer como as pessoas vivem, seus valores, suas crenças, seus costumes, enfim, fatores que possam estar interferindo no processo saúde/doença da população, constituindo-se numa estratégia importante para a melhoria de sua saúde.

De acordo com um dos princípios do Sistema Único de Saúde, os serviços de saúde pública devem cuidar de seus usuários em sua integralidade, de forma coletiva ou individual, respeitando suas singularidades culturais, sociais e econômicas, pois a arte de cuidar, tratar ou mesmo curar as doenças estão fortemente condicionadas a alguns valores, costumes e hábitos culturais (BADKE, 2008).

O interesse popular e institucional vem crescendo no sentido de fortalecer a fitoterapia no SUS, uma vez que, depois da década de 80, diversas Resoluções, Portarias e Relatórios foram elaborados com ênfase na questão das plantas medicinais (BRASIL, 2001).

Os profissionais de saúde entendem que a principal dificuldade para implementar a fitoterapia no SUS é a questão política:

Eu acho que dificuldade foi , é porque passa de uma gestão pra outra, então se você é um prefeito que acredita na fitoterapia você vai investir nela senão, então foi o que aconteceu o outro acreditava e, e, e o outro que entrou detonou. (Agente Isoflavona de soja)

Ah, vontade e determinação política dos nossos superiores. Os nossos chefes, superiores, porque nós temos que obedece-los e na união da secretaria de saúde com a de agronomia com a aplicação de horto, tá adequado com o conhecimento, pegar essas pessoas que querem trabalhar e colocar essas pessoas com a agronomia, saúde, com departamento de praticas não convencionais, essa união desses atores, todos favoráveis. Eu tô achando interessante o governo federal falando, a politica do ministério. (Enfermeira Alcachofra)

O Decreto nº 5.813 de 22 de junho de 2006, que aprova a Política de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e dá outras providências, traz a perspectiva da integralidade da atenção à saúde e da garantia da eficácia e da qualidade dos fitoterápicos, e considerando o conhecimento tradicional das plantas medicinais, vem construir um marco regulatório para a produção e distribuição dos medicamentos fitoterápicos, a partir dos modelos já existentes no Brasil e em outros países. O decreto conta ainda com diretrizes para regulamentar o cultivo, o manejo sustentável, a produção, a distribuição e o uso de plantas medicinais e fitoterápicos, considerando as experiências da sociedade civil nas suas diferentes formas de organização e promovendo a formação técnico-científico e capacitação no setor de plantas medicinais e fitoterápicos, bem como sua divulgação, fomento às pesquisas, desenvolvimento tecnológico e inovação com base na biodiversidade brasileira, abrangendo espécies vegetais nativas e exóticas adaptadas, priorizando as necessidades epidemiológicas da população (BRASIL, 2006b).

Com esta dificuldade, a motivação dos profissionais é afetada e interfere diretamente no êxito do projeto.

Tem que motivar o pessoal da Unidade, esclarecer que o serviço vai ter continuidade. Não adianta motivar uma coisa que vai acabar daí 15 dias. O máximo que fazem, é vir aqui pra pintar o prédio. Precisaria de uma melhoria de espaço físico mesmo. Hoje nós temos uma demanda, muito

acumulada para a saúde básica num espaço físico precário, onde que nós temos dificuldades inclusive de entrar na Unidade de tanta gente que tem aqui. (Dentista Garra do diabo)

Agora, o que a gente não pode, é não ter mais respaldo superior, respaldo da nossa chefia imediata, respaldo dos nossos superiores, respaldo do governo, o interesse do governo. O interesse tem que vir de cima pra baixo. (Enfermeira Alcachofra)

Para conseguir incrementar a Fitoterapia na Atenção Primária à Saúde os profissionais de saúde entrevistados percebem a necessidade de capacitação dos profissionais e educação permanente das equipes de saúde:

Todos os profissionais da saúde, porque pelo que eu saiba, nenhum curso, talvez Farmácia, mas a maioria dos cursos não oferecem conhecimento específico. Mas acho que considerando tudo, teria que ter uma capacitação com todos os profissionais. Eu acho que é a única forma de funcionar. (Dentista Cáscara-sagrada)

Pra iniciar um projeto sério, isso tem que ta muito esclarecido. Não é máximo envolvimento dos profissionais, eles se envolvem com facilidade, eles querem ajudar, a gente não tem uma formação acadêmica que prepare nessa área. (Dentista Garra do diabo)

Com certeza, porque aí eu acho que despertaria o interesse de alguém por aquilo né? E poderia ter mais profissionais preparados. Porque na minha graduação a gente não tinha em nenhum momento nada que falasse sobre isso. Alguns professores, porque faziam uso, até comentavam, mas uma questão científica a gente nunca teve, o que acaba desmotivando e desperta o interesse para outras áreas, para outras especialidades. Mas acho com certeza, que seria fundamental mudar a formação e dar base para começar um trabalho. (Enfermeira Aroeira)

Com o aumento da capacitação nas Instituições Universitárias, cresce a possibilidade de pesquisa e desenvolvimento de medicamentos fitoterápicos nacionais, para uso nos programas de saúde pública. Urge, entretanto, uma maior integração entre os pesquisadores/Instituições, seguimento industrial (público e privado) para atingir esta finalidade (BRASIL, 2001).

Entende-se por integração ensino-serviço:

o trabalho coletivo, pactuado e integrado de estudantes e professores dos cursos de formação na área da saúde com trabalhadores que compõem as equipes dos serviços de saúde, incluindo-se os gestores, visando à qualidade de atenção à saúde individual e coletiva, à qualidade da formação profissional e ao desenvolvimento/satisfação dos trabalhadores dos serviços. (ALBUQUERQUE *et al*, 2008, p. 357)

No ano de 1996, presidido por Jacques Delors, foi elaborado o Relatório para a UNESCO da comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI com o intuito de discutir horizontes, princípios e orientações da educação a nível mundial. O referido documento considerou a educação sustentada por 4 pilares, o aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a ser (ARAÚJO; PRADO, 2008).

Em resumo, apreende-se que o “Aprender a conhecer” consiste em estudar detalhadamente um “pequeno número de matérias”, ou seja, “aprender a aprender, para beneficiar-se das oportunidades oferecidas pela educação ao longo de toda a vida”. “Aprender a fazer”, no sentido de adquirir “competências que tornem a pessoa apta a enfrentar numerosas situações e a trabalhar em equipe”. “Aprender a viver juntos” quer dizer resgatar o valor da convivência mútua e “Aprender a ser” para desenvolver a “capacidade de autonomia, de discernimento e de responsabilidade pessoal” (DELORS, 2010).

Os espaços de aprendizagem construídos dentro dos serviços de saúde são de grande importância tanto para a melhoria do atendimento ao usuário do SUS quanto para a aproximação do aluno com a realidade. Como é possível extrair de Albuquerque e colaboradores (2008, p. 358), “o conhecimento ali construído, a partir da reflexão sobre o vivido em um cenário de aprendizagem, pode se difundir por intermédio dos sujeitos que por ali passam como estudantes”.

É neste cenário também que “se explicitam conflitos, dificuldades, estratégias e táticas desencadeadas para a ocupação de espaços na rede de cuidados que vai sendo configurada” (ALBUQUERQUE *et al*, 2008, p. 358).

Ainda que seja notada a falta de conhecimento científico por parte dos profissionais em relação à Fitoterapia, os mesmos não são contrários à inclusão desta terapêutica no Sistema, principalmente a classe médica.

Teve uma ate que não, ela tava com a gente, mas nunca se opuseram, depois eles quiseram também conhecer, foi ótimo. (Agente Unha de gato)

A gente trabalhou muito com isso, eu não deixei praticamente pra ser sincero, a coisa que eu mais fazia era dizer não deixa essa ideia morrer, não deixa essa semente morrer. (Médico Guaco)

Tem uma medica só, os outros dois foram transferidos, fizeram especialização, apresentaram trabalho científico de pós graduação, são altamente interessados, hoje eles estão na residência medica da UFJF. (Enfermeira Alcachofra)

A falta de capacitação dos profissionais e o acúmulo de atividades desenvolvidas na Unidade desmotivam os mesmos a buscarem atualizações e informações sobre o tema.

Sabe o que acontece. A nossa sobrecarga é muito grande. Por exemplo, Saúde do trabalhador vai descentralizar o atendimento, centraliza aqui, tuberculose, saúde mental, hanseníase, saúde da mulher, centraliza aqui. A gente tem uma sobrecarga de trabalho muito grande. Todo mundo acha que Unidade Básica tem que fazer de tudo, a verdade é essa. E no final das contas a gente fica muito carregado, ai a gente diz não quero aprender mais nada. (Médico Espinheira-santa)

4.3 QUALIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS PARA ATUAÇÃO EM FITOTERAPIA NO SUS

4.3.1 Conhecimentos suficientes para orientação e/ou prescrição adequadas?

Em estudo realizado na Rede Pública de Saúde (SUS) do Estado de São Paulo em 2003, as três plantas medicinais mais utilizadas foram: guaco (*Mikania glomerata* Sprengel); calêndula (*Calendula officinalis* L.) e babosa (*Aloe vera* L.)

Burm.f.) (OLIVEIRA, SIMÕES & SASSI, 2006). No entanto, foram encontradas ao todo 28 plantas sendo utilizadas, isso antes mesmo da publicação da PNPIC e da PNPMF, o que confirma os resultados de pesquisas anteriormente realizadas (DE SIMONI, BENEVIDES; BARROS, 2008), em que os estados da região Sudeste lideravam em número absoluto na utilização das PIC nos serviços de saúde pública.

Segundo Dutra (2009), quanto ao posicionamento favorável ou contrário ao uso das plantas medicinais e fitoterápicos no município de Anápolis-GO, as posições divergiram segundo as categorias profissionais. Enquanto fisioterapeutas, farmacêuticos e odontólogos se posicionam cem por cento (100%) favoráveis, entre os médicos o percentual é de apenas dezessete por cento (17%). Entre os enfermeiros, 65% manifestaram-se favoráveis, já os técnicos de enfermagem manifestaram-se amplamente favoráveis (86%).

Nota-se que existe uma grande preocupação em aperfeiçoar e aprimorar os conhecimentos de profissionais da área de Saúde na terapêutica fitoterápica, dando-lhes subsídios para avaliar os efeitos terapêuticos e adversos, a qualidade, os princípios ativos, as formulações, eficácia e segurança das plantas medicinais.

Muitos cursos já reconhecidos pelo Ministério da Educação (MEC) estão voltados para a fitoterapia e, com isso possibilitam habilitar os profissionais para lecionar nesta área: graduados em Medicina, Farmácia, Enfermagem, Nutrição, Odontologia, Química, Biologia, Biologia e Agronomia e outras área do conhecimento que desejam se especializar na terapêutica fitoterápica.

Os profissionais de saúde, principalmente com formação superior, mostraram que durante a graduação não foi abordado o tema plantas medicinais e Fitoterapia ou, quando houve alguma discussão, a mesma foi insuficiente para agregar conhecimento científico.

Na minha época de faculdade não existia na grade curricular. Você sabe se já existe? Eu acho que seria muito bom, se tivesse uma disciplina específica para o curso de odonto. (Dentista Cáscara-sagrada)

Eu leio muito sobre alimentos (frutas, tubérculos, legumes, e tudo mais). A gente não tem muita leitura sobre os fitoterápicos. Nós não tivemos esse hábito de buscar esse tipo de literatura, pelo próprio tipo de graduação que nós tivemos. (Dentista Garra do diabo)

Eu não tive essa formação na faculdade, eu me formei em 1982 na UFJF, esse assunto não era apresentado. (Enfermeira Alcachofra)

Nunca, formei tem 26 anos e nunca teve nada ligado. Também não me interessei pra te falar a verdade, primeiro porque não tenho muito tempo, sentar e estudar, que eu acho bem interessante eu acho, agora se depender pra recomeçar acho que precisa de treinamento dos profissionais. Durante meu curso não teve nada. (Médico Guaco)

Com a formação adquirida, os profissionais acreditam que não apresentam capacidade para orientar e/ou prescrever medicamentos fitoterápicos aos usuários da Unidade:

Não porque eu estudei nada de fitoterapia, pouquíssimo eu sei, eu teria que pegar e sentar, estudar, ver pra que, o que eu aprendi naquela época, eu já não sei mais, porque não uso mais, ai desaprende. (Médico Guaco)

Na verdade eu não tenho conhecimento nenhum. Pois é, alguma coisa eu sei, mas nada específico para odonto, não considero conhecimento. (Dentista Cáscara-sagrada)

Não, não tenho conhecimento na área. Eu tenho uma formação na Saúde da Família, sou pós-graduado em Saúde da Família. Ali eu tive informações sobre os fitoterápicos. Mas na minha prática do dia a dia, eu não tive nenhuma participação como dentista neste trabalho. (Dentista Garra do diabo)

Alvim *et al.* (2006), em estudo realizado no Rio de Janeiro que objetivava analisar a influência biomédica no contexto de formação e atuação profissional, encontraram que:

[...] no seio da academia, o uso de práticas não convencionais de saúde assume, na maioria das vezes, uma conotação pejorativa. Essa visão é mantida, inclusive, por parte de alguns alunos, que acreditam que a utilização dessas práticas não garante “status” para a profissão.

Ainda segundo os autores,

Ocorre que, nos cursos de graduação, de um modo geral, o uso de práticas naturais no cuidado é eventual, não existindo uma sistematização dessas práticas no ensino de enfermagem. Via de regra, a sua introdução como experiência de ensino-aprendizagem acontece de forma a atender individualmente os interesses específicos de docentes estudiosos de tais práticas, e não a um projeto político profissional.

É notória a mudança de pensamento e aceitação da medicina alternativa em diversos estados brasileiros. Especialistas lançam cursos de pós-graduação que abordam a importância das plantas medicinais na cura de diversas doenças. A formação profissional de médicos fitoterapeutas visa garantir a ocupação de um espaço político-profissional de extrema importância para a medicina que, se não for preenchido por especialistas, tende a ser explorado por leigos (ARAÚJO, 2008).

Ainda que a aplicação fitoterápica no tratamento de doenças não seja reconhecida como especialidade médica pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), a implantação de cursos de fitoterapia, com reconhecimento do Ministério da Educação (MEC), representa um passo importante para garantir credibilidade e segurança à prescrição do uso medicinal das plantas.

Segundo Akiyama (2004), é perceptível a transformação da atitude da classe médica sobre a Medicina Complementar e Alternativa (MCA), quando acompanhadas as publicações referentes ao assunto nas revistas médicas respeitadas. Essa atitude, que de início parte da preocupação e da cautela em relação ao assunto, caminha na atualidade, para o interesse pela incorporação da MCA. Cabe ressaltar que,

[...] algumas modalidades são mais aceitas que outras e estão em estágio mais avançado de reconhecimento da classe médica. No nosso meio, seriam elas a homeopatia e a acupuntura, regulamentadas respectivamente, em 1980 e 1995, pelo Conselho Federal de Medicina, como especialidades médicas (AKIYAMA, 2004, p. 8).

Esses dados corroboram os encontrados no presente estudo, onde os médicos apresentam-se como sendo os profissionais da área da saúde que possuem maior resistência às práticas de saúde ditas alternativas, sendo que o desconhecimento sobre essas práticas é significativo entre esses profissionais, o

que requer mudanças já na sua formação acadêmica para que haja maior adesão à PNPIC.

Num país como o Brasil, considerando sua megabiodiversidade, produção científica e potencialidade tecnológica, torna-se um paradoxo a classe médica desconsiderar conhecimentos em fitoterapia, de experiências clínicas e de pesquisas científicas na área, perpetuando a geração de críticas e preconceitos - na maior parte das vezes - devido à falta de informação (SACRAMENTO *et al.*, 1996; SIMÕES *et al.*, 2002).

Através de busca realizada no site do Ministério da Educação (MEC) pesquisou-se as Diretrizes Curriculares Nacionais dos principais cursos da área da saúde (Medicina, Farmácia, Enfermagem, Fisioterapia, Odontologia) e verificou-se que nenhuma destaca o assunto Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Dentre as trinta e uma competências e habilidades específicas do profissional Farmacêutico, citadas na Diretriz, não há nenhuma que cite a importância do conhecimento na área da Fitoterapia. Tal resultado se assemelha ao profissional médico, onde nas vinte e duas competências presentes na Diretriz Curricular do curso de Medicina também não há citações sobre o assunto.

Seria o momento para as universidades, principalmente nos cursos de saúde, incluírem nas grades curriculares desses cursos noções básicas sobre plantas medicinais e fitoterápicos, com o objetivo de despertar nos estudantes um conhecimento sobre essas práticas terapêuticas.

Os agentes comunitários de saúde, que fazem parte da comunidade local, possuem conhecimento popular sobre o uso das plantas medicinais, que muitas vezes é oriundo de seus familiares e passado de geração em geração, ou seja, adquirido fora da academia:

Dizem que a gente tem que estudar mais para poder saber conversar, enquanto que eu acho que o que eu sei que Deus me deu é muito importante também, entendeu? (Agente Isoflavona de soja)

Eu vim conhecer esse assunto, nas práticas da Pastoral da Criança, e nas práticas aqui quando eu vim pra cá trabalhar na UBS que tinha uma cultura aqui das agentes de saúde, nos temos 4 agentes de saúde que tem essa cultura popular dos chás. (Enfermeira Alcachofra)

Percebem que o aprimoramento deste conhecimento popular é importante para auxiliarem os profissionais de saúde e orientarem a população com informações corretas sobre o uso das Plantas Medicinais:

Antes de Matias Barbosa só tinha a vó, chazinho de erva doce, chazinho de funcho, cultura mais simples, mas depois de Matias Barbosa foi que eu fui conhecer o que é realmente o tratamento pela fitoterapia. Fiz vários cursos, sempre com a UFV, tem vários diplomas de lá. (Agente Unha de gato)

A ACS citada acima, disse que participou de diversos cursos na área de plantas medicinais, realizados pela Universidade Federal de Viçosa, devido a uma parceria da Instituição com uma Associação em que ela trabalhava no município de Matias Barbosa.

4.3.2 Fitoterapia x alopatia: são terapêuticas diferentes?

Uma racionalidade médica é um conjunto integrado e estruturado de práticas e saberes composto de cinco dimensões interligadas: uma morfologia humana (anatomia, na biomedicina), uma dinâmica vital (fisiologia), um sistema de diagnose, um sistema terapêutico e uma doutrina médica (explicativa do que é a doença ou adoecimento, sua origem ou causa, sua evolução ou cura), todos embasados em uma sexta dimensão implícita ou explícita: uma cosmologia. Através dessa delimitação, precisa e específica, pode-se distinguir entre sistemas médicos complexos como a biomedicina ou a medicina tradicional chinesa e terapias ou métodos diagnósticos isolados ou fragmentados, como os florais de Bach ou a iridologia (TESSER; LUZ, 2008).

A medicina científica ocidental desenvolveu-se vertiginosamente no último século apoiada principalmente na física, na química e na biologia, disciplinas que tiveram papel essencial em termos de conhecimento sobre o corpo humano. Em contrapartida, características entendidas como subjetivas, em termos da percepção da dimensão social, cultural e emocional dos processos de adoecimento, deixaram de ser valorizadas no meio médico, o que levou a um afastamento do ponto de

interseção entre corpo, cultura, sociedade e identidade da pessoa que adoecer (SAAD *et al.*, 2009).

Segundo Di Stasi (1996), a Fitoterapia, mesmo tendo sua ação baseada nos princípios farmacológicos da alopatia, portanto relacionada à teoria da causalidade da doença e seu combate, apresenta características que remetem a uma noção mais integral do corpo e de seus cuidados.

A Fitoterapia Contemporânea busca somar parâmetros relevantes pertencentes a diversos sistemas médicos (biomedicina e medicina tradicional). Vários medicamentos alopáticos são derivados de moléculas vegetais (fitofármacos⁵), porém há uma grande diferença entre administrar uma substância isolada e a mesma substância como parte de um extrato vegetal.

Quando se compara um medicamento sintético com um medicamento fitoterápico, as principais diferenças são: princípio ativo (sintético – geralmente único; fitoterápico – mistura de princípios ativos); modo de ação (sintético – um único princípio ativo atuando no receptor; fitoterápico – vários princípios ativos atuando em conjunto); concentração do princípio ativo (sintético – concentração definida; fitoterápico – concentrações variáveis de princípios ativos); produção do medicamento (sintético – princípio ativo é isolado ou sintetizado; fitoterápico – obtido diretamente da droga vegetal com princípios ativos não isolados e em associação com outras substâncias do tecido vegetal) (SAAD *et al.*, 2009).

Para os profissionais entrevistados, a relação entre fitoterapia x alopatia é representada como:

Olha, veja bem, essa questão aí é, o tipo de tratamento, é diferente, não tem jeito. Se a pessoa quiser ir pra tratamento de fitoterápico, a pessoa é tratada de uma forma diferente, não tem jeito de você conciliar isso mais. (Dentista Garra do diabo)

Acho que uma forma diferente de tratamento. Uma opção terapêutica. Eu acho uma opção terapêutica interessante. (Médico Guaco)

Ou seja, fitoterapia e alopatia apresentam-se como formas diferentes de tratamento.

⁵ Medicamento com substância ativa isolada derivada de plantas medicinais.

Acreditam, ainda, que o uso das plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos seria uma opção terapêutica coadjuvante ao tratamento convencional (utilizado na biomedicina ocidental):

Eu acredito que seja um tratamento diferenciado, mas que eles devam ser combinados. Tá? Eu acho que tem que existir um meio termo, a gente tem que saber até onde a gente deve levar a fitoterapia né? E, tá iniciando a alopatia. Então eu acho que a combinação das duas é a melhor opção. (Dentista Cáscara-sagrada)

Acho que poderia ser coadjuvante, não substituindo a alopatia, mas ajudar, contribuir. Alguns casos poderia ser o único tratamento. Vou parar de tomar remédio pra tratamento de diabetes, não, claro que não. (Médico Espinheira-santa)

Percebe-se que os profissionais de saúde, por não conhecerem esses conceitos (Sistemas Médicos e Recursos Terapêuticos), não conseguem identificar o real significado da Fitoterapia e de outras terapias alternativas. Assim como a acupuntura é um recurso terapêutico para a Medicina Tradicional Chinesa, a Fitoterapia é um recurso terapêutico para a Biomedicina. Entretanto, é possível que estes recursos sejam utilizados por outros Sistemas Médicos, ou seja, a acupuntura na Biomedicina e a Fitoterapia na Medicina Chinesa, entre outros.

No caso da utilização da fitoterapia, o profissional médico cumpre papel decisivo. As ações e conceitos praticados por esse profissional são regularmente interpretados pelo povo como legítimos e adquirem caráter de “verdade”. É, nesse sentido, considerando os valores culturais, que o posicionamento do médico em relação ao uso de fitoterápicos é aspecto de fundamental importância para a compreensão da utilização de fitoterapia na atenção básica à saúde (VASCONCELOS, 1996).

Assim como grande parte da população, alguns profissionais entrevistados corroboram a ideia que o uso das plantas medicinais traz menos malefícios e efeitos colaterais ao usuário, bem como apresenta custos reduzidos:

Tentar fitoterapia né, que a gente sabe traz menos malefícios, até onde for possível. (Dentista Cáscara-sagrada)

Com certeza eu acho que a fitoterapia ela traz benefício muito maior e na questão de ter menores efeitos colaterais. Pensando no todo eu acho que a fitoterapia é melhor pela questão orgânica, e realmente é melhor até pelos efeitos colaterais nem se compara né? Porque uma droga a mais no organismo, como são os alopáticos, sempre traz algum tipo de efeito (Enfermeira Aroeira)

Segundo Leite; Schor (2005), o conceito de 'produto natural', embutido em si "o que é natural não faz mal", há muito tempo é criticado por pesquisadores da área de produtos naturais. No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) proíbe este chavão nos rótulos de produtos fitoterápicos, visando evitar o consumo inapropriado destes medicamentos como panaceias inofensivas.

Para alguns profissionais de saúde ouvidos neste estudo, no entanto, os produtos naturais continuam tendo este efeito milagroso.

O uso de plantas de forma indiscriminada pode causar sérios problemas de saúde. Segundo Schenkel (1995), algumas das mais tóxicas substâncias conhecidas são derivadas em geral de plantas, que são constituídas por uma diversidade de substâncias químicas que interferem nos processos fisiológicos normais, sendo então passíveis de causar efeitos nocivos, assim como terapêuticos.

Entretanto, outros profissionais sabem da importância de estudos mais detalhados sobre os medicamentos fitoterápicos, pois percebem que os mesmos, assim como os medicamentos sintéticos, podem trazer danos ao organismo do paciente, se utilizado de maneira errônea.

A fitoterapia, eu acho, quando a gente recebia o produto de graça pro paciente tem efeitos colaterais sim, se não for usado de maneira correta. (Médico Guaco)

Os resultados aparecem, agora, é aquele negócio, tem que ter uma disciplina maior, porque as dosagens muitas vezes, são mais frequentes, são mais horas. O meu questionamento sobre os fitoterápicos nos dias de hoje, é se, realmente a população ela tem condição de respeitar o "4 em 4", "6 em 6" horas. (Dentista Garra do diabo)

Contudo, a utilização de plantas medicinais cujas propriedades terapêuticas tenham sido comprovadas cientificamente pode ser um recurso terapêutico muito útil nos programas de atenção primária à saúde (MATOS, 2000).

4.3.3 Desafios e perspectivas para uma Fitoterapia atuante no SUS

A Política Nacional de Medicamentos, como parte essencial da Política Nacional de Saúde, no âmbito de suas diretrizes para o desenvolvimento tecnológico preconiza que deverá ser continuado e expandido o apoio às pesquisas que visem o aproveitamento do potencial terapêutico da flora e fauna nacionais, enfatizando a certificação de suas propriedades medicamentosas (BRASIL, 1998).

Diante deste quadro favorável, Cunha (2003) destaca que atualmente no Brasil multiplicam-se os programas de Fitoterapia, que são apoiados pelos serviços públicos de saúde, em que equipes multidisciplinares são responsáveis pelo atendimento com fitoterápicos por profissionais encarregados do cultivo de plantas medicinais, da produção, e das recomendações destes produtos mediante diagnóstico médico.

A utilização da fitoterapia no SUS demanda uma série de estudos, envolvendo o ciclo da Assistência Farmacêutica, a clínica médica, a percepção e aceitação de usuários, profissionais e gestores, bem como a qualidade dos serviços e dos instrumentos de avaliação de serviços (BRASIL, 2006a; DE LA CRUZ, 2005).

Segundo De Simoni, Benevides e Barros (2008), como parte da comemoração dos dois anos da PNPIC, o Departamento de Atenção Básica (DAB), em parceria com a Secretaria de Gestão Participativa (SGP), realizou em abril de 2008 um novo diagnóstico, contatando todas as secretarias municipais de saúde do país. O principal objetivo deste segundo estudo foi analisar o conhecimento, a institucionalização e a oferta das Práticas Integrativas e Complementares nos municípios brasileiros. De acordo com os dados obtidos, a fitoterapia foi a modalidade de PIC mais frequente, tendo sido registrada em 350 (9%) dos municípios participantes, sendo os medicamentos fitoterápicos assegurados em 56% deste universo.

Assim como nas modalidades de homeopatia e MTC/acupuntura, os Estados da região Sudeste lideraram em número absoluto. Desde a publicação da Portaria nº. 971 é possível observar que esta, além de ter estimulado muitos municípios a ampliarem a oferta de PIC, tornando iniciativas voluntárias e/ou tímidas em realidade institucionalizada nos serviços de saúde dos municípios brasileiros por meio de Atos ou Leis municipais, também parece ter orientado sua inserção junto à Atenção Básica (DE SIMONI; BENEVIDES; BARROS, 2008).

O programa de fitoterapia de Vitória/ES foi avaliado em 2003 a fim de se analisar o desenvolvimento desta prática. Foram entrevistados 110 médicos que prescreviam fitoterápicos. Destes, 87 responderam os questionários e foram observados os seguintes resultados: 77% dos médicos prescreveram fitoterápicos, 70% avaliaram como bom os resultados obtidos com a prescrição de fitoterápicos e 27% como excelente. Quanto à satisfação dos profissionais, observou-se que 54% estavam satisfeitos, 33% pouco satisfeitos, 13% estavam insatisfeitos. Quando questionados sobre os motivos que levaram à satisfação: 43% não se manifestaram, 19% declararam ser uma substituição dos tratamentos convencionais, 13% por tal prática apresentar bons resultados, 9% por busca da comunidade e 8% por serem medicamentos de qualidade. Quanto à aceitação dos usuários, observou-se que 93% estavam satisfeitos, o que leva à conclusão de que a população incorporou a fitoterapia na atenção primária à saúde e existe grande afinidade para o tratamento natural (SACRAMENTO, 2004).

A partir das informações obtidas pelos profissionais entrevistados, percebe-se que o grande desafio para a consolidação da Fitoterapia no SUS é a qualificação dos profissionais:

É importante a qualificação dos profissionais para terem conhecimento e conseguirem desenvolver o projeto de Fito na UBS. (Médico Guaco)

O principal desafio hoje é ter profissionais capacitados e que acreditam na Fitoterapia. Só assim será possível ver a Fitoterapia em todo o país. (Enfermeira Alcachofra)

Nada melhor que capacitar nós profissionais para termos informações sobre as plantas medicinais, pois o resultado desta ação será uma fitoterapia forte e atuante. (Dentista Garra do diabo)

Nota-se que, após a superação desta realidade citada pelos profissionais, é possível o sucesso no desenvolvimento de projetos de Fitoterapia nas Unidades de Saúde, com conseqüente melhoria na qualidade do atendimento às demandas locais de cada comunidade.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou compreender as percepções dos profissionais de saúde acerca da inserção da Fitoterapia no SUS e principalmente na APS. Considera-se que, para o sucesso desta ação, além da questão política, o profissional de saúde tem papel fundamental neste processo, através do seu conhecimento sobre o tema, por sua vez, relevante para compreender, aceitar e acreditar no processo de inserção da Fitoterapia no SUS.

As políticas de saúde que embasaram este trabalho, como a PNPIC e a PNPMF fazem parte de um cenário de mudanças de atitudes e pensamentos do Governo em relação à Fitoterapia e demais Práticas Integrativas, criando um marco regulatório com a função de direcionar ações e diretrizes para estruturação e implantação destes Sistemas Médicos Complexos e Recursos Terapêuticos no SUS.

Embora alguns avanços sejam reconhecidos pelos sujeitos pesquisados, as diversas percepções apresentadas demonstram que a principal lacuna existente neste processo é a falta de qualificação dos profissionais. Nota-se que as principais mudanças ocorridas nos últimos anos, principalmente com a elaboração das Políticas, abrange a qualificação dos profissionais, tanto no contexto de sua formação, com a inclusão de disciplinas nas grades curriculares dos cursos de Saúde, quanto na capacitação e Educação Permanente dos profissionais no serviço. Entretanto, principalmente estas últimas ações, ainda caminham a passos curtos e necessitam de mais esforços para atingir seus objetivos.

Na visão dos profissionais acerca da inserção da Fitoterapia no SUS, destacam-se alguns aspectos. Inicialmente consideram favoráveis a sua inclusão, porém com algumas ressalvas. Acreditam que para sua consolidação é necessária a capacitação de profissionais, apoio político e utilização de indicadores.

Sobre a aceitação das plantas medicinais pela comunidade, nota-se que muitos usuários já as utilizavam antes do funcionamento do projeto, devido à cultura familiar ou de vizinhos. Com a implantação do projeto na Unidade, e principalmente com a criação do Horto, houve maior interação entre a comunidade e os profissionais.

A população adscrita participava ativamente ao sentir que vários profissionais se empenhavam na manutenção do projeto e com o término do mesmo

houve um decréscimo de utilização pelos usuários, entretanto, vários questionavam sobre a volta do projeto.

No que tange ao conhecimento para orientação e/ou prescrição das plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos, os profissionais da saúde com curso superior entendem que este conhecimento é insuficiente. Questionam o fato de que em suas graduações nunca foi discutido este assunto e tampouco estimulado o interesse em buscar o aprendizado.

Acreditam que a falta de formação de profissional qualificado seja a principal dificuldade para a inclusão da Fitoterapia nas Unidades de Saúde. Aliado a isso, afirmam que para a manutenção dos projetos existentes é importante apoio político, principalmente dos gestores locais.

O conhecimento dos ACS é proveniente, muitas vezes, de familiares, passado de geração a geração. Entretanto, os mesmos percebem a necessidade de se atualizarem e buscarem cursos ou palestras para a correta orientação aos pacientes.

Os profissionais creditam a desmotivação para buscar informações e atualização sobre o tema à falta de apoio político local, aliado a excessiva carga de trabalho na Unidade.

A respeito da relação entre Biomedicina e Fitoterapia os profissionais de saúde percebem que são tratamentos diferentes e que a fitoterapia deve atuar muitas vezes como coadjuvante ao primeiro. Nota-se que não compreendem que a Fitoterapia é considerado um tratamento alopático, ou seja, é um recurso terapêutico do Sistema Médico Biomedicina ou Medicina Ocidental.

Aliado a isso, alguns profissionais caracterizam a fitoterapia como um tratamento “melhor”, pois apresenta menos malefícios, efeitos colaterais reduzidos e custo mais baixo em comparação com os medicamentos sintéticos.

Entretanto, outros profissionais atribuem a necessidade de estudos com os fitoterápicos, pois percebem que se administrados de maneira errônea podem trazer malefícios semelhantes aos medicamentos sintéticos.

Através dos depoimentos apresentados, surge como principal desafio para a estruturação da Fitoterapia no SUS, a formação de profissionais qualificados para que possam chegar ao Serviço com um conhecimento mínimo suficiente e adequado, a fim de concretizar as etapas de implantação e estruturação da

Fitoterapia. Para tal, é importante que ocorram mudanças nas Diretrizes Curriculares dos cursos de saúde, com a inclusão deste tema na grade curricular.

Com a qualificação dos profissionais, o apoio político a nível nacional com as Políticas já implantadas, a adesão dos gestores locais e a participação e aceitação da comunidade, as perspectivas para a Fitoterapia no SUS são as melhores e poderão trazer como resultado, a possibilidade da melhoria da qualidade de vida da população. Tal resultado se dará por uma nova opção de tratamento ao Sistema de Saúde e aquisição das plantas medicinais por agricultores familiares, como matéria-prima para as indústrias de fitoterápicos.

REFERÊNCIAS

ADEODADO, S.; OLIVEIRA, L.; OLIVEIRA, V. **Uma farmácia no fundo do quintal**. São Paulo: Globo. 1996.

AGENDA 21. **Conservação e manejo de recursos para o desenvolvimento. Abordagem integrada do planejamento e do gerenciamento dos recursos terrestres**. Disponível em: <<http://www.bdt.fat.org.br/publicacoes/politica/agenda21>>. Acesso em: 18 out. 2009.

ALBUQUERQUE, V. S. *et al.* A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 356-362, jul./set. 2008.

ALMEIDA, E. R. **As plantas medicinais brasileiras**. São Paulo: Hemus, 1993. 339p

ALVES D. L.; SILVA C. R. **Fitohormônios: abordagem natural da terapia hormonal**. São Paulo: Atheneu, 2002.

ALVIM, N.A.T.; FERREIRA, M.A.; CABRALL, I.E.; ALMEIDA FILHO, A.J. O uso de plantas medicinais como recurso terapêutico: das influências da formação profissional às implicações éticas e legais de sua aplicabilidade como extensão da prática de cuidar realizada pela enfermeira. **Rev. Latino-Am Enfermagem**. v. 14, n.3. mai./jun. 2006.

AMOROZO, M.C.M. A abordagem etnobotânica na pesquisa de plantas medicinais. In: DI STASI, L.C. (Org.). **Plantas medicinais: arte e ciência. Um guia de estudo interdisciplinar**. São Paulo: UNESP, 1996. p. 47-68.

ARAÚJO, F. Q; PRADO, E. M. Análise das diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em farmácia. **Revista Contemporânea**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 5, p. 96-108, jan./jun. 2008.

BADKE, M. R., **Conhecimento popular sobre o uso de plantas medicinais e o cuidado da enfermagem**. 2008. 96 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Maria. Rio Grande do Sul, 2008.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. 5. ed. Lisboa: Edições 70, 2008.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **A atenção básica de saúde em Belo Horizonte: recomendações para a organização local**. Belo Horizonte, 2006.

BRANDÃO, M.G.L. Plantas Medicinais. In: GUERRA, C. B., BARBOSA, F. A. R. (org.). **Programa de Educação Ambiental na Bacia do Rio Piracicaba**. Belo Horizonte: Editora da UFMG, p.173-193, 1996.

BIESKI, I. G. C. (Coord.) **Programa de assistência farmacêutica fitoterápica e plantas medicinais no SUS**. Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá, Prefeitura de Cuiabá. Cuiabá, 2005. Disponível em: <

www.eslq.usp.br/siesalq/pm/fitoviva_agosto_2005.pdf >. Acesso em 30 de mai. 2009.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, RDC nº 14, de 31 de março de 2010. **Dispõe sobre o registro de medicamentos fitoterápicos**. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br>. Acesso em 27/05/2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde. **Anais**. Brasília, 1986.

BRASIL. Senado Federal. Lei nº 8.080, de 20 set. 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 28 dez. 1990.

BRASIL. **Ministério da Saúde**: Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a política nacional de medicamentos. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 10 nov. 1998. Seção 1, p. 18.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. Departamento de Atenção Básica. Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica. **Proposta de Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 40p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) n. 48, de 16 de março de 2004**. Dispõe sobre o registro de medicamentos fitoterápicos. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 18 mar. 2004. Seção 1. 2004a.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 338, de 06 de maio de 2004**. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 20 maio 2004. Seção 1, p. 52. 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares - PNMNPC**. Brasília: SE/MS, 2005. 14p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 971, de 3 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, n.84, seção 1, 2006a. 19p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 60 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 2.960. Aprova o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e cria o Comitê Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 dez. 2008. Seção 1, nº 240, p. 56.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Portaria GM/MS nº 2.982, de 26 de novembro de 2009. Aprova as normas de execução e financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1 dez. 2009a. Seção 1, nº 229, p. 120-122.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2843, de 20 de setembro de 2010. Cria, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - Modalidade 3 - NASF 3, com prioridade para a atenção integral para usuários de crack, álcool e outras drogas. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2010.

BRASILEIRO, B. G., PIZIOLO, V. R., MATOS, D. S., GERMANO, A. M., JAMAL, C. M., Plantas medicinais utilizadas pela população atendida no “Programa de Saúde da Família”, Governador Valadares, MG, Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, vol. 44, n. 4, p. 629-636, out./dez. 2008.

BRUNO, I.; NALDI, N. O. **O milagre das plantas**. São Paulo: Editora Atheneu, 1998.

CARNEIRO, S. M. C.; PONTES, L. M. L.; GOMES FILHO, V. A. F.; GUIMARÃES, M. A. Da planta ao medicamento: experiência da utilização da fitoterapia na atenção primária à saúde no município de Itapioica-CE. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n.30, p. 50-65, mar. 2004.

CARREIRA, L. **O cuidar ribeirinho: os saberes e práticas de saúde das famílias da ilha Mutum-PR** (Dissertação de Enfermagem). Rio de Janeiro- RJ: EEAN/UFRJ, 2002. P 134.

CARVALHO, Ana C. B. *et al*. Situação do registro de medicamentos fitoterápicos no Brasil. **Rev. bras. farmacogn.**, João Pessoa, v. 18, n. 2, June 2008 .

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões da saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(5):1400-1410, set-out, 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/36.pdf> > Acesso em: 29 mai. 2009.

- COSTA, E. M. A.; CARBONE, M. H. **Saúde da família: uma abordagem interdisciplinar**. Rio de Janeiro: Rubio, 2004. 194 p.
- CUNHA, A. P. **Plantas e produtos vegetais em fitoterapia**. Lisboa: Fundação Caloste Gulbenkiam, 2003.
- CZERMAINSKI, S. B. C., **A Política Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos: um estudo a partir da análise de políticas públicas**, Dissertação (mestrado). UFRGS. Faculdade de Farmácia. Curso de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas. Porto Alegre: UFRGS, 2009. – 148p
- DE LA CRUZ, M. G (Org.). **O acesso aos fitoterápicos e plantas medicinais e a inclusão social – diagnóstico situacional da cadeia produtiva farmacêutica no estado do Mato Grosso**. Secretaria de Estado de Saúde, Governo do Estado de Mato Grosso, março de 2005. Disponível em: <http://www.esalq.usp.br/siesalq/pm/diagnostico_situacional.pdf>. Acesso em: 22 mai. 2009.
- DE SIMONI, C.; BENEVIDES, I.; BARROS, N.F. As práticas Integrativas e Complementares no SUS: realidade e desafios após dois anos de publicação da PNPIC. **Revista Brasileira Saúde da Família**. Ano IX. Edição Especial, mai., p. 70-76. 2008.
- DELORS, J. *et al.* **Educação: um tesouro a descobrir**. Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI. 10. ed. Brasília: UNESCO, 2010.
- DI STASI, L.C.(org.) **Plantas Mediciniais: Arte e Ciência**. Um guia de estudo interdisciplinar. São Paulo. Ed. UNESP. 230 p., 1996.
- DUARTE, R. Entrevistas em pesquisa qualitativa. **Educar**, Curitiba, n. 24, p. 213-225, 2004. Editora UFPR 213.
- DUTRA, M. G., **Plantas medicinais, fitoterápicos e saúde pública: um diagnóstico situacional em Anápolis, Goiás**. 2009. 112p. Dissertação (Mestrado em Sociedade, Tecnologia e Meio Ambiente) – Centro Universitário de Anápolis. Goiás, 2009.
- ELDIN S.; DUNFORD, A. **Fitoterapia na atenção primária à saúde**. São Paulo: Manole, 2001.
- FERREIRA, L. G. In memorian. **Revista Brasileira de Farmácia**, Rio de Janeiro, v. 90, n. 3, 2009. Editorial.
- FIGUEIREDO, N. V. F.; **Tecnologias para assistência domiciliar na atenção básica**. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Enfermagem, UFMG, 2010.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.1, p. 17-27, jan, 2008.

FURNHAM, A; BHAGRATH, R. A comparison of health beliefs and behaviours of clients of orthodox and complementary medicine. **British Journal of Clinical Psychology**, 32: 237-246, 1993.

GIRÃO, M.; RODRIGUES, A. G. **Diagnóstico situacional de programas estaduais e municipais de fitoterapia**, 2005.

GOMES, B. A. **Plantas medicinais do Brasil (séc. XIX)**. São Paulo: Fac-similar Edusp, 1972.

GÖTTEMS, L. B. D.; PIRES, M. R. G. M. Para Além da Atenção Básica: reorganização do SUS por meio da interseção do setor político com o econômico. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 189-198, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n2/03.pdf>>. Acesso em 21 nov. 2010.

GRAÇA, C. Treze anos de fitoterapia em Curitiba. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 30, p. 36-41, mar. 2004.

IBAMA. Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e Recursos Renováveis. **Diagnóstico aponta espécies prioritárias para pesquisa e conservação**. Disponível em: <<http://www.plantasmedicinais.org/saude.html>>. Acesso em: 08 out. 2009.

KAZUSEI, A. **Atitudes e experiências de médicos paulistanos sobre medicina não-convencional**. 2004. 96 f. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) - Universidade de São Paulo, Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Orientador: Moises Goldbaum. São Paulo, 2004.

LEITE, S. N. L. **Além da medicação: a contribuição da fitoterapia para o serviço público**. 2000. 112 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo. São Paulo, 2000.

LEITE, S. N.; SCHOR, N., Fitoterapia no Serviço de Saúde: significados para clientes e profissionais de saúde. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 69, p. 78-85, jan-abr., 2005.

LIMA, L. Fitoterápicos e usos de plantas medicinais. **Jornal da Unesp**, ano XVI, n. 166, 2006. Disponível em: <<http://www.unesp.br/aci/jornal/166/farmacologia.htm>>. Acessado em: 25 out. 2009.

LOYOLA, M. A. **Médicos e Curandeiros**. São Paulo: Diefel, 1984.

LUZ, M. T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. **PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, 1997.

LUZ, M. T. **Novos saberes e práticas em saúde coletiva** – estudo sobre racionalidade médica e atividades corporais. São Paulo: Hucitec; 2003.

MARQUES, L. C.; PETROVICK, P. R. Normatização da produção e comercialização de fitoterápicos. In: SIMÕES, C. M. O.; SCHENKEL, E. P.; GOSMANN, G.; MELLO, J. C. P.; MENTZ, L. A.; PETROVICK, P. R. (Org). **Farmacognosia: da planta ao medicamento**. 6 ed. Porto Alegre, Florianópolis: UFRGS, UFSC, 2007. Cap. 14, p, 327-369.

MATOS, F. J. A. **Farmácias vivas: sistema de utilização de plantas medicinais projetado para pequenas comunidades**. 3.ed. Fortaleza: EUFC, 1998.

MATOS, F. J. A. **Plantas medicinais: guia de seleção e emprego de plantas usadas na fitoterapia no Nordeste do Brasil**. 2. ed. Fortaleza: IU, 2000.

MATSUDA, A. H. *et al.* Fitoterápicos: complementos nutricionais ou medicamentos? In: TORRES, E.A.F.S. Alimentos do milênio: a importância dos transgênicos, funcionais e fitoterápicos para a saúde. São Paulo: **Signus**, 2002, p. 31-41.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que devem ser defendidos. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. (Org.). **Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2001.

MEDRONHO, R.; ESCOSTEGUY C., Estudos de Intervenção. In: **Epidemiologia**. Editora Atheneu, 2003.

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado de Saúde, Coordenação de Terapias não Convencionais, **Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares – PEPIC/MG**, Resolução SES nº 1885, 27 de maio de 2009. Belo Horizonte: 2009. 64p.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9ª ed. São Paulo: Hucitec, 2006. 406 p.

NASCIMENTO JÚNIOR, J. M.; COSTA, K. S.; TORRES, K. R.; ALVES, R. M. S.; Política Nacional de Medicamentos Fitoterápicos: desafios e perspectivas. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, ano 2, nº 4, p. 42-49, 2010.

NICOLINE, C. B.; **Fitoterapia no SUS: demandas e perspectivas de novas práticas em saúde**. 2006. 67 f. Monografia (Especialização em Políticas e Pesquisas em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora, 2006.

NORONHA, M. O. sucesso das medicinas paralelas. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Santa Catarina, v.19, n.2, abr./jun. p.143-147. 1990.

NOUMI, E.; HOUNGUE, F.; LONTSI, D. Traditional medicines in primary health care: plants used for the treatment of hypertension in Bafia, Cameroon. **Fitoterapia**, v.70, p.134-139, 1999.

OMS. Organización Mundial de la Salud. **Aplicación de resoluciones**: informes sobre los progressos realizados. 58ª Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra, 2005.

OMS. Organización Mundial de la Salud. **Buenas prácticas agrícolas y de recolección (BPAR) de plantas medicinales**. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2003.

OMS/UNICEF. Alma-Ata, 1978. **Cuidados primários de saúde**. Relatório da Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata – URSS. Brasília, 1979, 64p. 6-12 set., 1978.

OKIGBO, R. N.; EME, U. E.; OBOGU, S. Biodiversity and conservation of medicinal and aromatic plantas in Africa. **Biotechnology and Molecular Biology Reviews**, v. 3, n. 6, p. 127-134, 2008.

PACHTER, L. M. Culture and clinical care: folk illness beliefs and behaviors and their implications for health care delivery. **JAMA**, United States, n.271, p.690-694. 1994.

PINHEIRO, R; LUZ, M. T. Práticas Eficazes x Modelos Ideais: Ação e Pensamento na Construção da Integralidade. *In*: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção da Integralidade: Cotidiano, Saberes e Praticas em Saúde**. 1. ed. Rio de Janeiro, 2003, v. 1, p. 5-36.

PIRES, A. M.; BORELLA, J. C.; RAYA, L. C. Prática alternativa de saúde na atenção básica da rede SUS de Ribeirão Preto-SP. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n.30, p. 56-8, mar. 2004.

QUEIROZ *et al.* Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, 2007 abr/jun; v. 15 n. 2, 276-83.

RATES, S. M. K., Promoção do uso racional de fitoterápicos: uma abordagem no ensino de Farmacognosia. **Revista Brasileira de Farmacognosia**, v. 11, n. 12, p. 57-69, 2001.

REIS, M. C. P.; LEDA, P. H. O.; PEREIRA, M. T. C. L.; TUNALA, E. A. M. Experiência na implantação do programa de fitoterapia do município do Rio de Janeiro. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 30, p. 42-49, mar. 2004.

SAAD, G.A.; LEDA, P.H.O.; SA, I.M.; SEIXLACK, A.C.C. **Fitoterapia contemporânea – tradição e ciência na prática clínica**. Elsevier.1ª edição. Rio de Janeiro, 2009.

SACRAMENTO, H. T. O programa de fitoterapia do município de Vitória-ES. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 30, p. 59-65, mar. 2004.

SACRAMENTO, H. T.; LIMA, A. L. G.; GONÇALVES, E. M. Fitoterapia: uma alternativa para a Saúde Pública. **Anais XIV Simpósio de Plantas Mediciniais do Brasil**. Florianópolis, set. 1996, p. 59.

SALLES, S. A. C., **A interface entre a Homeopatia e a Biomedicina: o ponto de vista dos profissionais de saúde não homeopatas**, São Paulo, 245p. Tese (Doutorado em Ciências – Medicina Preventiva) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

SANTOS, R. S. Métodos qualitativos na pesquisa biomédica. **Jornal de pediatria**, v. 75, n.6, 190,1999.

SCHENKEL, E. P. **Cuidado com os medicamentos**. As plantas medicinais, os chás e os fitoterápicos. Porto Alegre: Saga/Deluzzata; 1995. p. 103-106.

SCHULZ, V.; HÄNSEL, R., TYLER, V. E. **Fitoterapia Racional**: um guia de fitoterapia para as ciências da saúde. 1. ed. bras. Barueri: Editora Manole, 2002.

SILVA, F.L.A.; OLIVEIRA, R.A.G.; ARAÚJO, E.C. Uso de plantas medicinais pelos idosos em uma Estratégia de Saúde da Família. **Revista Enfermagem UFPE On line**. Recife, v. 2, n. 1, p. 9-16, 2008.

SILVA, M. I. G.; GONDIM, A. P. S.; NUNES, I. F. S.; SOUSA, F. C. F. Utilização de fitoterápicos nas unidades básicas de atenção à saúde da família no município de Maracanaú (CE). **Revista Brasileira de Farmacognosia**. João Pessoa, v.16, n. 4, p. 455-462, 2006.

SILVA, N.M. A fitoterapia na história do Brasil. **Informativo Herbarium Saúde**. n.29, 2004. Disponível em:
<www.herbarium.com.br/herbarium_site/jornais/herbarium_saude.asp> Acessado em: 25 out. 2009.

SIMÕES, C. M. O.; SCHENKEL, E. P.; GOSMANN, G.; MELLO, J. C. P.; MENTZ, L. A.; PETROVICK, P.R. **Farmacognosia**: da planta ao medicamento. 3. ed. Porto Alegre/Florianópolis: Editora da UFRGS / Editora da UFSC, 2002.

SIMÕES, C. M. O.; MENTZ, L. A.; SCHENKEL, E. P.; IRGANG, B. E.; STEHMANN, J. R. **Plantas da medicina popular no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: UFRG, 173 p., 1988.

SOUSA, G.S. **Tratado descritivo do Brasil em 1587**. São Paulo: Companhia Editora Nacional e Editora da USP, 1971.

SUZUKI, S. F. O Mercado de medicamentos fitoterápicos no Brasil. In: **Fitoterapia Racional**: um guia de fitoterapia para as ciências da saúde. 1. ed. Barueri: Editora Manole, 2002.

TEIXEIRA, M. Z.; CHIN, A. L.; MARTINS, M. A. O Ensino de Práticas Não-Convencionais em Saúde nas Faculdades de Medicina: Panorama Mundial e perspectivas brasileiras. **Revista de Educação Médica**, 28 (1): 52-60, 2004.

TESSER, Charles Dalcanale; LUZ, Madel Therezinha. Racionalidades médicas e integralidade. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, Feb. 2008.

TOMAZZONI, M. I., **Subsídios para a introdução do uso de fitoterápicos na rede básica de saúde do município de Cascavel/PR**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2004.

TOMAZZONI, M. I.; NEGRELLE, R. R. B.; CENTA, M. L. Fitoterapia popular: a busca instrumental enquanto prática terapêutica. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 15, n. 1, p. 115-121, 2006.

TROVO, M. M.; SILVA, M. J. P. ; LEÃO, E. R. Terapias alternativas/complementares no ensino público e privado: análise do conhecimento dos conhecimentos dos acadêmicos de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, vol. 11, n. 4, Ribeirão Preto, 2003.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2003.

UDRY, M. C. F. V. **Saúde e Uso da Biodiversidade**: Caminhos para a incorporação do Conhecimento Tradicional na Política de Saúde Pública. 2001. Tese (Doutorado em Desenvolvimento Sustentável) - Universidade de Brasília. Disponível em:< www.abdl.org.br/filemanager/fileview/153 > Acesso em: 31 mai. 2009.

VASCONCELOS, E. M. A terapêutica médica e as práticas populares de saúde. **Saúde Debate** 1996; 49-50: 101-6.

YUNES, R.A.; PEDROSA, R.C.; CECHINEL FILHO, V. Fármacos e fitoterápicos: a necessidade do desenvolvimento da indústria de fitoterápicos e fitofármacos no Brasil. **Química Nova**, 24 (1): 147-152, 2001.

APÊNDICES

APÊNDICE A – QUESTÕES NORTEADORAS PARA ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS DAS UBSs

- 1- O que você acha da inserção da fitoterapia no SUS e principalmente na APS?

- 2- Você acredita que os seus conhecimentos sobre plantas medicinais e fitoterapia são suficientes para uma orientação e/ou prescrição adequada? Comente sobre o histórico de temas abordados durante sua formação (vivência, disciplinas, cursos, congressos).

- 3- Qual a relação que você faz entre fitoterapia x alopatia?

- 4- Como você percebe a utilização das plantas medicinais pela comunidade em que atua?

- 5- Em sua opinião, quais as principais dificuldades encontradas para a inserção da fitoterapia na UBS em que atua? Que sugestões você daria para seu incremento?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

NOME DO SERVIÇO DO PESQUISADOR: UFJF – FACULDADE DE FARMÁCIA E BIOQUÍMICA

***PESQUISADOR RESPONSÁVEL:** BENILSON BELOTI BARRETO. **COLABORADOR:** RITA DE CÁSSIA PADULA ALVES VIEIRA, JOÃO BATISTA PICININI TEIXEIRA.*

ENDEREÇO: CAMPUS – MARTELOS - CEP: 36036-900 – JUIZ DE FORA – MG

FONE: (32) 3229 3801/ 3229 3814

E-MAIL: benilsonbeloti@yahoo.com.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “FITOTERAPIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE – A VISÃO DOS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS”, por se enquadrar no critério de inclusão, ou seja, ser profissional da atenção primária à saúde na região de abrangência do município de Juiz de Fora. Neste estudo pretendemos compreender a percepção dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre a inserção da fitoterapia no SUS; conhecer a visão que os profissionais de saúde têm da fitoterapia através de informações adquiridas durante e após sua fase de formação, com destaque para a importância que atribuem a esta prática assim como suas possibilidades e limites; compreender a relação que os profissionais de saúde estabelecem entre fitoterapia x alopatia; identificar a relação existente entre a comunidade e o uso de plantas medicinais pelos agentes comunitários de saúde ou outro profissional envolvido;

O motivo que nos leva a estudar é, através dos dados levantados, contribuir para uma possível (re)orientação da Fitoterapia no município de Juiz de Fora, em relação à Atenção Primária à Saúde; Propor medidas para atualizar o conhecimento da Equipe de Saúde sobre este tema e aprimorar a qualidade da orientação e prescrição dos fitoterápicos, a fim de evitar danos à saúde do usuário.

Para este estudo adotaremos os seguintes procedimentos: observação participante e entrevistas semi-estruturadas (nas quais são feitas algumas perguntas norteadoras do diálogo pesquisador-pesquisado, enfocando o tema do trabalho de pesquisa em tela), com posterior análise e interpretação dos dados. Tal instrumento é típico da abordagem qualitativa de pesquisa.

Coloco ao seu dispor o texto do citado projeto de pesquisa para o seu exame pormenorizado, onde constam dados relativos aos objetivos, material e métodos empregados. Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Este estudo enquadra-se na categoria de pesquisa com risco mínimo, ou seja, o mesmo risco que têm atividades rotineiras como conversar, ler, etc.; porém, caso haja eventual dano que possa ser comprovado, será providenciada a indenização relativa ao mesmo. Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar 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 Farmácia e Bioquímica da UFJF e a outra será fornecida a você.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo “FITOTERAPIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE – A VISÃO DOS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS”, 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 2009.

<i>Nome</i>	<i>Assinatura participante</i>	<i>Data</i>
-------------	--------------------------------	-------------

<i>Nome</i>	<i>Assinatura pesquisador</i>	<i>Data</i>
-------------	-------------------------------	-------------

<i>Nome</i>	<i>Assinatura testemunha</i>	<i>Data</i>
-------------	------------------------------	-------------

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o

CEP- COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/UFJF - FONE:32 2012 3788

CAMPUS UNIVERSITÁRIO DA UFJF

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA – CEP 36036-900

ANEXOS

ANEXO A - Parecer Comitê de Ética em Pesquisa – UFJF



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PRO-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF
36036900- JUIZ DE FORA - MG – BRASIL

Parecer nº 051/2010

Protocolo CEP-UFJF: 1992.051.2010 **FR:** 320610 **CAAE:** 0556.0.000.180-10

Projeto de Pesquisa: Fitoterapia na Atenção Primária à Saúde: a visão dos profissionais envolvidos

Pesquisador Responsável: Benilson Beloti Barreto

Instituição: Secretaria de Saúde/Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde da Prefeitura de Juiz de Fora

Sumário/comentários

O CEP analisou o Protocolo 1992.051.2010, Grupo III e considerou que:

- A inclusão da fitoterapia na atenção primária pode resultar não só em benefícios para a saúde, mas também em benefícios de ordem econômica. Esta inserção só será bem sucedida quando os profissionais de saúde se envolverem e atuarem neste processo.
- **Objetivos:** - Compreender a percepção dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre a inserção da fitoterapia no SUS; Compreender a visão que os profissionais de saúde têm da fitoterapia através de informações adquiridas durante e após sua fase acadêmica, com destaque para a importância que atribuem a esta prática assim como suas práticas e limites; Compreender a relação que os profissionais de saúde estabelecem entre fitoterapia x alopatia; Identificar a relação existente entre a comunidade e o uso de plantas medicinais, pelos agentes comunitários de saúde ou outro profissional envolvido.
- **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, exploratório cujos referenciais metodológicos decorrem dos princípios da pesquisa qualitativa como observação participante, entrevista semi-estruturada e análise documental.
- **Revisão e referências bibliográficas:** de acordo, sustentam os objetivos do estudo.
- **Características da população:** 80 sujeitos no centro e no total.
- **Critérios de participação:** Trabalhadores de saúde que exercem suas atividades profissionais nas UBS's Vila Olavo Costa e Santa Luzia na Cidade de Juiz de Fora.
- **Orçamento:** No valor de R\$ 2.340,00, será custeado pelo pesquisador.
- **Instrumento de coleta de dados entrevista,** o pesquisador apresenta seu roteiro, não havendo questões que levem constrangimento para o sujeito, estando pertinente com os objetivos propostos.
- **Cronograma:** De acordo, início da coleta de dados março/2010, término da pesquisa dezembro/2010.
- **Com o estudo o pesquisador espera:** Verificar a atual situação da fitoterapia no município de Juiz de Fora em relação à Atenção Primária à Saúde; Conscientizar as Equipes de Saúde da importância e alternativa para uma maior integralidade do acesso aos medicamentos no Sistema Único de Saúde; Propor medidas para atualizar o conhecimento sobre a fitoterapia e sua implantação no SUS/JF; Aprimorar a qualidade da orientação e preocupação dos fitoterápicos, a fim de evitar danos à saúde dos usuários.
- **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE,** está em linguagem adequada, clara para compreensão do sujeito, descrição suficiente dos procedimentos, explicitação de riscos e desconfortos esperados, ressarcimento de despesas, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, forma do sujeito fazer contatos com o pesquisador e com o CEP/UFJF.
- **Qualificação do pesquisador:** de acordo, possui titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa.
- **Salientamos que o pesquisador deverá encaminhar a este comitê o relatório final da pesquisa.**

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

Situação: Projeto Aprovado
Juiz de Fora, 18 de março de 2010


Prof. Dr. Alfredo Chaoubah
Coordenador em Exercício – CEP/UFJF

RECEBI
DATA: ___/___/2010
ASS: _____