

**Gisele Damian Antonio**

**FITOTERAPIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**  
**Interação de saberes e práticas de cuidado**

Tese submetida ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do Grau de Doutora em Saúde Coletiva

Orientador: Prof. Dr. Charles Dalcanele Tesser

Coorientador: Prof. Dr. Rodrigo Otávio Moretti-Pires

**Florianópolis**  
**2013**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Antonio, Gisele Damian

Fitoterapia na Atenção Primária à Saúde : Interação de saberes e práticas de cuidado / Gisele Damian Antonio ; orientador, Charles Dalcanele Tesser ; co-orientador, Rodrigo Otávio Moretti-Pires. - Florianópolis, SC, 2013. 304 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Inclui referências

1. Saúde Coletiva. 2. Fitoterapia. 3. Plantas medicinais. 4. Atenção Primária à Saúde. 5. Ecologia de Saberes. I. Dalcanele Tesser, Charles. II. Moretti-Pires, Rodrigo Otávio. III. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. IV. Título.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

*"Fitoterapia na atenção primária à saúde: interação de saberes e práticas de cuidado"*

Gisele Damian Antonio

ESTA TESE FOI JULGADA ADEQUADA PARA A OBTENÇÃO DO TÍTULO  
DE: DOUTORA EM SAÚDE COLETIVA

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SAÚDE COLETIVA

PROF. DR. RODRIGO OTAVIO MORETTI PIRES  
Coordenador do Programa de Pós-Graduação  
em Saúde Coletiva

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Charles Dalcanele Tesser (Presidente)

Prof. Dr. Marique Weber Biavatti (Membro)

Prof. Dr. Antônio de Miranda Wosny (Membro)

Profa. Dra. Silvia Cardoso Bittencourt (Membro)

Prof. Dr. César Augusto Orazem Favoreto (Membro Externo)

Profa. Dra. Vanilde Citadini Zanette (Membro Externo)



Para meus amores Vinicius e José  
Geraldo.



## AGRADECIMENTOS

A Deus que iluminou cada um dos meus passos e encaminha minha vida.

Ao Professor Dr. Charles D. Tesser, pela competência, confiança, contribuições e apoio no processo de construção da tese.

A José Geraldo, meu amor, pela força e incentivo nos momentos mais difíceis.

A Vinícius, meu filho, pela paciência e parceria nesta jornada.

Aos meus pais e avós, que apoiaram e me acalentaram em todos os momentos.

Ao Professor Dr. Rodrigo Moretti-Pires, pelas contribuições e apoio no processo de construção da tese.

A Professora Dra. Madel Luz, pelas contribuições na banca de qualificação da tese.

Aos gestores, professores e profissionais de saúde de Presidente Castello Branco/SC, Campinas/SP, Florianópolis/SC e Ribeirão Preto/SP pela contribuição no desenvolvimento da pesquisa nos municípios.

Aos professores e voluntários do Horto Didático de HU/ UFSC pelas contribuições e apoio no processo de coleta de campo.

Aos coordenadores do Núcleo do Telessaúde SC pela oportunidade profissional essencial para construção deste estudo.

Aos membros do NECST pelos momentos de estudo, reflexão e debate.

As colegas Patrícia, Cristine, Emiliana, Manuela, Luana, Eliana, Cláudia, Thais, Ângela, Luise, Carmem, Mari Ângela, Mirvaine, Inajara pelo apoio neste processo.

A todos que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho.



*“...tudo o que pode dizer-se, pode dizer-se com clareza. O conhecimento-emancipação, ao se tornar senso comum, não despreza o conhecimento que produz tecnologia, mas entende que tal como o conhecimento deve traduzir-se em autoconhecimento, o desenvolvimento tecnológico deve traduzir-se em sabedoria de vida. É esta que assinala os marcos da prudência à nossa aventura científica, sendo essa prudência o reconhecimento e o controle da insegurança.”*

(Boaventura de Souza Santos, 2000, p. 109).



## RESUMO

O uso de plantas medicinais como recurso terapêutico é considerado uma das primeiras formas de cuidado em saúde utilizada pelo homem e está relacionada à tradição das populações. Dada a importância das plantas medicinais no cuidado em saúde e simultaneamente a escassa literatura que analisa sua inclusão nos serviços do âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), este estudo teve o objetivo de analisar o desenvolvimento de ações/programas com plantas medicinais, descritos na literatura brasileira, em municípios brasileiros nos serviços de APS. Foi elaborado um ensaio teórico-conceitual sobre a diversidade de saberes, contextos de cuidado e formas de uso de plantas medicinais que interagem com os serviços de APS. Tal ensaio teórico expõe uma abordagem conceitual ancorado na “ecologia de saberes” proposto por Boaventura de Souza Santos e autores da antropologia da saúde referentes às formas e setores de cuidado. A discussão do estado da arte sobre plantas medicinais na APS envolveu uma análise documental de publicações oficiais do Ministério da Saúde que relatassem sobre ações e serviços de fitoterapia implantados na APS; uma análise bibliométrica da produção científica brasileira sobre o tema no período de 1988-2012 e um metaestudo sobre ações/programas com plantas medicinais brasileiros descritos na literatura nesse mesmo período. Foi realizada uma pesquisa empírica com abordagem qualitativa que visou compreender os fatores facilitadores, dificultadores e as contribuições da fitoterapia na APS, em quatro municípios selecionados, a partir do olhar de profissionais de saúde. Para coleta de informações foram realizadas entrevistas semiestruturadas com informantes-chave. Resultados: a discussão da ecologia de saberes aplicada ao tema revelou a importância do diálogo entre os saberes e práticas sobre plantas medicinais para o SUS e à APS, para além do discurso científico, de modo a valorizar saberes emergentes presentes e acumulados na sociedade brasileira, sem desmerecer o saber científico, importante para a consolidação dos medicamentos fitoterápicos no Brasil. A análise das abordagens sobre formas e contextos de uso das plantas no Brasil, culturalmente diversificadas, produziu uma proposta de reconhecimento de cinco contextos de uso das mesmas: familiar (autônomo), popular, tradicional, inserido na racionalidade biomédica e em outras racionalidades médicas (uso heterônomo, no geral). A análise bibliométrica evidenciou um aumento crescente das publicações no período de 1990 a 2012, embora elas sejam poucas, em ambiente nacional e internacional. A partir da análise de 24 experiências brasileiras identificadas no metaestudo, percebeu-se que a inserção da fitoterapia na APS apresenta diferentes

abordagens, motivações, práticas e serviços. No entanto, mesmo após vários anos da publicação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares e da Política Nacional de Plantas Medicinal, em 2006, há muitos fatores que dificultam a expansão e continuidade dos trabalhos com plantas medicinais na APS. Dentre eles, destacam-se: ausência de ensaios clínicos de plantas medicinais brasileiras, dificuldades no cumprimento das regulamentações pelos serviços públicos, déficit na formação dos profissionais de saúde, falta de apoio técnico adequado à realidade dos serviços do setor público, falta de apoio à educação permanente. A aceitação, qualificação e o interesse (associados) dos profissionais, a participação e boa aceitação popular (sobretudo em cidade menores), a presença de articulações intersetoriais e a infraestrutura adequada foram apontados como fatores facilitadores à inserção de diferentes ações com plantas medicinais, para além de considerá-la como uma opção terapêutica a ser prescrita e um produto a ser fornecido nos serviços de APS. Observou-se nos serviços de APS investigados que a fitoterapia contribui na aproximação do profissional e comunidade, fortalece o vínculo equipe-comunidade, é uma ferramenta mediadora para educação em saúde, promove articulações intersetoriais e facilita a interação de diferentes saberes circulantes nas comunidades. Concluiu-se que a fitoterapia é uma prática que facilita a interação de saberes, valoriza recursos culturais e práticas e saberes locais. Contribuiu para aproximação entre profissionais e usuários por meio de abordagens dialogais e empoderadoras. Enriquece as possibilidades terapêuticas autônomas e heterônomas e a promoção de saúde na APS, além de consistir em uma promissora fonte de produtos terapêuticos caseiros, manipulados ou industrializados.

**Palavra-chaves:** Fitoterapia. Plantas medicinais. Atenção primária à saúde.

## ABSTRACT

The use of medicinal plants as a therapeutic resource is considered one of the earliest forms of health care used by man and is related to the tradition of the people. Given the importance of medicinal plants in health care and simultaneously the scarce literature that analyzes their inclusion in the scope of services of the Primary Health Care, this study aimed to analyze the development of actions/programs with medicinal plants, described Brazilian literature, Brazilian municipalities in PHC services. We prepared an essay on the theoretical and conceptual diversity of knowledge, care settings and usage of medicinal plants that interact with the PHC services. This theoretical essay presents a conceptual approach anchored in the "ecology of knowledge" proposed by Boaventura de Souza Santos and authors of the anthropology of health on the forms and care sectors. The discussion of the state of the art of medicinal plants in the APS involved a documentary analysis of official publications of the Ministry of Health who reported on actions and phytotherapy services deployed in APS, a bibliometric analysis of the scientific production on the subject in the period 1988-2012 and meta-study on actions/programs with Brazilian medicinal plants described in the literature over the same period. We performed an empirical study with a qualitative approach that aimed to understand the risk factors, hindering and contributions of phytotherapy in APS, in four selected municipalities, from the look of health professionals. Information gathering were conducted semi-structured interviews with key informants. Results: discussion of the ecology of knowledge applied to the subject revealed the importance of dialogue between the knowledge and practices of medicinal plants for the NHS and the APS, beyond the scientific discourse, in order to exploit emerging knowledge present and accumulated in Brazilian society, without disparaging the scientific knowledge, important for the consolidation of herbal medicines in Brazil. The analysis of the approaches to forms and contexts of use of plants in Brazil, culturally diverse, produced a proposal for recognition of five contexts of use of the same: family (standalone), folk, traditional, inserted in biomedical rationality and other medical (use heteronomous, in general). A bibliometric analysis showed an increasing publications in the period 1990-2012, although they are few in national and international environment. From the analysis of 24 Brazilian experiences identified in the meta-study, it was found that the insertion of phytotherapy in APS presents different approaches, motivations, practices and services. However, even many years after the publication of the National Policy on Integrative and Complementary Practices and National Policy on Medicinal Plants, in 2006, there are many factors that hinder the expansion and continuity of work with medicinal plants in APS. Among them are: the absence of clinical trials of Brazilian medicinal plants,

difficulties in complying with the regulations for public services deficit in the training of health professionals, lack of adequate technical support to the reality of public sector services, lack of support continuing education . The acceptance , qualification and interest (related) professionals , participation and good popular acceptance (especially in smaller city), the presence of joint intersectoral and adequate infrastructure were mentioned as factors facilitating the insertion of different actions with medicinal plants , as well as consider it as a treatment option to be prescribed and a product to be provided in the PHC services . Observed in PHC services investigated the herbal approach contributes to the professional community and strengthens the bond - staff community, is a mediating tool for health education, promotes joint intersectoral and facilitates the interaction of different knowledge circulating in communities. It was concluded that the herbal medicine is a practice that facilitates the interaction of knowledge, values and cultural resources practices and local knowledge. Contributed to bringing together professionals and users through dialogic approaches and empowering. Enriches the therapeutic possibilities autonomous and heteronomous and health promotion in PHC, and consist of a promising source of therapeutic products homemade, handled or processed.

**Key word:** Phytotherapy. Medicinal plants. Primary health care.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Setores de cuidado em saúde segundo Kleinman (1980).....	39
Figura 2 – Saberes, contextos e formas de cuidado em saúde segundo Menéndez (2003) .....	42
Figura 3 - Contextos, saberes, práticas de cuidado de cuidado na APS, .....	48
Figura 4 - Atores, saberes e formas de uso de plantas medicinais na APS. ....	50
Figura 5 - Número de farmácias-vivas registradas no CNES, 2008, 2009, 2010 e 2013 .....	93
Figura 6 - Síntese do processo de obtenção dos artigos selecionados para o metaestudo. ....	103
Figura 7- Desenho do metaestudo.....	105
Figura 8 – Mapa de localização dos municípios selecionados no estudo.....	109



## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Referenciais sobre setorização e classificação de cuidados em saúde. .....	46
Quadro 2 - Cinco eixos de ação da promoção da saúde.....	65
Quadro 3 - Principais legislações sobre plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos até 2013.....	71
Quadro 4 - Experiências de ações, projetos e programas de fitoterapia da região Sul, no estado de Santa Catarina.....	78
Quadro 5 - Experiências de ações, projetos e programas de fitoterapia d região sul, no estado do Paraná.....	79
Quadro 6 - Experiências de ações, projetos e programas de fitoterapia na região nordeste, no estado do Ceará. ....	80
Quadro 7 - Experiências de ações, projetos e programas de fitoterapia na região nordeste, no estado do Pernanbuco, Alagoas e Bahia. ....	81
Quadro 8 - Experiências de ações, projetos e programas de fitoterapia na região norte.....	82
Quadro 9 - Experiências de ações, projetos e programas de fitoterapia na região centro-oeste.....	83
Quadro 10 - Experiências de ações, projetos e programas de fitoterapia na região sudeste, estado do Rio de Janeiro e Espírito Santo .....	84
Quadro 11 - Experiências de ações, projetos e programas de fitoterapia na região sudeste, estdo de São Paulo .....	85
Quadro 12 - Documentos oficiais do Ministério da Saúde sobre experiências e regulamentação de fitoterapia no Brasil.....	91
Quadro 13 - Estratégias de busca nas bases de dado.....	97
Quadro 14- Artigos e teses incluídos na análise bibliométrica de 1990 a 2006.	99
Quadro 15- Artigos e teses incluídos na análise bibliométrica 2006 a 2012.....	100

Quadro 16- Publicações incluídas no metaestudo.....	104
Quadro 17- Perfil dos entrevistados nos municípios selecionados.....	111

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>25</b>
<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>27</b>
1.1 OBJETIVOS .....	31
1.1.1 OBJETIVO GERAL.....	31
1.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	31
<b>2. PRESSUPOSTOS TEÓRICO-CONCEITUAIS E CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA .....</b>	<b>33</b>
2.1 PLANTAS, MONOCULTURA E ECOLOGIA DE SABERES .....	33
.....	35
2.2. CONTEXTOS, SABERES E PRÁTICAS DE CUIDADO À SAÚDE NA APS.....	37
2.3 FORMAS, SABERES E CONTEXTOS DE USO DE PLANTAS MEDICINAIS NOS SERVIÇOS DA APS.....	49
2.4 A FITOTERAPIA NO CUIDADO EM SAÚDE E NOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE .....	53
2.4.1 o uso de plantas medicinais no cuidado em saúde: do Tradicional ao científico.....	53
2.4.2. O uso mágico-religioso das plantas medicinais.....	53
2.4.3. O início do uso experimental das plantas medicinais pelos povos gregos antigos .....	54
2.4.4. A disseminação dos primeiros saberes de plantas medicinais na idade média .....	55
2.4.5. O uso de plantas medicinais na idade moderna .....	56
2.4.6. O uso de plantas medicinais no período contemporâneo Europeu .....	58
2.4.8 Políticas públicas e as plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos no SUS e na APS.....	62
2.5. AÇÕES/PROGRAMAS COM PLANTAS MEDICINAIS NO BRASIL.....	75
<b>3. PERCURSO METODOLÓGICO .....</b>	<b>89</b>

3.1 DEFINIÇÕES CONCEITUAIS EMPREGADAS.....	89
3.2. ANÁLISE DOCUMENTAL .....	90
3.3. ANÁLISE BIBLIOMÉTRICA .....	95
3.4 METAESTUDO .....	101
3.5 PESQUISA QUALITATIVA COM INFORMANTES-CHAVES, EM MUNICÍPIOS SELECIONADOS.....	106

#### **4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....115**

ARTIGO 1 - FITOTERAPIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: PRODUÇÃO CIENTÍFICA DE 1988 A 2012.....	117
ARTIGO 2 - PLANTAS MEDICINAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: FORMAS DE CUIDADO, SABERES E CONTEXTOS DE USO.....	141
ARTIGO 3 - CONTRIBUIÇÕES DAS PLANTAS MEDICINAIS PARA O CUIDADO E A PROMOÇÃO DE SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	165
ARTIGO 4 - ANÁLISE DOS FATORES FACILITADORES E DIFICULTADORES NO DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES/PROGRAMAS COM PLANTAS MEDICINAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE BRASILEIRA .....	197
.....	218
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	225

REFERÊNCIAS .....	229
-------------------	-----

APÊNDICE 1 APROXIMAÇÃO, OBSERVAÇÃO DIRETA E CONTEXTO HISTÓRICO DA INSERÇÃO AÇÕES/PROGRAMAS DE FITOTERAPIA NOS QUATRO MUNICÍPIOS SELECIONADOS.....	247
---	-----

APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	285
--	-----

APÊNDICE 3 – ROTEIRO DE ENTREVISTA ESCRITA.....	287
---	-----

APÊNDICE 4 – RELATÓRIO DAS VISITAS TÉCNICAS.....	293
--	-----

APÊNDICE 5 – AÇÕES E PROGRAMAS COM PLANTAS MEDICINAIS NA APS, RELATADOS NA LITERATURA DE 1988	
--	--

<b>A 2012, E SUA DISTRIBUIÇÃO</b>	
<b>NAS REGIÕES BRASILEIRA .....</b>	<b>297</b>
<b>ANEXO 1 - PLANO DO ENSINO DO CURSO FLORIANÓPOLIS/SC</b>	
<b>.....</b>	<b>299</b>
<b>ANEXO 2 - PLANTAS MAIS COMUNS NAS EM SEIS UNIDADES DE</b>	
<b>SAÚDE E ESTUDADAS NO CURSO DE CAPACITAÇÃO EM</b>	
<b>PLANTAS MEDICINAIS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE</b>	
<b>FLORIANÓPOLIS/SC.....</b>	<b>303</b>



## APRESENTAÇÃO

Este trabalho analisou o desenvolvimento de ações/programas com plantas medicinais, descritos na literatura, na Atenção Primária à Saúde (APS) brasileira. Partiu-se da premissa de que um processo de interação qualificado, respeitoso e dialógico entre saberes e práticas locais em fitoterapia com saberes e práticas técnico-científicas (dos profissionais de saúde), sistematizadas e organizadas, no âmbito dos serviços de APS, pode contribuir para uma abordagem culturalmente enriquecedora da fitoterapia, a ser explorada de forma mais ampla nos serviços pelos profissionais e pelas instituições de ensino e pesquisa. Com isso, pretende-se compreender os fatores que influenciam o desenvolvimento de ações com plantas medicinais na APS, bem como as possíveis estratégias de trabalho, contextos de uso das plantas medicinais e suas potencialidades na promoção e no cuidado da saúde.

Conforme o Regimento do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, a forma de apresentação dos resultados da tese de doutorado é por meio da publicação mínima de um artigo publicado em revista *Qualis* B1 da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) Saúde Coletiva e dois artigos submetidos a revistas *Qualis* da CAPES A1. Por essa razão, os resultados e a discussão deste estudo estão sob a forma de quatro artigos científicos, antecedidos por um texto introdutório com uma contextualização do problema de pesquisa, os objetivos, as questões norteadoras e os métodos utilizados.

O primeiro artigo intitula-se “*Fitoterapia na Atenção Primária à Saúde: produção científica de 1988 a 2012*”. Foi efetuada uma análise bibliométrica da produção científica brasileira sobre o tema no período de 1988-2012. Esta análise evidenciou um crescente aumento da publicação de artigos e teses descrevendo e analisando o desenvolvimento de ações com plantas medicinais nos serviços de APS.

O segundo artigo, “*Plantas medicinais na Atenção Primária à Saúde: formas de cuidado, saberes e contextos de uso*”, apresenta um ensaio teórico que expõe uma abordagem conceitual para a diversidade de saberes, práticas de cuidado e formas de uso de plantas medicinais que coexistem socialmente no mundo contemporâneo e interagem com os serviços na APS. Os principais autores utilizados foram Kleinman (1980), Laplatine, Rayberon (1989), Mendendez (2003), Luz (2005), Santos (2000, 2007, 2010) e Boaventura de Souza Santos (2000, 2007, 2010).

No terceiro, “*A contribuição da fitoterapia para promoção e cuidado da saúde na Atenção Primária*”, realizamos uma análise crítica de vinte e quatro pesquisas qualitativas sobre ações/programas com plantas medicinais, selecionados por meio de uma de revisão sistemática de literatura tipo metaestudo (Partenson et al., 2001). Esta análise oportunizou evidenciar diferentes abordagens, motivações e práticas de programas de fitoterapia nos últimos 20 anos. Não havia até o momento revisão e sistematização de estudos e experiências de ações/programas com plantas medicinais brasileiros descritos na literatura. É consensual a alta relevância do tema para a Saúde Coletiva e o Sistema Único de Saúde (SUS), no contexto da promoção de saúde e dos cuidados profissionais nos serviços de APS, bem como no cuidado autônomo ou familiar no Brasil. A análise realizada no metaestudo foi baseada em Boaventura Souza Santos (1988, 2000, 2003, 2004, 2005, 2007, 2008, 2010), especificamente na sua defesa sobre a necessidade de (re)construção ou reconhecimento de uma "ecologia de saberes" e ideias associadas, que não desperdice, desqualifique ou destrua o saber/experiência acumulados pelos diferentes grupos sociais brasileiros. Tal perspectiva foi considerada adequada e contribuiu para a discussão e análise da fitoterapia na APS, na perspectiva do cuidado e da promoção de saúde.

O quarto, “*Análise dos fatores facilitadores e dificultadores no desenvolvimento de ações/programas de plantas medicinais na Atenção Primária à Saúde brasileira*”, foi feito um estudo empírico descrevendo e analisando o desenvolvimento de ações e programas de plantas medicinais em dois municípios paulistas e dois catarinenses, no qual foram identificados fatores facilitadores e dificultadores da inserção desta prática nos serviços de APS.

A síntese e articulação dos resultados apresentados nos artigos estão contempladas nas considerações finais.

## 1. INTRODUÇÃO

As plantas medicinais sempre tiveram grande importância na cultura, religião, medicina, estética e alimentação dos povos no mundo. Cada civilização foi compilando suas experiências, deixando acumular um amplo conhecimento sobre espécies vegetais que é transmitido de geração a geração até os dias de hoje (SIMÕES, et al. 1999; RATES, 2001; CALIXTO, 2000; VIEGAS; MELLO, 2008). Disso, resultam diferentes saberes sobre plantas medicinais, os quais foram e são repassados oralmente de pais para filhos ou de praticantes para aprendizes. As explicações tradicionais para o uso de plantas medicinais, oriundas das diversas culturas e sociedades ao longo do tempo, são as mais antigas que conhecemos. São disseminados pelas pessoas, curadores populares, associados ou não a tradições religiosas. O uso familiar de plantas exemplifica uma prática baseada no saber leigo, acumulado no decorrer de nossas vidas, pela nossa observação e experiência (DI STASI, 2007).

O conhecimento tradicional e popular tem sido a fonte empírica principal para as investigações científicas contemporâneas na construção de novos saberes sobre as propriedades terapêuticas de plantas medicinais, ou seja, “40% dos medicamentos disponíveis na terapêutica atual foram desenvolvidos de fontes naturais: 25% de plantas, 13% de microrganismos e 3% de animais” (CALIXTO, 2003, p. 37). Nos países em desenvolvimento, grande parte da população depende da medicina tradicional para os atendimentos em saúde, tendo em vista que 90% desta população utiliza práticas tradicionais e populares nos seus cuidados primários e 70-95% usa plantas medicinais. Além disso, verifica-se um importante contingente de pessoas com dificuldade de acesso à biomedicina (OMS, 2011).

Por outro lado, os avanços científicos na busca de novos medicamentos sintéticos contribuíram para o desenvolvimento dos recursos terapêuticos na maior parte do mundo no século XX. O fármaco sintético constitui-se em um instrumento terapêutico central no desenvolvimento técnico-científico, impulsionando grandes descobertas na ciência e na tecnologia médicas, intimamente relacionada às indústrias farmacêuticas, aos hospitais e às especialidades médicas (BARRETO; BOLZANI, 2009). A cientificidade do cuidado à saúde alimentou a superespecialização das profissões, a busca por isolamento de compostos químicos, o aumento do custo e fragmentação do cuidado, tornando a sociedade cada vez mais dependente de práticas profissionais

especializadas. Neste contexto, é importante ressaltar que os saberes familiares, populares, tradicionais vão sendo progressivamente desvalorizados e considerados apenas como uma fonte empírica para expansão do conhecimento científico, tanto pelos profissionais da saúde quando pela sociedade em geral. Com isso, a permeabilidade e a escuta dos profissionais de saúde aos saberes e práticas populares e tradicionais vão diminuindo (TESSER; LUZ, 2008; TESSER, 2010). Os saberes técnico-científicos vão proliferando com importância e valorização crescentes, com desqualificação dos saberes não científicos, maior hierarquização nas relações profissionais-usuários e disseminação de dificuldades de comunicação, malentendidos, divergências de significação para adoecimentos e tratamentos (LUZ, 2005).

Em uma perspectiva antropológica ampla, pode-se considerar diferentes saberes e práticas sobre plantas medicinais que coexistem no contexto do cuidado em saúde na APS, baseadas em premissas bastante distintas. Algumas delas são articuladas e elaboradas em saberes estruturados, com maior ou menor diferença entre si (MENÉNDEZ, 2003; 2009). No contexto dos serviços públicos de saúde, esses saberes e práticas podem interagir por meio de diferentes relações sociais, nos contatos entre médicos e demais profissionais de saúde e usuários, nas atividades dos agentes comunitários de saúde (ACS) (onde a Estratégia Saúde da Família está presente), nas atividades educativas, grupos terapêuticos, em projetos e parcerias com movimentos sociais, universidades, empresas, etc (TESSER et al., 2011).

Com o desenvolvimento da ciência moderna e das diversas disciplinas básicas e aplicadas envolvidas direta ou indiretamente com o cuidado em saúde, a terapêutica com medicamentos de síntese despontou como carro-chefe da terapêutica científica (biomédica), atrelada ao desenvolvimento industrial. Apesar dos avanços tecnológicos e científicos nas diversas áreas de conhecimento nas pesquisas de medicamentos no Brasil e no mundo, é consenso entre diversos pesquisadores o fato de que as plantas medicinais constituem fonte importante de matéria-prima para a indústria farmacêutica (VIEGAS; BONZANI; BARREIRO, 2006; BARREIRO; BOLZANI, 2009).

Esse processo de construção do conhecimento científico do uso de plantas medicinais e de seus derivados tem levado a uma progressiva distância entre saber científico e saber popular. Porém, mais recentemente, a etnobotânica torna visível o conhecimento de curadores especializado não-profissionalizados de diversas culturas, de modo que

talvez seja mais apropriado incluir estes especialistas sociais na história da construção da fitoterapia (ALBUQUERQUE; ANDRADE, 2002). Essa inclusão sugere maior diferenciação nos saberes sobre as plantas medicinais não científicas do que sugere a visão dicotômica pautada no par conhecimento científico – conhecimento popular.

Embora o uso de plantas medicinais atravesse diferentes contextos de uso e práticas de saúde como recurso terapêutico, sendo considerado um dos mais importantes instrumentos terapêuticos no cuidado familiar e tradicional, tem também sua relevância reconhecida no ambiente científico e profissional, especialmente na APS.

A discussão sobre a promoção e a inserção das práticas populares e tradicionais no SUS, especialmente na APS, no Brasil foi contemplada em debates e documentos de Conferências Nacionais de Saúde, Resoluções Interministeriais e Convênios entre os anos de 1985 a 2005, que culminou na publicação da Política Nacional de Práticas (PNPIC), regulamentada pela Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006 e na Política Nacional de Plantas Medicinal e Fitoterápico (PNPMF) instituída pelo Decreto nº 5.813, de 22 de junho de 2006 no desenvolvimento do Programa Nacional de Plantas Medicinais, no Brasil. Estas duas políticas públicas reconhecem a fitoterapia como uma prática oficial no SUS, definindo-a fitoterapia como um recurso terapêutico caracterizado pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, além de ser uma abordagem que incentiva o desenvolvimento comunitário, a solidariedade, a participação social e o fortalecimento da APS.

Em 2010, o Ministério da Saúde institucionaliza a “*Farmácias Vivas*” por meio da Portaria nº 886, de 20 de abril de 2010. (BRASIL, 2006a; 2006b; BRASIL, 2010a; BRASIL, 2010c). Posteriormente, em 2012, o Ministério da Saúde publicou o Caderno de Atenção Básica n. 31, de 2012 - “Práticas Integrativas e Complementares: Plantas Medicinais e Fitoterapia na Atenção Básica”. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária, também, publicou diversas resoluções e instruções normativas com ênfase na regulamentação de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos para uso nos serviços de saúde como recurso terapêutico, contribuindo para a expansão desta prática nos serviços de saúde.

Entende-se por “*Farmácias-Vivas*” o termo institucional criado em 1983, pelo professor da Universidade Federal do Ceará, o farmacêutico, Dr. Francisco J. Abreu Matos, para designar os hortos de plantas medicinais padronizadas cientificamente, instaladas em

comunidades organizadas. Sua finalidade foi, naquele contexto, distinguir as hortas padronizadas do cultivo de plantas de uso popular escolhidas empiricamente pela população. (MATOS, 2006, p.8).

Após a sua criação no Estado do Ceará, tornou-se referência para todo o país e serviu de referência para estruturação de ações/programas com plantas medicinais nos serviços públicos e legislações no país. A Portaria 886/10 recontextualiza a Farmácia-Viva criada por Francisco Matos - “Farmácia-Viva” na lógica biomédica e define a prática da fitoterapia no âmbito do SUS como sendo “uma atribuição da Assistência Farmacêutica no setor público que compreende o cultivo, a coleta, o processamento, o armazenamento, a manipulação e a dispensação de prescrições magistrais e oficinais de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos” (BRASIL, 2010c, p. 2), diferenciando esta atividade das farmácias de manipulação e indústria farmacêutica.

No Brasil, existem 350 ações/programas de plantas medicinais em várias regiões brasileiras (BRASIL, 2012a) que contemplam diferentes ações e serviços: hortas e hortos didáticos, farmácia-viva, dispensação de drogas vegetais e medicamentos fitoterápicos. Uma pequena parcela de experiências foi descritas na literatura científica e acadêmica, após 2010 (SILVELLO, 2010; SANTOS et al. 2011; BATISTA; VALENÇA, 2012). Damian, Tesser e Moretti-Pires (2013) evidenciam a presença de uma maior diversidade de ações do que a prevista normativamente pelo Ministério da Saúde: rodas de conversa com plantas medicinais, educação permanente, oficinas de manipulação de fórmulas tradicionais, orientação e apoio ao uso autônomo, hortas em escolas e comunidade entre outros.

Entende-se que a presença da fitoterapia nas práticas da Estratégia da Saúde da Família (ESF) reforça a solidariedade, o desenvolvimento e a participação comunitária nas ações de saúde. Além disso, a riqueza biológica e a diversidade botânica brasileira tornam-se ainda mais importante porque está aliado a uma sociodiversidade que envolve vários povos e comunidades com visões, saberes e práticas culturais próprias. Na questão do uso terapêutico das plantas, esses saberes e práticas estão intrinsecamente relacionados aos territórios e seus recursos naturais, como parte integrante da reprodução sociocultural e econômica desses povos e comunidades brasileiras. Neste sentido, é imprescindível promover o resgate, o reconhecimento e a valorização das práticas tradicionais e populares de uso de plantas medicinais, remédios caseiros e medicamentos fitoterápicos, importantes

para a promoção e cuidado da saúde, bem como para o fortalecimento da APS, conforme preconiza a Organização Mundial da Saúde (OMS).

Frete a estas questões, o presente estudo buscou analisar o desenvolvimento de ações/programas de fitoterapia, descritos na literatura científica e consolidados na APS brasileira, bem como os fatores facilitadores, dificultadores e contribuições associadas às possíveis formas de trabalho com plantas medicinais no contexto comunitário e dos serviços de saúde público.

Desta forma, este estudo foi norteado pelos seguintes questionamentos: *Quais os programas de fitoterapia na APS foram descritos na literatura no período 1988-2012? Como e por que estes programas de fitoterapia na APS foram implantados e desenvolvidos na APS? Quais os fatores facilitadores e dificultadores no desenvolvimento de ações e programas de plantas medicinais na APS? Quais as contribuições das plantas medicinais para a APS?*

Em outras palavras, trata-se de investigar como os municípios têm organizado ações/programas de plantas medicinais no âmbito do serviço de APS e como os profissionais que têm trabalhado com plantas medicinais de uma forma mais organizada e sistematizada relacionam-se com os saberes e práticas presentes nas comunidades em que trabalham. Compreender que tipo de estratégias têm sido mais presentes nas relações entre profissionais da APS e comunidade e quais as barreiras vivenciadas ou encontradas nestas experiências, bem como as contribuições a serem explorados de forma mais ampla nos serviços, pelos profissionais e pelas instituições de ensino e pesquisa.

## 1.1 OBJETIVOS

### 1.1.1 Objetivo Geral

- Analisar o desenvolvimento de ações/programas de plantas medicinais em municípios brasileiros, descritos na literatura brasileira, no âmbito do serviço de Atenção Primária à Saúde.

### 1.1.2 Objetivos Específicos

- Mapear a produção científica brasileira sobre ações/programas com plantas medicinais no período 1988-2012;

- Compreender os objetivos, motivações, enfoques, estratégias para o desenvolvimento de ações/programas de plantas medicinais na APS brasileira, abordados na literatura científica, no período de 1988 a 2012;

- Conhecer os fatores facilitadores e dificultadores no desenvolvimento de ações/programas com plantas medicinais no âmbito do serviço de APS brasileira, bem como suas contribuições para o cuidado e a promoção da saúde nesse ambiente, a partir do olhar de profissionais de saúde de municípios selecionados.

## 2. PRESSUPOSTOS TEÓRICO-CONCEITUAIS E CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA

### 2.1 PLANTAS, MONOCULTURA E ECOLOGIA DE SABERES

O avanço científico e tecnológico das práticas biomédicas torna a sociedade cada vez mais dependente de práticas profissionalizadas. Esta cientificidade do cuidado proporcionou acesso desigual aos medicamentos entre as populações mundiais, o que levou instituições internacionais como a OMS (1978; 2002) a valorizarem as práticas locais “com intuito de resolver os problemas de adoecimento de grandes grupos populacionais desprovidos de atenção médica no mundo” (LUZ, 2005, p.165). Neste sentido, o resgate, a valorização e a interação das práticas tradicionais com as práticas técnico-científicas são imprescindíveis para a promoção e para o cuidado de saúde, seja profissional ou no ambiente familiar (OMS, 2011).

Para Santos (2007), a sociedade contemporânea se assenta em dois pilares: o da regulação e o da emancipação. O primeiro constitui-se em obrigações envolvendo o Estado, o mercado e a comunidade. A obrigação política do Estado é vertical e se dá entre cidadãos e o Estado. A regulação do mercado é uma relação individualista e antagônica entre parceiros. No princípio da comunidade, essa relação é horizontal, solidária e se processa entre membros da comunidade. O pilar da emancipação é formado pela racionalidade cognitiva e instrumental da ciência, pela estético-expressiva das artes e literatura e pela moral.

Todavia, a ciência e o direito, categorias emancipatórias no início da modernidade, tornaram-se, no seu transcórre, categorias regulatórias hegemônicas a serviço das forças do mercado e das grandes corporações. A ideia de desenvolvimento se deve ao fato de que essas formas de poder, de direito e de conhecimento sobrepujaram com algum êxito outras formas estabelecidas nos chamados “espaços-tempo” da sociedade moderna: o espaço mundial, o espaço doméstico, da produção, da cidadania (SANTOS, 2008).

O espaço-tempo mundial é o espaço-tempo das relações sociais entre sociedades territoriais, nomeadamente entre Estado-Nação no interior do sistema mundial e da economia-mundo. O problema fundamental do espaço tempo mundial é a crescente e presumivelmente irreversível polarização entre o Norte e o Sul, entre países centrais e países periféricos no sistema mundial (p. 286).

O espaço-tempo doméstico é o espaço-tempo das relações familiares, nomeadamente entre cônjuges e entre pais e filhos. As relações sociais familiares estão dominadas por um poder, o patriarcado (...) (p.301).

O espaço-tempo da produção é o espaço-tempo das relações sociais através das quais se produzem bens e serviços que satisfazem as necessidades tal como elas se manifestam no mercado enquanto procura efetiva. Caracteriza-se por uma dupla desigualdade de poder: entre capitalistas e trabalhadores (p.306).

O espaço-tempo cidadania é constituído pelas relações sociais entre Estados e os cidadãos, e nele gera uma forma de poder, a dominação, que estabelece a desigualdade entre cidadão e Estado e entre grupos e interesses politicamente organizados (p. 314).

Segundo Santos (2000), a ciência moderna tem sido gradualmente transformada numa força produtiva. A ciência como força produtiva (tecnologismo, formação profissional, cultura empresarial) contribui decisivamente para as trocas desiguais na sociedade contemporânea. Contudo, ao contrário do direito estatal, a ciência não depende exclusivamente de uma instituição nacional, centralizada e burocrática (Estado), para exercer o seu funcionamento. Embora o Estado seja um facilitador efetivo, por meio de políticas de incentivo científico e de desenvolvimento, a ciência funciona por ser um saber organizado, especializado e profissionalizado, susceptível de se perpetuar ao longo do tempo em espaços aparentemente alheios ao contexto, de acordo com metodologias formalizadas e reproduzíveis. Trata-se de uma forma de conhecimento capaz de intervenções poderosas na natureza e na sociedade.

A ciência moderna ao longo do tempo, ao produzir existências, também produziu ausências no mundo dos espaços da comunidade e da vida doméstica. O silêncio (ausência) é fabricado pela desqualificação de determinados saberes ou experiências, que as torna invisíveis ou descartáveis, de modo muitas vezes irreversível (BORGES; PINHO; SANTOS, 2009). A esse processo de silenciamento, o autor denominou de monocultura do saber científico (SANTOS, 2007), que se caracteriza por uma racionalidade hegemônica que nega e exclui o diferente (SANTOS, 2004).

Na mesma direção, forças políticas hegemônicas de informações de massa e regulamentação, no espaço do mercado e da produção, influenciam profissionais e cidadãos criando falsas necessidades (MARCUSE, 1964). As grandes descobertas na ciência e na tecnologia

médica incentivaram, portanto, uma monocultura do saber nas práticas biomédicas (VEIGAS; BOLZANI; BARREIRO 2006; SANTOS, 2007). Esta monocultura descredibiliza a existência de outros saberes e práticas circulantes na sociedade. Os saberes e práticas locais vão sendo progressivamente desvalorizados tanto pelos profissionais da saúde quando pela sociedade em geral (MENÉNDEZ, 2003). Estes passaram a ser considerados apenas como uma fonte empírica para expansão das verdades científicas, atrelada ao desenvolvimento industrial, à necessidade de mercado para busca de patentes de novas moléculas bioativas (BARREIRO; BOLZANI, 2009). No espaço do mercado, da produção e dos serviços de saúde, os medicamentos fitoterápicos industrializados aparecem como o único produto seguro, de qualidade e eficácia, para uso de plantas medicinais, o que deságua em restringir a fitoterapia à prescrição profissional na APS, ou pelo menos enfatizar este aspecto dela, obscurecendo outras possibilidades pela ênfase pela inserção de medicamentos fitoterápicos. Este pensamento unidirecional cultiva ideias, anseios e objetivos que reduzem o universo de ações de fitoterapia ao campo técnico-científico e profissional, reforçando uma monocultura científica e dificultando o desenvolvimento de ações/programas com plantas medicinais na APS para além desse enfoque (DAMIAN; TESSER; PIRES, 2013b).

A monocultura científica implica domínio, influência e relações interpessoais desiguais em instituições formadoras, gestores de serviços e entre profissionais, tornando invisível saberes emergentes, “do sul<sup>1</sup>”, não científicos. Santos e Meneses (2010) designam de “Epistemologia do Sul” o conjunto de intervenções epistemológicas que valoriza a diversidade de saberes (além do saber científico) e denunciam a desigualdade da relação saber-poder responsáveis pela supressão de muitas formas de saber próprios dos povos e/ou nações colonizadas. A esse processo de “reconhecimento da pluralidade de conhecimentos heterogêneos (sendo um deles a ciência moderna) e a interações

---

<sup>1</sup> O Sul é aqui concebido metaforicamente como um campo de desafios epistêmicos, que procuram reparar os danos e impactos historicamente causados pelo capitalismo na sua relação colonial com o mundo. Esta concepção do Sul sobrepe-se em parte como o Sul geográfico, o conjunto de países e regiões do mundo que foram submetidos ao colonialismo europeu e que, com exceções (Austrália e Nova Zelândia), não atingiram níveis de desenvolvimento econômico semelhante ao do Norte Global (Europa e América do Norte) (SANTOS, MENESES, 2010, p.19).

sustentáveis e dinâmicas entre eles sem comprometer sua autonomia”, os autores denominaram de “ecologia de saberes”. “A ecologia de saberes baseia-se na ideia de que o conhecimento é interconhecimento” (p.53).

A estratégia contra hegemônica de “ecologia de saberes” proposta por Santos envolve a reconstrução do polo da emancipação na contemporaneidade. Segundo Santos e Meneses (2010), a ecologia de saberes não propõe excluir a credibilidade do saber técnico-científico, mas não o considera como única verdade (monocultura). O saber técnico-científico deve ser entendido como parte de uma ecologia mais ampla de saberes que possibilita um diálogo qualificado. Isso não significa que tudo vale do mesmo modo, mas que o saber técnico-científico não é o único, pois há outros saberes circulantes na sociedade que podem ser valorizados quanto ao uso de plantas medicinais, particularmente na APS. O espaço comunitário em que estão inseridos os serviços de saúde de APS seria um espaço social fértil para essa reconstrução, que tem sido pouco elaborado pela ciência (FREITAS; PORTO, 2011).

Nesse sentido, desviando do ideário cientificista, este estudo compartilha da perspectiva de que não há somente um único saber válido para o cuidado à saúde e o uso comunitário de plantas medicinais. O saber comunitário e popular sobre plantas, baseado nas tradições culturais, pode ser visto como uma possibilidade de aproximação do profissional da saúde do usuário. Neste contexto, o princípio que orienta as relações humanas pode ser a solidariedade, a reciprocidade, o respeito e a valorização mútua. Esta interação entre comunidade e equipe de saúde pode ocorrer em encontros para compartilhar experiências, como, identificação das plantas, como são preparadas e indicadas e de que forma são usadas pela comunidade. Isso significa considerar a APS como um ambiente favorável ao diálogo respeitoso e mutuamente enriquecedor entre saberes, técnicas, tradições e racionalidades diversas em saúde, leigas e especializadas. Usa-se aqui o termo “especializado” no sentido geral proposto por Berger e Luckmann (1996), ou seja, com o significado de práticas realizadas por agentes sociais (no caso, os que curam) com processo de treinamento e formação específicos, que podem ou não ser profissionalizados. Nesse sentido, os profissionais de saúde são especialistas e, também, grande parte dos curadores populares ou tradicionais.

Acompanhando Santos e Meneses (2010), a perspectiva teórico-política deste estudo dirige-se para identificar possibilidades de promoção, interação e valorização de outros saberes que convivem de

maneira latente nas comunidades, mas são marginalizados pelo saber “científico” no âmbito dos serviços de saúde. Para os autores, o não aproveitamento dos diferentes saberes e práticas emergentes na sociedade favorecem o “desperdício de uma riqueza social” (BORGES; PINHO; SANTOS, 2009, p.375). Nessa perspectiva, a fitoterapia, no contexto da APS, possibilita o aproveitamento e valorização de “riquezas sociais” na direção da emancipação (social, cultural, técnica e política) (SANTOS, 2003) dos profissionais e usuários dos serviços de forma crítica, participativa, interdisciplinar e intersetorial. A riqueza social caracteriza-se pela diversidade e diálogo entre os diferentes saberes, pois todo o conhecimento se assenta em saberes oriundos da experiência cotidiana de distintas comunidades e grupos.

A valorização destas riquezas é especialmente importante e facilitada, como uma força emancipatória na sociedade, devido à relativa convergência dos saberes tradicionais com os científicos no uso das plantas medicinais (LEITE, 2009). O universo concreto evidenciado pelas práticas tradicionais, populares e familiares com plantas medicinais deve ter um lugar nas análises científicas, como forma de reabilitar os diferentes saberes, permitindo que aquilo que é ativamente produzido como não existente ganhe visibilidade, transformando as ausências em presenças, fortalecendo o pilar emancipatório na contemporaneidade.

## 2.2. CONTEXTOS, SABERES E PRÁTICAS DE CUIDADO À SAÚDE NA APS

As pessoas buscam diversas práticas de cuidado quando se defrontam com um problema de saúde. Tais práticas são contextuais, culturais e politicamente definidas, bem como disputadas (HELMAN, 2003; MENÉNDEZ, 2009). Assim, pode-se identificar um grande universo de cuidado em saúde, vinculado à cultura do usuário além das exercidas pelos profissionais de saúde. O conceito de cultura que se apresenta aqui se refere a um sistema de símbolos, frente a uma realidade, que está sempre em transformação. Este conceito de cultura remete a uma dimensão dinâmica da ação das pessoas e que nos ajuda a compreender as decisões tomadas por um indivíduo com relação ao uso de plantas medicinais no cuidado em saúde (GEERTZ, 1989).

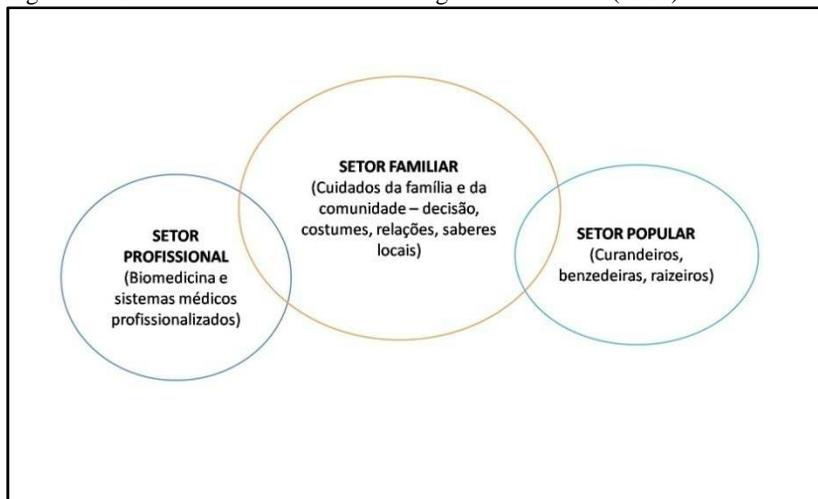
As formas de cuidado em saúde distintas das exercidas pelos médicos e outros profissionais de saúde de vertente acadêmica ou científica podem ser conceituadas genericamente como Medicinas

Alternativas e Complementares (MAC), apenas pelo fato de não pertencerem ao conjunto da medicina oficial, convencional ou biomedicina, ou seja, aquilo que não é ensinado e não é consagrado na formação e na prática médica e de outras profissões pode ser chamado de MAC (NCCAM, 2007). Todavia, esta é uma conceituação por exclusão ou pelo negativo. Ela diz pouco sobre o que seriam estas MAC e como elas podem ser entendidas, já que fala apenas do que elas não são. Tal conceituação pode fazer pensar que tudo o que não é científico é MAC, ou que todas as MAC são similares, ou que uma classificação baseada em tipos de práticas é suficiente para mapear esse universo. Há diferentes classificações das MAC, dentre elas destacamos as propostas por: BELL et al., 2002; NOGALES-GAETE, 2004; BARROS; NUNES, 2006; NCCA, 2007; OTANI; BARROS, 2011.

Uma mínima aproximação da diversidade de práticas e saberes existentes nas sociedades contemporânea parece necessário devido a heterogeneidade de significados e sentidos de uso, relações sociais em que se inserem os variados saberes não biomédicos.

Os primeiros estudiosos dessas práticas foram os antropólogos, ao descrever sociedades consideradas exóticas e primitivas, nas suas práticas de cuidado autônomo e heterônomo. Mais recentemente, Kleinman (1980) propôs um agrupamento do cuidado em saúde em três grandes sistemas ou setores coexistentes nas sociedades contemporâneas modernas: profissional, popular (*folk*) e informal (familiar), baseado mais nas relações sociais entre agentes provedores e “recebedores” do cuidado. O primeiro setor inclui os curadores profissionalizados em determinada sociedade; o segundo inclui os especialistas populares não profissionalizados de vários tipos; e o terceiro refere-se ao cuidado realizado no ambiente familiar e nas redes de apoio social das pessoas, geralmente solidário e não envolvendo remuneração (parentes, amigos, vizinhos, grupos religiosos e de autoajuda). Cada setor possui características próprias (em que são utilizadas noções, saberes e práticas diferentes em relação à saúde e à doença), mas eles estão interrelacionados. A figura 1 ilustra na página 39, a distribuição dos conteúdos nos setores de cuidado proposto por Kleinman (1980).

Figura 1 – Setores de cuidado em saúde segundo Kleinman (1980)



Fonte: KLEINMAN (1980)

O agrupamento, proposto na figura 1, pode ser questionado, uma vez que incluem no setor profissional sistemas médicos cujas práticas apresentam diferenças significativas em relação à biomedicina, por exemplo, homeopatia e a acupuntura. Tais medicinas apresentam caráter parcialmente profissionalizado, como especialidades médicas no Brasil. O que essa setorização ressalta é que uma vez profissionalizadas, as práticas tendem a reproduzir as relações sociais de cuidado da biomedicina, assemelhando-se a ela. Além disso, o autor coloca no mesmo setor os curadores especializados populares (medicina popular) e tradicionais (medicina tradicional), que, no Brasil, diferenciam-se em relação a crenças, valores e tradições e encontram-se, geralmente, em contextos significativamente distintos (adiante abordados).

Para a OMS (2002), a Medicina Tradicional (MT) considerada por Kleimmann parte do setor popular, é um termo abrangente que deve ser diferenciado da Medicina Popular (MP). O saber tradicional possui um sistema de classificação próprio, complexo, gerado e transmitido pela tradição de povos e comunidades, que se reconhecem como tais por possuírem formas próprias de organização social (OMS, 2002). No que diz respeito à MT brasileira, a fonte de seus saberes e prática pode estar relacionada aos povos indígenas, quilombolas e às comunidades tradicionais brasileiras (caboclos, ribeirinhos, caiçaras). Eles possuem vasta experiência na utilização e conservação da diversidade biológica e

ecológica, podendo contribuir positivamente na utilização sustentável da biodiversidade.

Nos países em que o sistema de saúde baseia-se na biomedicina ou que a MT não tenha sido incorporada no sistema de saúde nacional, a MT e/ou MP é chamada de Medicina Alternativa e Complementar (MAC): no Brasil, homeopatia, iridologia, reiki, cromoterapia, meditação transcendental, medicina ayurvédica, medicina tradicional chinesa, chás caseiros de plantas etc. A MAC poderia incluir todas as MT, mas a OMS (2002) reserva este termo para os locais em que não há MT forte e a biomedicina domina a oferta de cuidado nos sistemas de saúde e na sociedade.

Segundo documento ministerial brasileiro, as MAC são designadas institucionalmente Práticas Integrativas e Complementares, as quais envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Outros pontos compartilhados pelas diversas abordagens abrangidas nesse campo são a visão ampliada ou holística do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado (LEVIN; JONAS, 2001).

Diferente da MT e MAC, a MP é um conjunto de técnicas de tratamento empregadas pelos especialistas não reconhecidos pela medicina oficial e que não fazem parte de povos tradicionais no Brasil (LOYOLA, 1984), mas se manifestam independentemente do controle da medicina oficial (QUEIRÓZ, 1993). Em geral, nossa população (e seus curadores populares) é resultante da mestiçagem entre índios, europeus e africanos (RIBEIRO, 1995). A MP pode ser dividida em medicina caseira (plantas medicinais, massagem) e medicina religiosa (benzedura, resguardo, toque), segundo Queiróz (1993) e Oliveira (1985). Ela é praticada em diferentes espaços e por vários especialistas populares que são fortemente influenciados pela religião e pela valorização da fé (LEVI-STRAUS, 1970). Dentre eles destacam-se: os raizeiros ou erveiros; as benzedoras ou rezadeiras; os pais de santo; os religiosos católicos (párocos, religiosas ou pastoral da saúde) e as parteiras, como apontam Metcalf, Berger e Negri (2004) e Di Stasi (2007). Este grupo de curadores especializados apresenta significativa diferença dos curadores tradicionais pertencentes à tradição indígena e/ou comunidades ribeirinhas. Esses curadores ocupam um espaço significativo no cuidado à saúde propiciado pela relação de confiança

com o doente (estimulador da chamada eficácia simbólica) (ALONSO, 2008), pela falta de cobertura do sistema formal, pelo alto preço dos medicamentos e pelo fraco relacionamento com os profissionais de saúde (METCALF; BERGER; NEGRI, 2004).

Numa tentativa de adaptar os setores de cuidado proposto por Kleinmann (1980) ao contexto brasileiro da APS, Metcalf, Berger e Negri (2004) propõem uma redistribuição das práticas pelos setores de cuidado: setor popular ou informal ou tradicional (práticas familiares, caseiras); setor oficial ou biomedicina e setor das MAC. No setor MAC esses autores alocam os “especialistas tradicionais” (xamãs, benzedeiras, raizeiros) junto com sistemas terapêuticos e diagnósticos complexos com bases teóricas eruditas (homeopatia, acupuntura), além de processos isolados com fins diagnósticos (iridologia, fisignomonía) ou terapêuticos (fitoterapia, aromaterapia, musicoterapia), como faz a OMS; e separam esse conjunto da biomedicina.

Diferente de Metcalf, Berger e Negri (2004), a interpretação de Laplantine e Rabeyron (1989) sobre as MAC é de serem práticas heterogêneas que se diferenciam segundo a legitimidade social formal (legais ou ilegais ou não legalizadas); a dimensão tradicional (antigas ou modernas); a constituição em *corpus* teórico (popular ou erudita); e a funcionalidade (diagnóstica e/ou terapêutica). Por exemplo, a homeopatia pode ser considerada uma forma legal de medicina no Brasil, legalizada desde a década de 1980; relativamente moderna, assim como a biomedicina – uma vez que nasceu na Europa no início do século XIX, tendo chegado ao Brasil pelo meio desse século; erudita – já que desde o início despontou como uma medicina de especialistas, profissionalizada, fundada por um médico europeu que estabeleceu um corpo teórico de conhecimentos, doutrinas e métodos sistematizados para orientar a prática específica dos médicos; e, por fim, é tanto diagnóstica quanto terapêutica. A abordagem proposta por Laplantine e Rayron permite uma análise contextualizada das práticas e saberes das MAC, mas ainda de forma genérica.

Para Menéndez (2003; 2009), os setores de cuidado consistem num processo dinâmico, complexo, diferenciado. As diferentes práticas de saúde estão relacionadas com o contexto social estratificado da população. O autor propõe outra distribuição adaptada para a realidade latino-americana: setor biomédico, popular, alternativo ou paralelo, práticas derivadas de medicinas tradicionais e práticas familiares (figura 2, página 42). Para o autor, o **setor biomédico** refere-se aos saberes e práticas implementados por médicos ou paramédicos que trabalham nos

três níveis de atendimento físico, mental, inclusive os saberes preventivos de tipo biomédico. O **setor popular** constitui-se pelos curadores especializados, tais como: feiticeiros, curadores, espiritualistas, erveiros, xamãs, santos, atividades carismáticas e pentecostais. O **setor alternativo ou paralelo** (“*new age*”) inclui outras práticas não biomédicas chamadas atualmente como práticas integrativas e complementares. O **setor de práticas derivadas de medicinas tradicionais** refere-se às medicinas tradicionais – medicina tradicional chinesa, medicina indiana (ayurvédica), medicina árabe, etc. E as **práticas de autoatenção** são consideradas as formas centradas nas **práticas primárias, familiares** e as organizadas em termos de grupos de **autoajuda**, que incluem os grupos de alcoólicos anônimos, narcóticos anônimos, grupos de diabéticos, associações de pais de crianças com Síndrome de Down, etc., que têm por objetivo orientar as pessoas que adoecem e ou procuram ajuda entre pares.

Figura 2 – Saberes, contextos e formas de cuidado em saúde segundo Menéndez (2003)



Fonte: Menéndez (2003)

Menéndez (2009, p. 48) valoriza o cuidado autônomo de saúde no contexto familiar, a qual denomina de autoatenção. As práticas de autoatenção são definidas como atividades que a população utiliza tanto individual quanto socialmente para diagnóstico, explicar, atender, controlar, aliviar, suportar, curar, solucionar ou prevenir os processos

que afetam sua saúde em termos reais ou imaginários, sem a intervenção central, direta e intencional de curadores profissionais ou especializados, embora eles possam ser os referenciais dessa atividade.

Muitas vezes, o termo autoatenção é confundido ou identificado pela biomedicina com a automedicação ou autocuidado. A automedicação refere-se ao uso de determinado medicamento ou tratamento (de origem biomédica ou não), em geral tendo a biomedicina como referência) sem intervenção do médico ou profissional de saúde habilitado. A automedicação está incluída na autoatenção, mas esta é mais ampla que aquela. Dada a proeminência das doenças crônicas e o envelhecimento populacional, há ainda que considerar as práticas de autocuidado, hoje muito valorizadas na biomedicina, para além da automedicação, envolvendo comportamentos individuais relacionados mais a atividade física e alimentação. O termo autoatenção de Menéndez (2009) permite diferenciar autocuidado e automedicação de autoatenção. A autoatenção é um termo mais amplo, que inclui os dois primeiros.

A abordagem de Menéndez (2003), por um lado, parece relevante dada à significativa heterogeneidade das práticas de saúde disponíveis em uma sociedade complexa e continental como a brasileira. A distribuição proposta pelo autor diferencia as práticas derivadas de medicinas tradicionais das práticas populares com abordagem religiosa, comunitárias e das de autoatenção; além da diferenciação das práticas de saúde advindas de outras tradições médicas diferentes da biomedicina. A setorização de Menéndez (2003) ressalta o contexto social como determinante (ponto central) para a diferenciação das formas de atenção à saúde, e evidencia um processo dinâmico de apropriação das práticas de saúde profissionalizadas e especializadas. Por outro lado, considera e abre uma sessão “outras” considerando parecidas, paralelas ou alternativas uma grande heterogeneidade de práticas etiquetadas de práticas complementares.

Considerando essas diferenças internas ao universo das MAC/MT, bem como o contexto dos serviços da APS brasileira, deve ser mencionado ainda o conceito de “Racionalidades médicas”. “Racionalidade médica” é uma categoria analítica proposta por Luz (1995) para o estudo e comparação de sistemas médicos complexos presentes no mundo contemporâneo. A categoria é inspirada nos tipos ideais de Max Weber (1864-1920), importante pensador das ciências sociais, e tem a característica de ser ao mesmo tempo uma descrição tendencial de fenômenos e ou realidades e um instrumento de análise e comparação dessas realidades. A partir de elementos empíricos

perceptíveis, é postulado um “tipo ideal” (um construto teórico, portanto) que traduz características centrais ou consideradas importantes desses fenômenos (LUZ; BARROS, 2012). A partir da descrição ou caracterização desse tipo ideal, pode-se, então, estudar realidades empíricas comparando-as com o “modelo” e entre si, o que enriquece o conhecimento e a compreensão sobre as mesmas e, num movimento de *feed-back*, aperfeiçoa a própria caracterização do tipo ideal, potencializando-o como instrumento de compreensão das realidades. No caso em questão, tratou-se de reconhecer e estudar sistemas médicos complexos de cuidado e cura que persistem nas sociedades contemporâneas.

Uma racionalidade médica, segundo Luz e Barros (2012), foi definida como um conjunto articulado e coerente de componentes de um sistema de cuidado e cura, composto por: uma doutrina médica (explicações sobre as causas e naturezas dos adoecimentos e do processo de cura), uma morfologia (descrição das partes e componentes do ser humano, equivalente à anatomia), uma dinâmica vital humana (descrição do funcionamento do ser humano, equivalente à fisiologia), um sistema de diagnose (métodos de interpretação dos problemas de saúde), um sistema terapêutico (métodos de cuidado, prevenção e tratamento dos adoecimentos e de promoção da saúde) e por fim uma sexta dimensão mais geral: uma cosmologia, uma cosmovisão sobre a natureza do universo e do ser humano e suas relações, subjacente a todos os elementos anteriores, dando-lhes uma transfundo cultural e de valores tácitos, amalgamando-os.

Por meio desta categoria, alguns sistemas de cura foram e continuam sendo estudados, teórica e empiricamente. Foram caracterizados até o momento como racionalidades médicas, por exemplo, a medicina ocidental contemporânea ou biomedicina, a medicina tradicional chinesa (MTC), de onde provém a acupuntura, a homeopatia, a medicina ayurvédica (da Índia) e a medicina antroposófica (LUZ; BARROS, 2012). Tais sistemas médicos complexos podem ser, segundo essa proposta analítica, diferenciados de outras práticas e formas de cuidado que não apresentam todas essas características, como os Florais, a iridologia, o reiki, fitoterapia, etc. O reconhecimento da existência desses sistemas é que eles possuem uma racionalidade própria, fundada em uma cosmovisão específica, às vezes afiliado a uma antiga tradição cultural (como na China e na Índia), portadores de doutrinas médicas próprias coerentes com seus sistemas diagnósticos e terapêuticos e seus saberes sobre o ser humano e sua

saúde-doença (morfologia e dinâmica vital), permite atribuir-lhe crédito epistemológico; isto é, admitir que eles possuem verdades e critérios de eficácia autóctones, associados com seus valores, saberes e cosmovisões, irredutíveis aos saberes biomédicos ou biocientíficos contemporâneos. Possuem algo como paradigmas próprios usando o conceito de Thomas Kuhn (1987, 1989), em certa medida incomparáveis ou intraduzíveis ou incompreensíveis do ponto de vista do paradigma biomédico, atualmente hegemônico, chamado biomecânico ou mecanicista, materialista, analítico e cartesiano (CAMARGO JR, 2003). Tal categoria de racionalidade realça, portanto as diferenças entre sistemas médicos complexos, mesmo que em parte estejam profissionalizados e aceitos formalmente na sociedade.

O quadro 1 sintetiza virtudes e problemas dos referenciais comentados até o momento sobre setorização e classificação de cuidados em saúde.

## Quadro 1 - Referenciais sobre setorização e classificação de cuidados em saúde.

Autores	Ano	Classificação	Virtudes / méritos	Problemas / limitas
Kleinman	1980	3 Sáberes decididos: Sabor profissional, Sabor informal, Sabor popular	Consilieno o contexto social e cultural das práticas	Junta as MAC profissionalizadas com a biomedicina.
Laplantine e Ribeyron	1989	Proprietários biológicos para análise: 1- legitimidade social, 2- dimensão tradicional, 3- Compromisso, 4- Fim terapêutico	Reconhece as práticas religiosas como uma forma de medicina popular; Diferença a MAC em três classes: terapêuticas, diagnósticas e legítimas/diagnósticas	Junta práticas religiosas, com práticas de povos tradicionais e práticas profissionalizadas.
Mandel Luzz	1996	Conceitos racionalidade médica como tipos ideais veteranos; 5 dimensões metodológicas: northologia do homem, didática verbal, sistema de despesa, sistema terapêutico e dinâmicas ideológicas em saúde (na visão dos sujeitos)	Pertinacioso, compreensivo e revitalizador de sistemas médicos complexos Distingue-se de práticas complementares	Estuda, por ora, sobre homopatia, acupuntura e medicina ayurvédica, medicina antroposófica. Não aborda outras práticas complementares
OMS	2002	MT, MAC, etnomedicina	Separa as MAC, MT, da biomedicina	Junta a MAC com a MT
Bell	2002	Medicina integrativa e MAC	Considena MT um novo sistema de cuidado primário complementar, que utiliza a saúde e cura de pessoas como um todo. Considera as práticas tradicionais e integradas pessoas em um contexto cultural. Utiliza recursos das práticas médicas, das terapias ou alternativas. Oferece maior possibilidade de controle e cura do paciente.	Trata a MT com um recurso terapêutico que compõe de práticas convencionais e das competências das pessoas em evidências científicas "de prática médica".
Mentendez	2003, 2010	Formas de atenção à saúde: Sabor biológico Sabor popular ou tradicional Sabor alternativo ou gerado Sabor de medicinais tradicionais Sabor de auto-cuidado	Considena contexto social como determinante da diferenciação das formas de atenção à saúde. Separa a biomedicina e outras práticas de saúde. Separa medicinais tradicionais (como a acupuntura, medicina ayurvédica) das práticas populares com abordagem religiosa, e de auto-ajuda e auto-cuidado.	Junta com tradicionais formas de saberes de saber prática, sobretudo passivo ou passivo (de emoldo, estigmatiza) e práticas específicas epistemológicas, mas também de infraestrutura.
Melichamp	2004	Sabor profissional, Sabor informal, Sabor tradicional	Separa a MAC, da biomedicina	Junta as MAC com a MT
Nezades e Gaides	2004	Reconhece a categorização MAC do NCCAM em: sistemas médicos alternativos, intervenção corpo e mente, terapias holísticas, terapias energéticas, terapias forças magnéticas, manipulação do corpo	Diferença a MAC levando em consideração sua forma de uso e aplicação terapêutica. Reconhece a diferença de limites entre MAC e MT, identifica a forma geral a MR especificando a cultura associada e o corpo de conhecimento na teoria diferenciada de suas práticas atuais.	Não aborda a diferenciação e os limites da MT e MAC.
Di Sisti	2005	Medicina popular	Separa as práticas populares, das tradicionais em relação à fitoterapia.	
Baeres e Nunes	2006	Categorização das MAC a partir do conceito de "campo e habitus" de Bourdieu em três tipos.	Consideração diferenças micro-sociológicas (contextos individuais, sociais, comportamentais e eventos) das MAC's em 3 tipos: científico, antitélico e racionalizadas.	A terminologia "complementar" ainda gera dúvidas e interpretações equivocadas de termo como parte do modelo biomédico
Ministério da Saúde (Brasil)	2006	Categoria de saberes em plantas medicinais em popular e científico	Considena o saber popular fonte empírica da diversidade cultural da população brasileira e incentiva ações favoráveis à integração e revitalização dos saberes de povos tradicionais.	Junta os saberes populares, familiares e tradicionais em um conjunto considerado fonte de conhecimento não-científico. Posta o reconhecimento das plantas medicinais nos critérios de segurança, eficácia e qualidade de rigor científico.
NCCAM	2007	Apaga em 5 grupos: 1- sistemas médicos alternativos; 2- intervenções mente-corpo; 3- terapias biológicas (inclui fitoterapia); 4- métodos de manipulação corporal; 5- terapias energéticas	Organiza-se mais uma tipologia de práticas, se vapores e plantas, sem ligação contextual para a denominação MAC. Segue a classificação do NCCAM	Apresenta a MT com MAC e práticas populares. Virtude do grupo 1 contém os outros 4.
Ratz	2009	Medicina integrativa	Diferenciação termo MT do alternativo complementar, coloca como uma evolução contextual para a denominação MAC. Segue a classificação do NCCAM	Referência a uma nomenclatura lógica para complementar e "complementar" utilizado nomenclatura científica.
Ghani, Barre	2011	Apresentando diferentes conceitos sobre Medicina Integrativa	Diferença o termo MT de MAC. Uma parte das práticas conviviais o termo ligada ao termo de MAC, as práticas de saberes tradicionais; outra parte das práticas conviviais o termo o termo parafarmácia.	Orienta condições de uma prática, entre outras: a) não há diferença entre MT e igual de MAC, na prática em novo paradigma.
Brasil	2012	Categoria "as fitoterapias" em três vertizes: popular, científico e tradicional	Diferença o saber popular do tradicional. Reconhecimento das racionalizadas, medicinais como um saber científico.	Junta a saber autônomo (familiar) com o saber heterônomo popular (epistemológico de cura).

Respeitando as significativas diferenças conceituais e simbólicas e os distintos contextos de cuidado anteriormente mencionados, especialmente em relação ao uso de plantas medicinais, propõe-se a seguinte distribuição dos contextos de cuidado e dos saberes/técnicas e formas de cuidado respectivos, referentes aos cuidados comunitários, em que se insere a APS, ilustrados na figura 3. Tal esquema prepara o terreno para a discussão das formas de uso de plantas medicinais pela população brasileira e nos serviços de APS.

**a) Contextos e saberes familiares** incluem todas as práticas de saúde que as pessoas usam sem qualquer pagamento e sem consulta, ou seja, refere-se aos relacionamentos informais que ocorrem dentro da rede social do próprio paciente (família, amigos, vizinhos, parentes);

**b) Contextos e saberes populares:** refere-se aos curadores locais que não fazem parte do sistema médico oficial e ocupam uma posição intermediária entre as práticas tradicionais e as biomédicas. Seus saberes e práticas constituem-se de herança familiar e aprendizado com curandeiros tradicionais, refere-se às práticas desenvolvidas por carismáticos, pentecostais, raizeiros, benzedeiros;

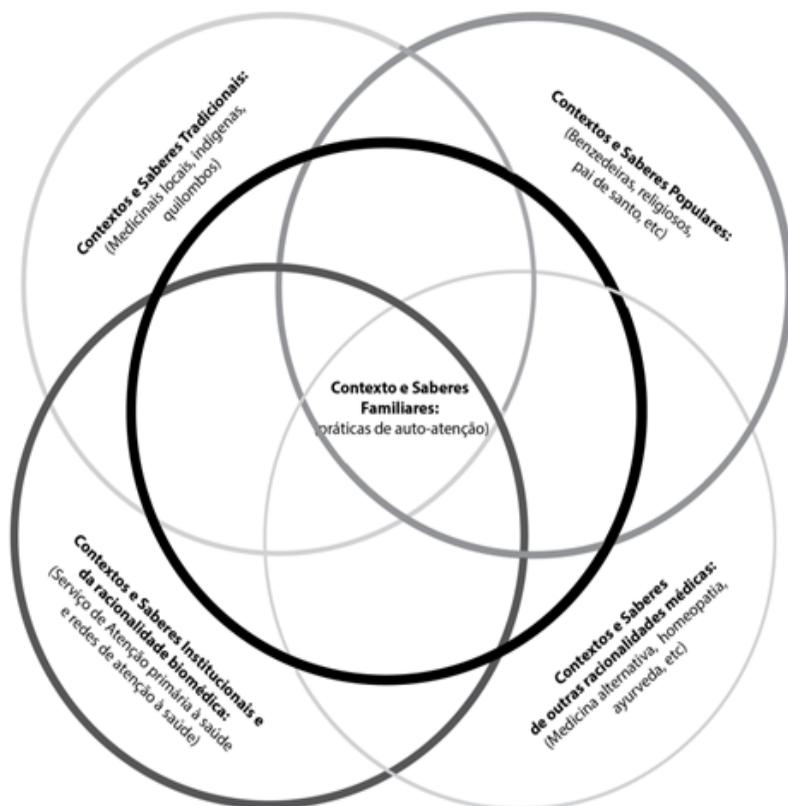
**c) Contextos e saberes advindos de povos tradicionais:** referem-se às práticas de povos tradicionais passadas de geração por geração, tais como medicina tradicional indígena (no Brasil), medicina tradicional chinesa, medicina indiana, medicina árabe;

**d) Contextos e saberes de outras racionalidades médicas:** é um conjunto de saberes e práticas de outros sistemas médicos complexos do mundo contemporâneo além da biomedicina (homeopatia, medicina ayurvédica, medicina antroposófica), segundo Luz e Barros (2012);

**e) Contextos e saberes da racionalidade biomédica:** é o conjunto de saberes e práticas técnico-científicas utilizadas por profissionais de saúde no contexto institucionalizado dos serviços, como na APS e rede de atenção à saúde.

O uso de plantas medicinais como recurso terapêutico atravessa, com maior ou menor presença, os setores de cuidado, apresentados na figura 3, sendo exercido sob diferentes referenciais de saber e de cultura. A APS é um espaço de potencial interação e valorização desses saberes. O reconhecimento das diferentes formas/contextos de uso de plantas medicinais, presentes no território no qual os serviços de APS se inserem, pode contribuir, portanto, para uma comunicação clínica adequada e para a promoção da saúde no âmbito do serviço de saúde (HERNÁEZ, 2008).

Figura 3 - Contextos, saberes, práticas de cuidado de cuidado na APS,



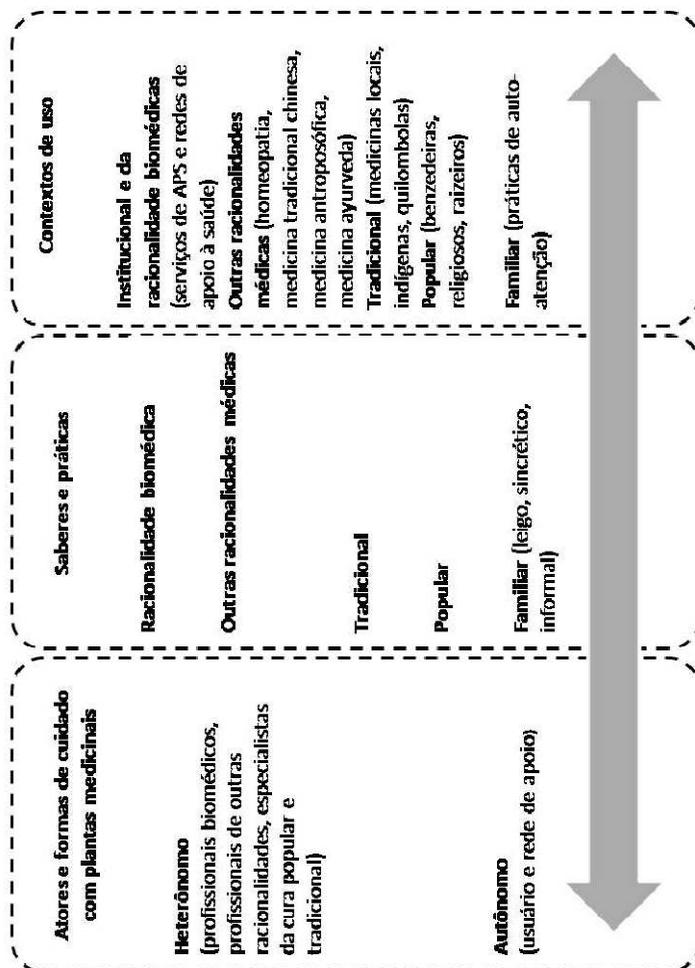
Legenda: a variação de tons de cinza, e espessura da linha de contorno demonstram a representatividade e diferenciação em cada contexto de cuidado (proposto pela autora).

## 2.3 FORMAS, SABERES E CONTEXTOS DE USO DE PLANTAS MEDICINAIS NOS SERVIÇOS DA APS

As formas de cuidado com plantas medicinais podem ocorrer a partir das doutrinas, valores e saberes de uma racionalidade médica (entre elas a biomedicina), de curadores diversos (populares e tradicionais) ou a partir da população considerada leiga.

Seguindo a adaptação realizada por Metcalf, Berger e Negri (2004) da abordagem de Kleinman (1980) para o contexto brasileiro, considerando também as abordagens de Menéndez (2009), Laplatine e Rabeyron (1989) e Luz e Barros (2012), e visando respeitar as significativas diferenças de saberes e contexto social de uso das plantas medicinais, diferenciaram-se as formas de cuidado com plantas, em dois tipos básicos, associadas aos atores envolvidos, desdobrados em cinco contextos de uso: no tipo autônomo há o uso familiar (1), (podendo ou não ser tradicional) e no tipo heterônomo há recurso de especialista de algum tipo. Neste segundo caso, o uso pode ser: (2) popular; (3) tradicional; afiliado a uma racionalidade médica: a biomedicina - (4) fitoterapia científica - ou (5) outra racionalidade específica, por exemplo, o uso de plantas pela medicina tradicional chinesa. A fitoterapia pode ser considerada um recurso terapêutico (produto) e/ou prática de saúde (ação) vinculada à cultura/saber do usuário/família e/ou cuidador que orienta ou prescreve, um terapeuta popular, tradicional, da biomedicina ou de outra racionalidade (figura 4).

Figura 4 - Atores, saberes e formas de uso de plantas medicinais na APS.



**O uso familiar de plantas medicinais**, que muitas vezes não conta com registro escrito da sua prática, refere-se às práticas autônomas e informais de autoatenção envolvendo uso de plantas medicinais (remédios caseiros, automedicação, aconselhamento) dos usuários que se inserem em uma rede social e cultural de cuidado familiar (família, amigos, vizinhos, parentes), seguindo Kleinman (1980).

**O uso de plantas medicinais popular** é a praticada por especialistas populares não profissionalizados. Segundo Menéndez (2009), os saberes e práticas populares baseiam-se em herança familiar, marca de nascença, “dom” e ou aprendido com outro curador. Estes especialistas estabelecem um forte vínculo de confiança com os usuários devido à identidade, proximidade na linguagem e conhecimento da comunidade e ou por falta de acesso ao cuidado biomédico.

**O uso de plantas medicinais tradicional** ocorre quando o uso de plantas é enraizado na cultura de uma população ou povo com identidade e longa tradição próprias, e pode ser inserida ou não em uma racionalidade médica (LUZ; BARROS, 2012), diferente da biomédica, caracterizando o que a OMS designa por MT. Por exemplo, a medicina indígena faz parte da MT brasileira, que difere, em geral, das práticas familiares e populares.

**O uso de plantas medicinais científico** refere-se ao uso de espécies vegetais, droga vegetal e medicamentos fitoterápicos apoiada na racionalidade biomédica, com o propósito de tratamento médico, como medicamentos fitoterápicos (FERNANDES, 2004).

**O uso de plantas medicinais em outras racionalidades médicas** acontece de formas coerentes com as teorias e métodos de racionalidades médicas diferentes da biomedicina e das formas anteriores, ainda que por vezes possa haver alguma convergência nas indicações. Mas esse uso aqui no Brasil não pode ser considerado tradicional, nem popular, nem familiar, sendo geralmente heterônimo. Por exemplo, na medicina tradicional chinesa as plantas medicinais são utilizadas em geral misturadas e a partir de suas propriedades e ações em termos das noções de *ying* e *yang*, 5 “elementos” (ar, água, fogo, metal e madeira) e suas interrelações, para promover e resgatar uma relação harmônica do “Qi” no homem. Não há reconhecimento acadêmico estabelecido ou regulamentação de tal fitoterapia no Brasil. Na medicina antroposófica a saúde é o resultado de sintonia rítmica harmoniosa entre os elementos básicos constitutivos da estrutura humana, conforme os saberes dessa racionalidade médica. (Luz, Barros, 2012, p. 209). A

medicina ayurvédica também tem rico acervo próprio de saberes, doutrinas e técnicas no uso de plantas. Já na homeopatia, as plantas são matérias primas para elaboração de medicamentos homeopáticos usados conforme o princípio da semelhança: servirão para o tratamento de situações e quadros similares aos que o próprio medicamento produziu em pessoas sadias (em experimentações chamadas patogenesias). Os medicamentos homeopáticos em sua grande maioria são produzidos a partir de plantas, com uma farmacotécnica específica já regulamentada no Brasil, diversa da biomédica, que utiliza grandes diluições, ultrapassando o imponderável (FERRO, 2008). O uso de plantas por outras racionalidades médicas difere do raciocínio da biomedicina e exige compreensão das doutrinas médicas respectivas, o que é um campo aberto para pesquisas.

A diferenciação descrita acima discorda, em parte, da recente classificação, proposta pelo Ministério da Saúde, que distingue a fitoterapia em: popular, tradicional e científica ocidental (BRASIL, 2012). Julga-se haver maior diferenciação nos saberes e usos que merece ser valorizada. O uso autônomo de plantas medicinais, no âmbito familiar, pode sofrer influência tanto do saber técnico-científico quanto do saber popular e tradicional. Estes últimos são esparsos, distribuídos irregularmente na sociedade, mais presentes no meio rural e nas periferias urbanas, concentrados em curadores. A fitoterapia tradicional brasileira tem maior presença na região norte, nordeste e centro-oeste, onde se encontram comunidades com maior continuidade cultural. A fitoterapia científica tem relativamente grande convergência com a popular, a familiar e tradicional, mas isso parece obscurecido frente à hierarquização social que privilegia e valoriza a ciência. As outras racionalidades médicas (vitalistas) são escassas nos serviços de saúde e sua fitoterapia é quase incipiente no setor público. Elas localizam na sociedade civil, sendo mais conhecidas pelas camadas econômicas médias e altas, no mercado (setor privado), inclusive a homeopatia e acupuntura, já profissionalizadas no Brasil e inseridas no SUS.

Destá forma, entende-se que o uso de plantas medicinais, no Brasil, envolve matrizes de conhecimento, mais ou menos “teoricamente elaboradas”, contextuais, culturais e historicamente definidas. Há também, no mundo contemporâneo, uma valorização desigual e mesmo uma disputa, envolvendo a apropriação científica e por grupos restritos do saber sobre plantas medicinais, vinculada ao comércio, patentes, etc. O saber científico, vinculado às tecnologias duras industrializadas e à

indústria farmacêutica, é comercializável e assim objeto de grandes disputas políticas e econômicas. Os saberes populares, familiares e tradicionais são relativamente desvalorizados socialmente e profissionalmente, em parte coletivos e dispersos – ainda que mais concentrados em curadores - e, todavia, fundamentais para orientar a abordagem científica da fitoterapia.

## 2.4 A FITOTERAPIA NO CUIDADO EM SAÚDE E NOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

### 2.4.1 O uso de plantas medicinais no cuidado em saúde: do tradicional ao científico

O uso de plantas medicinais no cuidado em saúde foi influenciado e transformado, ao longo do tempo, por diferentes atores sociais que fizeram parte da medicina tradicional à medicina científica moderna. Estes atores sociais podem, simultaneamente, ter compartilhado de diferentes tradições, culturas e saberes, favorecendo a circulação de ideias. De acordo com Fleck (2010, p. 157), “a complexa estrutura da sociedade moderna possibilita que diferentes coletivos de pensamento se interseccionem e inter-relacionem de formas diversas”. Desta forma, cada civilização, em seu contexto sociocultural, foi compilando suas experiências, deixando acumular um amplo conhecimento sobre as plantas, sendo hoje cada vez mais comprovado pela ciência moderna, como será apresentado a seguir (FERRO, 2008).

### 2.4.2. O uso mágico-religioso das plantas medicinais

Nas sociedades primitivas a doença era compreendida como algo externo ao corpo em decorrência de magia e pecados. Esta forma de interpretar o processo saúde-doença dos povos mesopotâneos influenciou os antigos escritos sobre plantas medicinais provenientes desta época. Na mesopotâmia (3000 a. C) não havia o saber técnico-científico (estruturado atualmente). O uso de plantas medicinais pelas civilizações antigas era sustentado por rituais empíricos e sagrado. Muitas plantas reconhecidas pelos povos primitivos são utilizadas hoje como medicinais: *Coriandrum sativum* (coentro), *Acácia arábica* (acácia), *Aloe sp.* (babosa), *Ricinus communis L.* (rícino).

O pensamento assírio-babilônico baseava-se na crença de que todos os fenômenos, tanto os terrenos como os cósmicos, encontravam-

se estreitamente unidos e subordinados à vontade dos deuses, considerando as doenças, castigo de Deus. Essa visão traduziu-se na importância dada aos estudos dos movimentos celestes como forma de prever o futuro. Nestes casos, o arrependimento poderia levar à cura das doenças. O tratamento com plantas medicinais ocorria através de encantamentos, simpatias, misticismo e penitência por meio do curanderismo, do benzimento, da astrologia, das peregrinações ou da cura pelo “médico divino”, os deuses. A maior parte da terapêutica tinha em vista a purificação do indivíduo por meio do conteúdo mágico das ervas medicinais (FERRO, 2008; BARROS, 2008; ALONSO, 2008).

### **2.4.3. O início do uso experimental das plantas medicinais pelos povos gregos antigos**

O pensamento filosófico da Grécia Antiga contribuiu para a socialização do conhecimento sobre as propriedades de plantas medicinais. Foi nesta época que surgiram os primeiros filósofos que procuraram apresentar sistemas coerentes para explicar o universo. Partindo do pensamento grego de que a natureza resulta da combinação de quatro elementos (ar, fogo, terra e água) Hipócrates desenvolveu a concepção de que no corpo, a saúde resulta do equilíbrio dos humores do corpo humano. A doença nesta época era entendida como o desequilíbrio entre os humores e os elementos e a terapêutica devia eliminar os humores em excesso (ROSEN, 1994). Assim, o pensamento de Hipócrates e de Aristóteles permitiu que lentamente as práticas mágico-religiosas que influenciavam o uso das plantas medicinais fossem transformadas em práticas baseadas em observação terapêuticas. (ROSEN, 1994; FERRO, 2008; BARROS, 2008; ALONSO, 2008).

O pensamento hipocrático representa um marco na medicina ocidental, por sua decisiva participação na construção da observação clínica de elaboração de um corpo doutrinário capaz de fornecer explicações para os processos mórbidos, teorização acerca de tratamentos possíveis e organização do repertório vigente na época, entre elas o uso correto de plantas medicinais (LEITE, 2009).

O pensamento de Aristóteles tratava da unidade orgânica dos seres vivos, sendo a doença a expressão de alterações globais do organismo em interação com o seu meio físico e social. Acreditava-se que, do mesmo modo como os humores e líquidos do organismo influenciam as virtudes do homem, suas virtudes influenciam os humores. Um importante filósofo grego influenciado pelos pensamentos

aristotélicos foi Teofrastos (370-286 a.C). Ele tentou sistematizar uma classificação para as plantas medicinais no *Tratado de odores e História Plantarum*. A obra incluiu propriedades farmacológicas e farmacêuticas sobre as plantas medicinais, tais como: *Achillea millefolium* (mil folhas), *Rosmarinus officinalis* (alecrim) (LEITE, 2009).

As idéias de Hipócrates influenciaram outros dois importantes contribuintes da história sobre o uso terapêutico de plantas medicinais: Galeno (130-200 d.C) e Dioscórides (40-90d.C). Dioscórides foi médico do exército romano, sendo grande parte de seu conhecimento adquirido em suas viagens com os soldados do império em territórios próximos do Oriente, à França, à Espanha, à Alemanha e à Itália. Seus conhecimentos sobre plantas medicinais foram contemplados pelas leituras das obras de Hipócrates, Teophrastus e outros. Dioscórides, pai da Farmacognosia, descreveu cerca de 600 espécies medicinais em cinco livros conhecidos como *Materia medica*, um marco histórico no conhecimento de muitos fármacos, muitos dos quais ainda hoje são usados. Os livros escritos por ele serviram como base às terapêuticas medievais e renascentistas (LEITE, 2009; FERRO, 2008; ALONSO, 2008).

Galeno participou de várias sessões de dessecação humana, que lhe forneceu os primeiros aprendizados de anatomia e fisiologia que contribuíram para o conhecimento do corpo humano. Foi o maior propagador dos ensinamentos de Hipócrates na antiguidade. Escreveu vários livros sobre as propriedades das plantas medicinais, sendo atualmente conhecida por sua importante contribuição na descrição de fórmulas e prescrições contendo dosagens, denominadas fórmulas galênicas. Galeno influenciou a forma de preparo das plantas medicinais a partir de tinturas e valorização dos princípios ativos das plantas medicinais (FERRO, 2008; BARROS, 2008; ALONSO, 2008).

#### **2.4.4. A disseminação dos primeiros saberes de plantas medicinais na Idade Média**

Na Idade Média (século V a XIV), o mundo árabe conservou e ampliou o legado cultural grego. Por volta de 900 d.C todas as obras gregas foram traduzidas para o Latim. Neste período destaca-se o sábio árabe Avicena (980-1037) maior difusor das obras de Galeno. Uma das obras, conhecidas como *Canon Medicinae*, reuniu importantes dados sobre as doenças da época. No âmbito da terapêutica, retomou vários ensinamentos da farmácia galênica, perpetuando tais teorias na Idade Média (LEITE, 2009).

Os conhecimentos dos vários povos antigos, estudiosos gregos, romanos e árabes da Idade Antiga e Média contribuíram para a disseminação dos primeiros saberes e práticas tradicionais de plantas medicinais. A tradução dos manuscritos na Idade Média por grupos sociais distintos garantiu a circulação intercultural de ideias e a troca de saberes entre diferentes povos em prol da saúde (FERRO, 2008, OMS, 2002) sobre várias plantas medicinais conhecidas nos dias de hoje, tais como: *Matricaria chamomilla* (camomila) - dores e doenças dos olhos; *Melissa officinalis* (erva cidreira) e *Salvia officinalis* (salvia) (ALONSO, 2008; LEITE, 2009; FERRO, 2008).

Por volta do século XIII, pode-se dizer que as concepções de saúde no feudalismo retrocederam a das sociedades primitivas, pois a doença era associada a crenças pagãs ou religiosas e o alívio dava-se por meio de rituais e preces aos santos. Além das orações e das penitências como recurso para a salvação, o cristianismo entendia a doença como uma punição pelo pecado ou resultado de feitiçaria (ROSEN, 1994). O uso de plantas medicinais era restrito aos monges e sacerdotes em decorrência da restrição imposta ao curanderismo quando preparavam, misteriosamente, unguentos maravilhosos por meio de fórmulas mágicas. Eram considerados como produtos vegetais mágicos a mandrágora, a arruda e o alho. Esta forma de interpretar o uso de plantas medicinais influenciou o uso de “plantas de proteção” nos rituais de benzedura para afastar “mal olhado ou olho gordo” (FERRO, 2009).

#### **2.4.5. O uso de plantas medicinais na Idade Moderna**

A Idade Moderna (XV e XVI) foi marcada pela expansão do conhecimento, a evolução das letras, das artes e da tecnologia (ROSEN, 1994). Esta época é caracterizada pela separação entre Filosofia e Ciência com os trabalhos de Galileu (1564-1642) e Descartes (1596-1650) estabeleceu-se o método para se pensar o corpo humano como máquina a partir da experimentação e da linguagem matemática. Assim, cria-se a dicotomia mente (uma concepção divina, fora do alcance da ciência) e corpo (um organismo imperfeito que obedece a leis mecânicas). Neste contexto, a doença aparece como um distúrbio de um dos componentes da máquina humana passível de ser reparado pela intervenção de uma medicina que detivesse o conhecimento das leis que opera essa máquina. O corpo humano perdia assim seu caráter divino, intocável. Pouco tempo depois, a descoberta de Harvey da circulação do sangue tornou a postura mecanicista mais válida (ROSEN, 1994).

Além disso, foi uma época contemplada pelas expansões europeias, tendo como marcos a passagem do Cabo de Boa Esperança por Bartolomeu Dia (1487), chegada de Colombo às Antilhas (1492), a viagem de Vasco da Gama, contornando a África e chegando à Índia (1498), a expedição ao Brasil por Pero Vaz de Caminha e divulgação dos medicamentos usados pelos povos indígenas pelo jesuíta Fernão Cardim (ALONSO, 2008; LEITE, 2009).

Essas grandes navegações levaram a interrelação de diversas culturas, manuscritos da ciência, de medicina, de outros conhecimentos e descoberta de novos continentes outrora desconhecidos. O primeiro médico a relatar sobre plantas medicinais originárias do continente americano na literatura especializada foi Nicolas Manardes (1512-1588). Ele disseminou as propriedades de várias plantas como: coco, sassafrás, balsamo-do-perú e pau-brasil, tabaco e quina (FERRO, 2008).

As importantes inovações que se processaram na ciência, na arte, na política no período do Renascimento, no início do século XV, exerceram influência profunda sobre o desenvolvimento da anatomia. A impressão de figuras em madeira, as gravações em chapas de cobre e o interesse dos artistas pelas representações fiéis do corpo humano colocaram novos instrumentos à disposição dos anatomistas, tornando mais fácil o intercâmbio de dados científicos (LEITE, 2009).

Nesta época, aspectos que propiciaram as condições para transformação do modo de pensar a saúde da medicina medieval podem ser facilmente identificados. Neste período da história, ocorreu grande interrelação de artistas, matemáticos, médicos, farmacêuticos, botânicos, astrônomos e engenheiros (ROSEN, 1994; LEITE, 2009).

Assim, o estudo de plantas medicinais entrou no período científico com a publicação do livro *Histoire générale des drogues*, pelo farmacêutico Pierre Pomet, em 1673. Nessa obra e em outras que se seguiram, foi introduzida a classificação e descrição taxonômica, o que traduziu numa identificação botânica mais precisa para as drogas vegetais. A Botânica passou a se dedicar às questões relacionadas à origem e descrição das características das plantas. A partir desta época, as universidades iniciaram o estudo de plantas medicinais em jardins botânicos destinados ao ensino e à cultura de plantas medicinais (LEITE, 2009; ALONSO, 2008). Surgem os primeiros herbários impressos: *Herbarum vivae eicones* (Otto Brunfelds, 1530), *De historia stirpium* (Leonhard Fuchs, 1542), *A new herbal* (William Turner, 1551). Em sequência, surgiram as primeiras farmacopeias com o objetivo de padronizar a composição e as fórmulas prescritas pelos médicos. A

primeira farmacopeia foi publicada em 1498, em Florença, *Novo Receptario Compositio*; a segunda, *Concordie Apotheariorum Barchinone Medicine Compositis*, em Barcelona, em 1511 (LEITE, 2009), além da *London Farmacopeia* (1721), *Farmacopeia Tubalense*, (1735). (ALONSO, 2008). Além disso, foram criados no século XVI os Jardins Botânicos: Pisa (1543), Pádua (1545) e Leyden (1587) locais de estudo e ensino de plantas medicinais para melhorar as terapias.

A disseminação das ideias pelos livros didáticos e pelas farmacopeias permitiu a extensão do saber técnico-científico das plantas medicinais. Assim, o charlatanismo e o empirismo do uso de plantas medicinais pela medicina e da farmácia da Idade Média cederam lugar, pouco a pouco, à experimentação, ao mesmo tempo em que foram sendo introduzidos na terapêutica novos fármacos no período do renascimento e era moderna (LEITE, 2009).

No século XVI surgiram também as inovadoras ideias de Paracelso, enfatizando novas técnicas para o preparo de medicamentos, inclusive com a introdução de novas formulações contendo além de plantas medicinais, substâncias orgânicas e inorgânicas. Assim, nasceu a Farmacoquímica (ou iatroquímica) com a inovação dos compostos químicos no tratamento das doenças. Portanto, este novo fato opõe-se às ideias galênicas, baseadas na anatomia e fisiologia e na concepção divina do ser humano (BARROS, 2008; LEITE, 2009; FERRO, 2008; BARROS, 2008). Desta forma, a iatroquímica passou a influenciar o pensamento médico neste período (LEITE, 2009).

Estes novos fatos trazidos pelos estudiosos gregos, pelas artes e grandes navegações no período do renascimento fizeram surgir, a partir do saber intuitivo da medicina popular, a consolidação da medicina moderna científica, que incorporou o conhecimento científico e tecnológico. Além disso, com o advento da imprensa, houve sucessivas traduções dos numerosos livros sobre plantas medicinais constituíram a base da Fitoterapia Moderna. (ALONSO, 2008; LEITE, 2009; FERRO, 2008)

#### **2.4.6. O uso de plantas medicinais no período contemporâneo europeu**

Nos séculos XVII e XVIII, a ciência constituiu o centro do iluminismo e a abordagem racional dos problemas humanos foi estruturada pelo conhecimento científico, influenciando toda uma geração de pensadores. A interpretação do saber científico reforçava os

avanços da física mecânica newtoniana na qual todos os fenômenos físicos são reduzidos aos movimentos das partículas ínfimas, modelou fortemente pesquisa no campo biomédico. Neste período o uso de plantas medicinais continuou no receituário terapêutico, como em preparações com ações sedativas obtidas a partir do ópio (VIEGAS; BOLZANI; BARREIRO, 2006).

O ópio, preparado dos bulbos de *Papaver somniferum*, é conhecido há séculos por suas propriedades soporíferas e analgésicas. Em 1803, Derosne descreveu o “sal de ópio”, iniciando os primeiros estudos sobre a constituição química do ópio; em 1804, na França, Armand Séquin isolou o seu constituinte majoritário, a morfina, e Sertürner publicou seus trabalhos sobre o *Principium somniferum*, tendo sido os pioneiros na busca pela utilização de substâncias naturais na forma pura. O ópio também produz outros alcaloides com propriedades interessantes como a codeína (antitussígeno), a tebaína (antagonista da morfina), a narcotina (antitussígeno e espasmolítico) e a papaverina (espasmolítico). A grande eficácia da morfina como analgésico foi reconhecida após a invenção da seringa hipodérmica (1853), e foi largamente utilizada pelas tropas dos Estados Unidos durante a Guerra de Secessão (1861-1865) (VIEGAS; BOLZANI; BARREIRO, 2006).

Com o desenvolvimento das primeiras técnicas fitoquímicas de isolamento, no entanto, várias drogas vegetais, até então usadas na forma bruta, foram objetos de estudo visando à obtenção de substâncias puras. A partir deste momento, com o surgimento das técnicas de isolamento de composto, foi possível isolar vários princípios ativos de plantas. Os estilos de pensamento newtonianos contribuíram para a mudança de enfoque do uso de plantas medicinais, passando a se atentar menos às plantas e aos extratos brutos e mais aos seus constituintes químicos, influenciando a história da cura nos anos seguintes. Neste período, o interesse pela flora brasileira por parte dos colonizadores deveu-se mais a uma necessidade prática, pois a irregularidade no fornecimento de medicamentos levou-os a recorrer às drogas nativas. A busca por princípios ativos de plantas medicinais tomou mais impulso quando químicos orgânicos, em meados do século XIX e início do século XX, estabeleceram a relação entre composto com a cura de várias doenças (LEITE, 2008).

No final do século XVIII, a população europeia cresceu rápido resultado alguns problemas sociais como escassez de moradia, deteriorização do meio ambiente e aumento da morbidade populacional (LEITE, 2008). Além disso, a ascensão de uma economia industrial no

final do século XVIII, em 1837, contribuiu para avanço importante na ciência e na tecnologia que culminaram com a Revolução Industrial (ROSEN, 1994; VIEGAS; BOLZANI; BARRETO, 2006).

Neste período, os químicos buscavam estudar as plantas consagradas pelo uso popular e as incorporadas às farmacopeias da época, limitando-se ao isolamento e à determinação estrutural de substâncias ativas. Dada a importância das plantas medicinais para a medicina da época, a Química e a Medicina passaram a ter uma estreita relação. Desta forma, muitos princípios ativos foram conhecidos e introduzidos na clínica médica como medicamentos (VIEGAS; BOLZANI; BARRETO, 2006).

Talvez o marco mais importante para o conhecimento científico de plantas medicinais para o desenvolvimento de fármacos sintéticos tenha sido o descobrimento dos salicilatos obtidos de *Salix alba*. A descoberta dos salicilatos foi em 1757 quando Edward Stone provou o sabor amargo das cascas do salgueiro. Sua curiosidade resultou na descoberta das propriedades analgésicas e antipiréticas do extrato da planta cinquenta anos após, dando origem ao Ácido Acetil Salicílico (AAS) (VIEGAS; BOLZANI; BARRETO, 2006).

Além disso, o período pós-guerra foi de prosperidade para o desenvolvimento dos fármacos sintéticos, como os anti-histamínicos, antipsicóticos, antidepressivos e os ansiolíticos benzodiazepínicos. Nesta época, os produtos naturais observaram um período de declínio em termos de investimentos e interesse da indústria farmacêutica (VIEGAS; BOLZANI; BARRETO, 2006).

#### **2.4.7. As plantas medicinais no século XX**

O panorama da medicina ocidental passou a ser configurado pela presença das grandes indústrias farmacêuticas, que se fortalecem com um maciço investimento na pesquisa de novos fármacos e no *marketing* para a sua comercialização. Nesse período, também se iniciam os primeiros avanços na área da síntese química. Assim, as substâncias sintéticas ocuparam ao longo do século XX, o mercado internacional de medicamento, em razão, principalmente, das suas possibilidades de produção em escala, em oposição ao que ocorria com os fármacos derivados de plantas medicinais (LEITE, 2009).

A produção de fármacos sintéticos, o grande ganho econômico com esses produtos pela indústria farmacêutica e a ausência da comprovação científica sobre a eficácia de vários medicamentos de

origem de plantas medicinais, aliada à dificuldade encontrada no controle químico, farmacológico e toxicológico dos extratos vegetais até então utilizadas, impulsionaram a substituição desses produtos por fármacos sintéticos (RATES, 2001).

O conhecimento científico, portanto, constituiu o centro do saber biomédico e modelou fortemente a práxis da pesquisa na área da saúde. Desta forma, as pesquisas nas ares da saúde caminharam para o reducionismo científico, havendo a separação gradativa do saber popular e saber técnico-científico (TESSER, 2010; SANTOS, 2000; UCHÔA; CAMARGO, 2010). Tal tendência evidencia a desvalorização cultural e as ações autônomas e comunitárias, tanto no universo das profissões quanto na sociedade em geral. Com isso, estas práticas populares vão sendo consideradas credices populares, práticas perigosas e exercício ilegal de alguma profissão, diminuindo desta forma a escuta profissional a esses saberes. (FERRO, 2008; ALONSO, 2008).

O cenário de ascensão da ação dos medicamentos sintéticos, retratado no século XX, refletiu na Farmacopeia Brasileira, onde grande parte dos produtos oriundos de plantas medicinais foram substituídos por monografias de insumos farmacêuticos sintéticos (LEITE, 2009).

No entanto, paralelamente aos problemas de segurança, surgimento de doenças iatrogênicas e intoxicações ocasionadas pelo uso abusivo de medicamentos sintéticos entre a população, as investigações com plantas medicinais, em seu silêncio, continuam e estes estudos começam a aparecer não apenas em revistas especializadas: *The Lancet*, *Brish Journal Medicine*, *JAMA*, *Nature Medicine* (LEITE, 2009).

O uso indiscriminado de medicamentos sintéticos é uma das possíveis causas do surgimento de doenças iatrogênicas e resistência bacteriana. Além disso, a dependência de altos custos para financiamento de novos fármacos e ao *marketing* da comercialização levou à desnacionalização do setor farmacêutico. Como resultado do impacto negativo do monopólio mundial no setor farmacêutico, cria-se uma instabilidade aos novos medicamentos desenvolvidos nos países em desenvolvimento, tornando-se o medicamento acessível apenas aos países desenvolvidos. A partir de então, surgem na sociedade ocidental movimentos em busca de modelos alternativos no campo da saúde (LUZ, 2005). Esse movimento obteve forte repercussão no campo da saúde, nas políticas públicas e a valorização da fitoterapia no SUS e na APS brasileira, a seguir apresentado.

#### **2.4.8 políticas públicas e as plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos no SUS e na APS**

A ampla separação entre as nações industrializadas e os países de terceiro mundo evidenciou um importante contingente de pessoas com dificuldade de acesso à medicina convencional. A Organização Mundial da Saúde (OMS), em parceria com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), promoveu a Conferência Internacional sobre APS em Alma-Ata (OMS, 1978). A partir desta Conferência, a OMS passou a recomendar a incorporação das práticas tradicionais e populares, pelo fato de 80% da população de países em desenvolvimento dependerem destas práticas e utilizam as plantas medicinais como recurso terapêutico no cuidado primário em saúde (OMS, 2002; 2010).

Além disso, em virtude da relevância do tema, a OMS publicou a “Estratégia para a Medicina Tradicional 2002-2005” que contemplou o papel e objetivo da organização no campo da Medicina Tradicional (MT) e da Medicina Alternativa e Complementar (MAC) nos sistemas nacionais de saúde. O documento buscou respaldar os países membros a desenvolver políticas públicas para integrar a MT e a Medicina oficial para o fortalecimento da atenção primária em saúde (APS) (OMS, 2002, 2010). Outro documento da OMS foi o “*National policy on Traditional Medicine and Regulation of Herbal Medicines*”, em 2005, que descreve a situação mundial a respeito das políticas nacionais de MT/MCA e fitoterápicos: 45 países membros com políticas públicas voltadas à valorização da MT/MCA (OMS, 2005). No relatório de 2011, “*Traditional medicines: global situation, issues and challenges, the world medicines situation 2011*”, verifica-se um aumento significativo em relação ao diagnóstico anterior: dos 192 países membros, 110 possuem políticas de regulamentação dos medicamentos tradicionais (OMS, 2011).

No Brasil, nos anos 1970, o Movimento da Reforma Sanitária, em consonância com a luta pela redemocratização do país e o fim da ditadura militar, culminou, em 1988, na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Mais recentemente, é regulamentada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2006 e atualizada em 2011, que reconhece a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como estratégia de reorganização do sistema de saúde para fortalecer da APS, nomeada de Atenção Básica no Brasil (GIOVANELLA; 2008, GIOVANELLA, et al. 2009; BAPTISTAS; FAUST; CUNHA, 2008). APS foi definida:

(...) por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo. Abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde. Com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território. Observa os critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento deve ser acolhido (BRASIL, 2011b, p.4).

Os serviços de saúde de APS são entendidos aqui na concepção abrangente inaugurada pela Conferência de Alma Ata, que converge com os atributos descritos por Starfield (2002): serviços acessíveis e universais orientados para a comunidade, garantindo um cuidado longitudinal a partir de ações integradas de cuidado, prevenção e promoção da saúde. A essência da APS é a relação pessoal ao longo do tempo, independente do tipo de problemas de saúde ou até mesmo da presença de um problema de saúde, entre um paciente e uma equipe de saúde. Essa relação, por consequência, gera vínculo, responsabilização, confiança entre profissional de saúde e usuário (STARFIELD, 2002).

A reforma sanitária brasileira e a APS foram também influenciadas pelo movimento da promoção da saúde. A expressão “promoção de saúde” foi inaugurada por Henry Sigerist em 1945. A definição proposta pelo autor enfatiza fatores gerais de determinação da saúde diferente do que foi difundido pelo informe de Lalonde (1974). O relatório de Lalonde tornou-se um marco histórico na área da Saúde Pública por apontar oficialmente o custo elevado da assistência médica e limitação frente às mudanças comportamentais e de estilo de vida (SÍCOLE; NASCIMENTO, 2002; VERDI; CAPONI, 2005).

Na década de 80 o conceito de promoção de saúde foi introduzido oficialmente pela Organização Mundial de Saúde (OMS). O conceito promoção da saúde é apresentado na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em 1986 na cidade de Ottawa: “promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da

comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (OPAS, 1986, p.1).

O próprio relatório aponta que a promoção da saúde não deve ser exclusividade do setor de saúde, deve ir além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (SÍCOLE; NASCIMENTO, 1996). A Carta de Ottawa considera como pré-requisitos para a saúde: a paz, a habitação, a educação formal, a alimentação, a renda, o ecossistema estável, os recursos sustentáveis, a justiça social e a equidade (OPAS, 1986). A promoção da saúde é determinada, portanto, por aspectos sociais, econômicos, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos (CARVALHO, 2004). Esta abordagem implica considerar a saúde no seu conceito mais amplo. Este documento descreve, ainda, cinco eixos de ação da promoção da saúde (quadro 2, página 65). Segundo a II Conferência Internacional de Promoção de Saúde, estes eixos interdependentes, mas o ordenamento legal das políticas públicas de saúde é o que facilita o desenvolvimento dos outros quatro eixos de ações da promoção da saúde (OPAS, 1998).

A Política Nacional de Promoção da Saúde brasileira, regulamentada pela Portaria nº 687 MS/GM, de 30 de março de 2006, insere a promoção de saúde como uma estratégia que exige a participação ativa de diferentes sujeitos - gestores da área da saúde e outros setores, profissionais de saúde, movimentos sociais, líderes comunitários, usuários - para a elaboração e aplicação das intervenções que visem à melhoria da qualidade de vida (BRASIL, 2006b).

Entende-se, portanto, por promoção da saúde ações individuais e coletivas que visam tanto melhoria da saúde por meio de estratégias que possam promover transformação das condições de vida e de trabalho, exigindo uma abordagem intersetorial (CZERESNIA, 2003) quanto ações educativas e culturalmente contextualizadas, evitando uma abordagem medicalizante, prescritiva e controladora (TESSER, 2010; TESSER et al. 2011).

Quadro 2 - Cinco eixos de ação da promoção da saúde

Eixos	Descrição
Estabelecimento de políticas públicas saudáveis:	o enfoque de elaboração das políticas deve ser a equidade em saúde, através de distribuição mais equitativa de renda e políticas sociais, que propiciem a melhoria das condições de vida das pessoas, podendo utilizar abordagens relativas a legislação, medidas fiscais, taxações e mudanças organizacionais, entre outras.
Criação de ambientes favoráveis	além da questão da proteção do meio ambiente e conservação dos recursos naturais, a promoção da saúde refere-se à criação de ambientes que favoreçam a saúde, relacionados com o local de trabalho, o lar, a escola, o lazer, portanto, o objetivo é tomar estes espaços, ambientes que gerem satisfação, autonomia e confiança nas pessoas.
Fortalecimento da ação da comunidade	o estímulo da participação comunitária concreta e efetiva no desenvolvimento de prioridades, na tomada de decisão, na definição de estratégias e na implementação das ações visando a melhoria das condições de vida e de saúde, é uma das formas de se garantir que as pessoas da comunidade possam decidir sobre seus próprios destinos. O fortalecimento comunitário deve existir em todos os espaços e situações, sejam elas formais ou informais.
Desenvolvimento habilidades pessoais	de a garantia da participação comunitária efetiva e concreta só se dá através do empoderamento das pessoas, ou seja, as pessoas necessitam estar preparadas para esta participação. O desenvolvimento dessas habilidades se dá através da socialização de informações e oportunidades de aprendizado sobre as questões de saúde, que além de propiciar a efetiva participação, permite os indivíduos realizarem suas próprias escolhas pessoais, desta forma, cabe aos profissionais de saúde facilitar este processo.
Reorientação dos serviços de saúde	um dos pontos importantes para o desenvolvimento da promoção da saúde é a organização dos serviços de saúde. a partir da lógica do conceito ampliado de saúde, que além de suas responsabilidades clínicas, incorpore o determinante social como campo de atuação, na qual a Atenção Primária à Saúde aparece como forma estruturante desta organização. A reorientação dos serviços só será possível com recursos humanos adequados para tal proposta, portanto, a reorientação da formação profissional, bem como a educação permanente dos profissionais de saúde, devem caminhar para um perfil profissional com visão integral do processo saúde-doença. Portanto, iniciativas que apontem para este caminho são fomentadoras da promoção da saúde.

Fonte: Buss (2000)

O empoderamento comunitário demanda abordagens educativas que favoreçam a criação de espaços coletivos (rodas de conversa, grupos de estudo, reuniões, colegiados...) que consigam promover a participação popular na identificação, análise crítica e elaboração de estratégias de intervenção para transformar a realidade (CARVALHO, 2004). Nesta perspectiva, as práticas em grupos favorecem a troca de saberes do profissional de saúde com usuário, possibilitando a construção compartilhada de um novo saber crítico e reflexivo (FREIRE; PORTO, 2011). Dentre as ações educativas na APS destaca-se a Educação Permanente em Saúde (EPS) e a Educação Popular (EP).

A Educação Permanente em Saúde constitui em uma estratégia de gestão importante na reorientação dos processos de capacitação de trabalhadores dos serviços de saúde na APS, regulamentada pela Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Essa política toma como eixo da aprendizagem o trabalho executado no cotidiano dos serviços, organizando-se como processo permanente, de natureza participativa e multiprofissional (BRASIL, 2007c). Neste sentido, o contexto sociocultural, no qual os serviços da APS estão inseridos, é entendido como um espaço de aprendizagem, de troca de saberes, de contato e participação da comunidade (CECCIM, 2005a; 2005b). A EPS é tomada com o significado de qualificação do pessoal da saúde estruturado a partir da problematização do seu processo de trabalho e das demandas do mesmo, com objetivo de transformação das práticas e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Diferente da Educação Continuada (EC) que se refere às ações educativas pontuais com enfoque na transmissão de conhecimento técnico-científico de acordo com as necessidades individuais de cada categoria profissional, com ênfase em cursos e treinamentos (PEDUZZI, et al., 2009).

A Educação Popular é uma abordagem educativa norteadada pela construção de vínculos afetivos e espaços coletivos favoráveis à interação dos saberes locais com o saber técnico-científico (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004; ALVES; AERTS, 2011). Esta interação promove acesso à informação, melhorando a capacidade de decisão individual em favor de uma melhor saúde. O acesso desigual à informação em saúde desfavorece o fortalecimento das relações sociais atreladas à melhoria do bem-estar físico, mental e social. Ela reforça a

participação comunitária e o “empoderamento”, um dos grandes eixos da promoção da saúde. (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004).

A roda de conversa, na perspectiva da Educação Popular, é uma estratégia educativa e comunicativa cuja finalidade é a satisfação das necessidades básicas de aprendizagem, compreensão e empoderamento. Para Campos (2000) as rodas são um espaço destinado ao diálogo, comunicação. A ideia, também, fundamenta-se no pensamento de Freire (2004, p.23), ao inculcar a noção de que "quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender".

A interação comunitária consiste na promoção de diálogo entre saber científico, que a universidade produz e o profissional de saúde detém, e saberes familiares, populares, tradicionais que circulam na comunidade, (SANTOS; MENESES, 2010). Implica uma vasta gama de ações de valorização, tanto do saber científico, como de outros saberes práticos, considerados úteis, cuja partilha por pesquisadores, estudantes e cidadãos sirvam de base à criação de espaços coletivos mais amplos que convertem a Universidade num ambiente de interconhecimento onde os cidadãos e os grupos sociais podem intervir sem ser exclusivamente na posição de aprendizes. Seria importante o profissional tentar dialogar com o senso comum (SANTOS, 2007, 2000). Além disso, deve aprender a atuar em rede, adotar procedimentos participativos e rever os mecanismos internos e externos de socialização do conhecimento para ajudar a sociedade a enfrentar com maior rapidez do que lhe tem sido habitual, seus problemas locais, sem solução à vista.

Pensar, portanto, uma articulação entre a Educação Permanente e Educação Popular em saúde, numa perspectiva de promoção da saúde no contexto da APS, podem contribuir para comunicação dialógica, horizontalizada, qualificada, solidária, respeitosa entre profissionais da saúde e usuário na APS.

Nesse contexto, a postura positiva do profissional de saúde para com os saberes populares deveria ser de respeito e diálogo, valorizando as práticas derivadas de conhecimentos que vão se acumulando ao longo de várias gerações. Ressalta-se que o uso de plantas medicinais é bastante comum pelos usuários dos serviços de APS. Esta prática tem relevância antropológica, por resgatar os saberes populares muitas vezes marginalizados; relevância pedagógica, por facilitar a relação dialógica entre profissionais de saúde e usuários; relevância econômica, por valorizar o uso autônomo e potencialmente diminuir os gastos com e a dependência de medicamentos sintéticos ou fitoterápicos manipulados/industrializados; tem uma relevância ecológica, por

garantir a preservação de espécies em extinção e, finalmente, uma relevância social e política, por fortalecer o apoio social e comunitário. A relação dialógica entre profissional e usuário é importante porque o profissional pode tanto incrementar seu arsenal terapêutico quanto orientar efeitos colaterais, contraindicação, toxicidade de plantas medicinais que apresentam evidências científicas. Esta interação permite a construção de um terceiro saber fruto do diálogo entre o saber popular do usuário e técnico-científico dos profissionais de saúde (GOMES; MERHY, 2011). As ações educativas com plantas medicinais favorecem sua inserção na APS e a interação da equipe com a comunidade.

A discussão sobre a valorização e inserção das plantas medicinais aos recursos terapêuticos sintéticos no SUS e na APS foi apoiado pelos movimentos sociais (pastorais) e contemplada em documentos oficiais brasileiros ao longo dos anos (BRASIL, 2012a), dentre eles destacam-se:

**Central de Medicamentos (CEME) (1982):** realizou pesquisas que viessem comprovar atividades farmacológicas e/ou toxicológicas de um conjunto de plantas potencialmente medicinais.

**Conferências Nacionais de Saúde (1986, 1996, 2003):** 8ª Conferência Nacional de Saúde recomendou a inserção das práticas alternativas no SUS (BRASIL, 1986). A 10ª Conferência Nacional de Saúde apontou a necessidade de ser incentivada a inserção da fitoterapia na assistência farmacêutica pública e legislação e pesquisas nesta área (BRASIL, 1996). A 12ª Conferência Nacional de Saúde levantou a importância do investimento na pesquisa para produção de medicamentos a partir de plantas medicinais brasileiras (BRASIL, 2003).

**Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN) (1988):** regulamentou a implantação da fitoterapia nos serviços de saúde e criou procedimentos e rotinas relativas à sua prática nas unidades assistenciais médicas.

**Política Nacional de Medicamentos:** determinou o apoio às pesquisas para avaliação do potencial terapêutico de plantas medicinais nacionais, destacando a validação de suas propriedades medicamentosas (BRASIL, 2001).

**Seminário Nacional de Plantas Medicinais, Fitoterápicos e Assistência Farmacêutica (2003):** recomendou a inserção da fitoterapia no SUS (BRASIL, 2003).

**Política Nacional de Assistência Farmacêutica (2004):** recomendou o uso de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos

no processo de atenção à saúde, respeitando os conhecimentos tradicionais incorporados, com embasamento científico com a utilização da biodiversidade existente no País (BRASIL, 2004).

**Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (2005):** inclui a fitoterapia como área de interesse para o desenvolvimento de novos produtos para tratamento à saúde com insumos de origem vegetal (BRASIL, 2005).

**Política Nacional de Atenção Básica (2011)** incentiva a escuta qualificada de diferentes saberes, a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito entre profissional da saúde e comunidade (BRASIL, 2011b).

A partir de então, cresceu o interesse popular e institucional visando o fortalecimento da fitoterapia na APS o que culminou na publicação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS, regulamentada pela Portaria nº. 971, de 03 de maio de 2006. A política configura um marco decisivo do processo de institucionalização das práticas complementares no SUS, passando a ser a referência para a estruturação das PIC no sistema de saúde brasileiro. A política prevê a inserção dos serviços de fitoterapia, homeopatia, acupuntura, medicina tradicional chinesa, termalismo e medicina antroposófica com o objetivo de contribuir para o aumento da resolubilidade do sistema, promover a racionalização das ações de saúde e estimular as ações referentes ao controle/participação social (BRASIL, 2006a; 2006b; 2009a; 2009b; 2010c). A PNPIC preconiza, para elaboração da Relação Nacional de plantas medicinais (RENAPLAN) e a Relação Nacional de fitoterápicos (RENAFITO), a relação de diagnóstico situacional das plantas medicinais e fitoterápicos usados em programas estaduais e municipais de saúde, a criação de critério de inclusão e exclusão de plantas e medicamentos fitoterápicos e a elaboração de monografias de plantas medicinais. Os critérios de inclusão nas listas nacionais preconizam o registro na ANVISA, não ser uma espécie em extinção, serem de uso da APS e possuírem evidências científicas (CARVALHO, 2011).

Paralelamente a PNPIC, foi elaborado a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápico (PNPF) regulamentada pelo Decreto 5813, 26 de junho de 2006. A PNPF tem um caráter interministerial, elaborada para garantir a qualidade, segurança e eficácia de plantas medicinais e fitoterápicos (...) “na perspectiva da integralidade da atenção à saúde, considerando o conhecimento tradicional sobre plantas medicinais” (BRASIL, 2006b, p.3). As diretrizes da PNPF visam

contemplar toda a sua cadeia produtiva valorizando a diversidade brasileira (ou seja, o Brasil possui entre 15 a 20% da biodiversidade do mundo). Dentre as diretrizes desta portaria, destaca-se a décima que se refere à promoção e reconhecimento de práticas populares de uso de plantas medicinais a partir de parcerias do governo com movimentos sociais, ações de conservação da diversidade cultural dos povos tradicionais brasileiros e apoio às iniciativas comunitárias para a organização e o reconhecimento dos conhecimentos tradicionais e populares que interagem com os serviços da APS (BRASIL, 2006b, p. 22-30). Esta décima diretriz da PNPM vem corroborar o fortalecimento da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) no sentido de contribuir para escuta qualificada de diferentes saberes, criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito entre profissional da saúde e comunidade (BRASIL, 20011b).

Para desenvolver as diretrizes e subdiretrizes desta política foi construído o Programa Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos (Decreto nº 2960/2008) que define os gestores, prazos e recursos para as ações estabelecidas, aliadas ao compromisso de propor legislações específicas para o setor, visando à oferta deste recurso terapêutico nos serviços (BRASIL, 2006c, 2008d). A PNPMF estabeleceu as linhas prioritárias para o uso adequado de plantas medicinais e fitoterápicos com o intuito de fortalecer as iniciativas nacionais, minimizando a dependência tecnológica na área de desenvolvimento de medicamentos.

A PNPIC e PNPMF buscam garantir o uso seguro de plantas medicinais e de fitoterápicos, reconhecendo o conhecimento tradicional e popular. São políticas decisivas para o desenvolvimento de ações/programas de práticas integrativas em saúde na APS. Vários documentos, resoluções, portarias e relatórios foram elaborados com ênfase à questão das plantas medicinais (CARVALHO, 2011). Este arcabouço técnico e legal visa garantir segurança, eficácia e qualidade tanto para as plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos utilizados em diferentes estratégias que podem ser inseridas no cotidiano de trabalho das equipes de APS. O quadro 3 demonstra o avanço e interesse do uso das plantas medicinais, medicamentos fitoterápicos e serviços relacionados a fitoterpia na APS:

Quadro 3 - Principais legislações sobre plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos até 2013.

Produto/Serviço	Estratégia de utilização	Legislação vigente	Objetivo
Matéria-prima vegetal	Planta medicinal <i>in natura</i> cultivada em hortas e/ou de cultivo de plantas medicinais	Lei nº 13.021/2014	Oncitar o cultivo de plantas medicinais e fim de onerar os princípios ativos.
	Plantas secas (origem vegetal certificada) para utilização em infusão	Resolução RDC nº 219, de 22 de dezembro de 2006	Espécies vegetais (partes) de espécies vegetais para o preparo de chás, alimentos.
	Insusos farmacêuticos de origem vegetal produzidos em infusão	Resolução RDC nº 10, de 04 de março de 2010	Dispõe sobre a notificação de drogas vegetais junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária.
	Produção de tinturas, alcoólicas, xaropes, (derivado de droga vegetal)	Resolução RDC nº 249 de 13 de setembro de 2005	Regulamento Técnico das Boas Práticas de Fabricação de produtos intermediários e insumos farmacêuticos
	Industriação de alimentos on chás aromáticos	Resolução RDC nº 14, de 14 de março de 2013	Boas práticas de fabricação específicas de produtos intermediários e insumos farmacêuticos afins, derivados de droga vegetal.
Chá	Espécies vegetais para o preparo de Chás	Resolução RDC nº 277/2005	Regulamento Técnico para C.A.R. Corvada
	Industriação de alimentos on chás aromáticos	Resolução RDC nº 267/2005	Chá,erva-Mãe e Própolis Solúveis na área de alimentos
	Preparação de fitoterápicos tradicionais	Resolução RDC nº 219/2006	Regulamento Técnico de Espécies Vegetais para o Preparo de Chás.
	Preparação de fitoterápicos magistrais (manipulação)	Resolução RDC nº 13, de 14 de março de 2013	Indoim novas plantas ou radifcon nome comum ou nome científico de algumas espécies vegetais
	Medicamento fitoterápico (substancializado)	Resolução RDC nº 67, de 08 de outubro de 2007	Boas Práticas de fabricação de Produtos Tradicionais Fitoterápicos
	Medicamento fitoterápico (manipulado)	Resolução RDC nº 87, de 21 de novembro de 2008.	Boas Práticas de Manipulação de Preparações Magistrais e Oficiais para Uso Interno em Farmácias
	Medicamento fitoterápico (substancializado)	Portaria GM nº 3.257/2007	Boas Práticas de Manipulação em Farmácias
	Medicamento fitoterápico (manipulado)	Resolução RDC nº 95, de 11 de dezembro de 2008	Fitoterápicos financiados pelo PAB, <i>Mycoplasma</i> ( <i>esp. pinheiro sensu</i> ) e <i>Melastoma glomerata</i> ( <i>Guaco</i> )
	Medicamento fitoterápico (substancializado)	Portaria nº 2.382 de 26 de novembro de 2009	Tercio de bnta de medicamentos fitoterápicos.
	Medicamento fitoterápico (substancializado)	Resolução RDC nº 14, de 31 de março de 2010	Elenco de medicamentos fitoterápicos em Atuação Básica: <i>Opuntia aculeata</i> L. (alcaçofim), <i>Fraxiparopythum procumbens</i> (grão de dabo), <i>Phytolacca purpurascens</i> (casaca sucrada), <i>Urtica dioica</i> (urtiga de grão), <i>Schinus molle</i> (amarra).
	Medicamento fitoterápico (substancializado)	Resolução RDC nº 17 de 16 abril de 2010	Lista de medicamentos fitoterápicos de registro simplificado*.
	Medicamento fitoterápico (substancializado)	Portaria nº 846, de 20 abril de 2010	Registro de medicamentos fitoterápicos
	Medicamento fitoterápico (substancializado)	Resolução RDC nº 18, 3 de abril de 2013	Boas Práticas de fabricação de medicamentos fitoterápicos
	Medicamento fitoterápico (substancializado)	Resolução RDC nº 18, 3 de abril de 2013	Farmácia Viva no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)
	Medicamento fitoterápico (substancializado)	Resolução RDC nº 18, 3 de abril de 2013	Boas práticas de processamento e armazenamento de plantas medicinais, preparação e dispensação de produtos magistrais e oficiais de plantas medicinais e fitoterápicos em farmácias vivas

Fonte: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/>

A primeira legislação brasileira específica para medicamentos fitoterápicos foi regulamentada pela Portaria nº 22, de 30 de outubro de 1967. Ela continha todos os aspectos essenciais ao registro de fitoterápicos, exigindo identificação botânica das plantas, padrão de qualidade e avaliação de eficácia e segurança por meio de estudos pré-clínicos e clínicos, semelhantes ao exigido para medicamentos de síntese. Esta legislação não teve muita aderência das indústrias, os registros eram apresentados e renovados automaticamente sem a comprovação completa dos requisitos, fazendo com que aparecessem no mercado diversos produtos sem validação das ações terapêuticas e toxicológicas (CARVALHO et al., 2008; CARVALHO, 2011).

Em 1995, o MS republicou a norma de registro de medicamentos fitoterápicos no Brasil, com a Portaria nº 6 SVS/MS, de 31 de janeiro de 1995. Esta portaria estabeleceu prazos para a realização e apresentação de estudos científicos de segurança (cinco anos) e eficácia (10 anos). A partir da comprovação da segurança e eficácia foram exigidos os estudos clínicos e pré-clínicos regulamentados pela Portaria nº 116/96 descritas nas Resoluções nº 196/96 e 251/97. Posteriormente, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), lançou as Resoluções RE nº 17, de 25 de fevereiro de 2000 e RDC nº 48, de 16 de março de 2004. A RDC 48/2004 regulamentou a necessidade de controle de qualidade do produto acabado, com métodos analíticos para quantificação dos princípios ativos além da comprovação de segurança de uso, incluindo estudos de toxicidade pré-clínica. A RDC 10/2010 revogou a RDC 48/2004 e estabelece os requisitos mínimos para o registro de medicamentos fitoterápicos, contemplada por várias Resoluções RE (BRASIL, 2010d; 2010e; CARVALHO, 2011).

A ANVISA definiu, portanto, uma lista de 35 livros (referências bibliográficas) para orientar a avaliação de segurança e eficácia para o registro simplificado de medicamentos fitoterápicos, segundo a Instrução normativa 5, de 31 de março de 2010 e os guias para realização de testes de toxicidade pré-clínica (RE 90/2004) e para a realização de alterações, inclusões, notificações e cancelamento pós-registro de medicamentos fitoterápicos (RE 91/2004) (BRASIL, 2004a, 2004b, 2004c). Para as plantas que não integram a lista da RE 89/2004 a indústria farmacêutica precisa comprovar a segurança e eficácia do produto através de realização de testes de segurança (toxicologia pré-clínica e clínica) e de eficácia terapêutica (farmacologia pré-clínica e clínica) do medicamento ou adotar monografias de plantas de compêndios internacionais reconhecidas pela ANVISA (BRASIL,

2004c) ou apresentar um levantamento etnofarmacológico ou de documentações tecnocientíficas que avaliem a indicação de uso, a coerência com relação as indicações terapêuticas propostas, ausência de risco tóxico ao usuário e comprovação de uso seguro, segundo a Resolução RDC 14, de 31 de março de 2010. No entanto, as listas de plantas e de bibliografias preconizadas pela ANVISA, na sua maioria, apresentam monografia de plantas exóticas (originária de outros países), o que dificulta o registro de medicamentos fitoterápicos nacionais.

Além das legislações descritas acima, aplicam-se ao registro de fitoterápicos, todas as legislações que normatizam a publicidade de medicamentos, padronização de bulas (RDC 95/2008), o Regulamento sobre as Boas Práticas de Fabricação de Medicamentos (BPFM) (RDC 17/2010) (BRASIL, 2008b; 2010e; CARVALHO, 2011).

Outra forma de acesso dos medicamentos fitoterápicos nos serviços de saúde pode ser por meio da manipulação de formulas farmacêuticas fitoterápicas. A primeira legislação criada para a regulamentação do setor magistral foi a Resolução RDC33/2000. Esta resolução instituiu a obrigatoriedade do controle de qualidade neste setor conforme determinações da ANVISA. Tal legislação sofreu adequações contempladas na RDC 214/2006, posteriormente revogada pela RDC 67/2007, complementada com a RDC 87/2008. Estas duas resoluções (67 e 87) definem as normas de Boas Práticas de Manipulação de Medicamentos (BPMM) vigente (BRASIL, 2007a; 2008c). No entanto, essas legislações não contemplavam as necessidades do setor público, nos moldes propostos pela Portaria 886/2010 que preconiza a responsabilidade da rede pública de saúde em prover o cultivo, processamento, armazenamento, manipulação, distribuição e manipulação de plantas medicinais de qualidade e em quantidade suficiente para atender a demanda da população mediante uma prescrição (BRASIL, 2010c; GONÇALVES, 2009).

Diante das normas de Boas Práticas de Manipulação regulamentada pela RDC 67/07, a prática da manipulação de fitoterápicos, para àqueles municípios que desejam produzir ou adquirir matérias-primas vegetais em hortas e hortos comunitários, do ponto de vista legal, pode ser contestada, por diversos motivos. Primeiro, a legislação não contempla as diretrizes de cultivo, processamento e beneficiamento de plantas medicinais em farmácias de manipulação. Segundo, o preparo das formulações antes do recebimento das prescrições caracteriza-se escala industrial (lotes) devido o volume/demanda, o que contraria a RDC 67/2007 que proíbe tal

procedimento em estabelecimentos farmacêuticos. Terceiro, os estoques mínimos são permitidos apenas às formulações oficinais e descritas em formulários nacionais (os mesmos apresentam uma lista reduzida de plantas brasileiras). Quarto, a qualificação de fornecedores (importantes, mas ainda distante da realidade atual) restringe o número de matérias-primas vegetais brasileiras disponíveis para serem licitadas, devido a não estruturação do setor de produção agrícola no que diz respeito às exigências atuais. Quinto, tornar a prática onerosa para o setor tendo em vista as normas e testes exigidos para o controle de qualidade. Sexto, não possibilita a estruturação de uma unidade centralizada para manipulação e distribuição dos medicamentos intermunicipal por caracterizar escala industrial. Sétimo, a maioria das plantas listadas trata-se de plantas exóticas (originária de outros países) o que dificulta a padronização de plantas brasileiras por falta de monografia reconhecida pelos órgãos sanitários brasileiros (GONÇALVES, 2009).

Recentemente, foi publicada no Brasil a RDC 18/2013. Esta resolução dispõe sobre as Boas Práticas de processamento e armazenamento de plantas medicinais, preparação e dispensação de produtos magistrais e oficinais de plantas medicinais e fitoterápicos em Farmácias Vivas no âmbito do SUS para tentar suprir as peculiaridades das farmácias de manipulação que contemplam o cultivo de plantas medicinais (para produção de matéria-prima vegetal) em hortos na rede pública de saúde. Ressalta-se a importância do acompanhamento, monitoramento, avaliação, financiamento e apoio técnico (de universidades e do governo federal) na consolidação das Farmácias-vivas, a partir desta regulamentação, visando a garantia do acesso de plantas medicinais e fitoterápicos de qualidade, seguros e eficazes na rede pública de saúde brasileira.

Segundo o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), em 2013, no Brasil há 22 iniciativas cadastradas com esta finalidade: Betim/MG, Botucatu/SP, Brejo da Madre de Deus/PE, Diorama/GO, Foz do Iguaçu/PR, Itapeva/SP, João Monlevade/MG, Pato Bragado/PR, Petrópolis/RJ, Rio de Janeiro/RJ, Santarém/PA, Toledo/PR, SES Alagoas, SES Rio Grande do Sul (BRASIL, 2012a, 2013a). O estímulo dos arranjos de produção local de fitoterápico pode favorecer a produção nacional voltada a atender às necessidades da APS e conseqüentemente diminuir a dependência tecnológica internacional. Este incentivo poderá fortalecer, também, toda a cadeia produtiva de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos no Brasil.

Outro entrave no registro dos fitoterápicos é que não há um consenso na legislação internacional para a padronização dos critérios para avaliação de segurança, eficácia e qualidade distintas. Há países como Bolívia, Jamaica, México em que as plantas são consideradas como medicamento tradicional; nos Estados Unidos e México, como complemento alimentar. Há países como o Brasil, Argentina e Paraguai autorizam a produção industrial de medicamentos fitoterápicos que apresentem evidências científicas. Na Alemanha, os medicamentos de origem vegetais são pouco vinculados à prescrição, mas não há legislação que restrinja a prescrição destes produtos por um profissional habilitado. Japão e Portugal entendem que o registro de fitoterápico deve cumprir os mesmos requisitos para registro dos demais medicamentos (GONÇALVES, 2009).

Do ponto de vista da vigilância sanitária, as referidas regulamentações são necessárias para garantir a qualidade, a dispensação e a disponibilização de medicamentos fitoterápicos seguros e eficazes para a população. Além disso, poderá contribuir na organização e estruturação dos serviços relacionados a fitoterapia aumentando assim, a aceitação deste recurso terapêutico por parte dos profissionais. Cabe ressaltar que é importante investir-se na qualificação e sensibilização dos profissionais com o intuito de motivá-los a apoiar a iniciativa.

Para Santos (2000), as práticas biomédicas precisam ser transformadas para que possam dialogar com os diferentes saberes e práticas presentes em sociedades multiculturais. A construção de um novo saber baseado na síntese entre os diversos saberes e práticas, ou seja, quer na ciência positiva com as questões da interdisciplinaridade, quer nas políticas públicas com a intersetoridade, na gestão com a participação social e na medicina com a complementaridade. É um desafio para os profissionais da saúde, pesquisadores e gestores da APS buscar espaços de interação, promoção e revalorização dos diversos saberes que permitam subsidiar a inserção de uma fitoterapia aplicada às necessidades da APS brasileira (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b).

## 2.5. AÇÕES/PROGRAMAS COM PLANTAS MEDICINAIS NO BRASIL

A partir da década de 80 diversas ações/programas com plantas medicinais foram implantados no SUS, principalmente a partir da publicação da Resolução CIPLAN/1988, que regulamentou, entre

outras, a prática da fitoterapia no serviço público. As ações/programas se desenvolveram nos serviços de saúde de diferentes formas levando em consideração os objetivos, as motivações, as estratégias e o tipo de produto e serviço oferecido (DAMIAN, TESSER, MORETTI-PIRES, 2013a). Alguns Estados/municípios desenvolveram políticas e legislação específica para o serviço de fitoterapia no SUS e instalaram farmácias de manipulação, hortos didáticos, mementos terapêuticos com o intuito de dispor de recursos terapêuticos com menor custo. Outros, no entanto, enfocaram na organização de ações educativas, hortas caseiras, distribuição de mudas traçando estratégias para promoção de saúde e interação de saberes e prática de cuidado (BRASIL, 2012).

Houve razoável expansão da inserção da fitoterapia nos últimos anos motivada pela institucionalização dessa prática, por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, e desdobramentos de legislações sanitárias específicas. Em 2004, foi realizado um diagnóstico pelo Ministério da Saúde para mapear as ações e serviços da fitoterapia distribuídos nas diferentes regiões do país (BRASIL, 2006b).

O diagnóstico foi realizado pelo Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, no período de março a junho de 2004, por meio de 5.560 questionários enviados a todos os secretários estaduais e municipais do país, via correio, com carta resposta e ofício de encaminhamento assinado pelo Secretário de Atenção à Saúde. Dos questionários enviados, retornaram 1342, dos quais 232 apresentaram resultados positivos e demonstraram a estruturação de alguma prática integrativa e/ou complementar em 26 Estados, num total de 19 capitais. A amostra foi considerada satisfatória estatisticamente para um diagnóstico nacional (BRASIL, 2006c). Este estudo institucional mostrou que a Fitoterapia estava inserida preferencialmente na APS em equipes de saúde da família. Além disso, os serviços disponibilizam plantas medicinais (in natura, seca), fitoterápico manipulado e medicamento fitoterápico (BRASIL, 2006c).

Em 2011, a Reunião Técnica com coordenadores de Programas de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, realizada nos dias 7 a 9 de junho de 2011 em Brasília, cita o fato de que alguns municípios e estados vêm desenvolvendo ações relacionadas à fitoterapia, tais como: Belo Horizonte/MG, Bragança Paulista/SP, Campinas/SP, Distrito Federal/DF, Vitória/ES, Florianópolis/SC, João Pessoa/PB, Macaé/RJ, Pindamonhangaba/SP, Recife/PE, São Paulo/SP, Volta Redonda/RJ (BRASIL, 2011c).

Em 2012, o Caderno de Atenção Básica volume 31 do Ministério da Saúde aponta outros exemplos de ações/programas com plantas medicinais na APS, tais como: Vitória (ES), Porto Walter (AC), Teotônio Vilela (AL), Barreirinha, Carauari (AM), Madre de Deus, Valença (BA), Itapipoca, Maracanaú, Quixeramobim, Sobral, Viçosa do Ceará (CE), Goiânia, Montes Claros de Goiás (GO), Pinheiro, São Francisco do Brejão (MA), Betim, Ipatinga, Juiz de Fora (MG), Campo Verde, Nova Santa Helena, Cuiabá (MT), Novo Progresso, Santarém (PA), Campina Grande, João Pessoa (PB), Brejo de Madre de Deus, Olinda, Recife (PE), Colombo, Maringá, Medianeira, Santa Tereza do Oeste, São Miguel do Iguaçu (PR), Aracaju (SE), Niterói (RJ), entre outros (BRASIL, 2012a).

Tais documentos institucionais do Ministério da Saúde não apresentam uma descrição detalhadas das ações/programas brasileiros (estaduais e municipais), apenas apresenta características gerais dos mesmos, sintetizados no quadro 4 e 5 (região sul), 6 e 7 (região nordeste), 8 (região norte), 9 (região centro-oeste), 10 e 11 (região sudeste), a seguir:

## Quadro 4 - Experiências de ações, projetos e programas de fitoterapia da região Sul, no estado de Santa Catarina

Município	Características
Florianópolis/SC	<p>As ações de educação permanente em plantas medicinais em Florianópolis/SC foram implantadas em seis unidades de saúde no ano de 2012. As ações relacionadas à fitoterapia tiveram apoio do Horto Didático de Plantas Mediciniais da U/SC e algumas associações locais. As ações desenvolvidas foram: a <b>Oficina de Reconhecimento de Plantas Mediciniais</b> enfocada aos agentes comunitários de saúde (ACS) e comunidade, <b>hortas medicinais</b>, atividades de Educação permanente em plantas medicinais para os médicos, dentistas, enfermeiros e farmacêuticos e momento terapêutico (SANTOS, 2012). Os profissionais de saúde do CS do sul da ilha trabalham com plantas medicinais. As plantas medicinais identificadas, que estavam em floração no processo de coleta dos dados de campo, foram herbORIZADAS e depositadas no herbário Her da Universidade Federal de Santa Catarina. Nos CS do sul da ilha o uso das plantas medicinais é amplamente aceito pelas comunidades e profissionais de saúde como opção terapêutica, em virtude do baixo custo, do reduzido efeito colateral e da sua eficácia já comprovada cientificamente (CAVALAZZI, 2006). <b>Oficina de Fitoterapia da Associação Vida Verde (OFAVV) – Florianópolis/SC</b>: foi uma iniciativa da Pastoral da Saúde da Paróquia São Francisco Xavier, do Saco Grande II, Florianópolis/SC em parceria com mulheres (dispostas a estudar, confeccionar e distribuir fitoterápicos) e a Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL). A OFAVV foi fundada em 28 de junho de 1996 com objetivo principal de disseminar a solidariedade entre a comunidade, resgatando sabedoria popular das plantas medicinais para integrar saberes para uma melhor qualidade de vida.</p>
Itapema/SC	<p>Foi desenvolvida no período de 2008 a 2012. No ano de 2010 a 2011 foram feitas articulações com o meio ambiente, capacitações com os profissionais de saúde, seleção de 9 plantas para plantio e aquisição de vários fitoterápicos manipulados e industrializados. Em 2012 conseguiu-se financiamento do Departamento de Assistência Farmacêutica para compra de equipamentos e capacitações. Foram feitos os protocolos de prescrição de fitoterápicos.</p>
Itajaí/SC	<p>A inserção das plantas medicinais em Itajaí/SC foi uma iniciativa do Programa de Controle de Hipertensão Arterial (PCHIA) em parceria com o projeto de extensão da Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALE), denominado Programa de Extensão Universitária em Saúde da Família, abrangendo professores e alunos do curso de fonoaudiologia, psicologia, odontologia, medicina, nutrição, enfermagem e farmácia. O programa estimulou a solidariedade, troca de experiências, vínculo do indivíduo com a vida e com a equipe de saúde, grupo social, humanização</p>
Presidente Branco/SC	<p>Castello O projeto tem por objetivo o plantio de espécies vegetais em viveiro vinculado ao "Projeto Presidente Castello Branco realizando ações em busca da Sustentabilidade", para recriagem de lixo e produção de adubo orgânico para a horta do município.</p>

Quadro 5 - Experiências de ações, projetos e programas de fitoterapia d região sul, no estado do Paraná

Município	Característica
Curitiba/PR	Foi resultado de um trabalho intersetorial e multiprofissional criado em 1997 com objetivo de fornecer plantas medicinais com identificação botânica e com comprovação científica para as prescrições médica e odontológica. Além disso, o estímulo ao uso de plantas medicinais na comunidade seguiu os preceitos da educação ambiental. O programa foi incentivado pela Secretaria Municipal de Meio Ambiente que cooocinou o Programa de Integração às crianças e adolescentes – PIA AMBIENTAL, com a parceria da Universidade Federal do Paraná e Esaduais de Maringá e Ponta Grossa. A parceria com as universidades contribuiu para a produção dos fitofármacos e estímulo do desenvolvimento da indústria farmacêutica nacional na região.
Foz do Iguaçu/PR	O ervatório Itaipu foi criado em 2005 e apresenta 18 tipos de plantas medicinais para o tratamento de 10 doenças mais comuns da região. Em 2007 foi realizada a primeira capacitação de médicos, enfermeiros, farmacêuticos e dentistas em parceria com o Instituto Brasileiro de Plantas Medicinais. Para produção de matéria-prima foram treinados 54 agricultores familiares, instaladas em 17 unidades demonstrativas de cultivo de plantas medicinais e realizadas atividades de assistência técnica e extensão rural.
Londrina/PR	Foi implantado no ano 1996. O objetivo da proposta foi tentar estabelecer um diálogo entre dois universos culturais distintos: subclonria popular e biomedicina. O plano de fundo das discussões eram a humanização, revitalização das práticas populares e universalização da atenção à saúde nos serviços oficiais. O projeto teve parcerias de instituições assistenciais e de ensino que resultaram na construção de uma unidade de beneficiamento de plantas medicinais em parceria de diversas instituições locais. O programa contava com as hortas terapêuticas e seis fitoterápicos industrializados, sendo três destinados ao receituário psiquiátrico, visando a desospitalização para usuários de psicofármacos (DINIZ, 2006). O custo mensal foi de R\$ 25.000. No ano de 2010 foram aviadadas 56.346 fórmulas e em 2012, 82.000 fórmulas.
Maringá/PR	Foi oficialmente implantado em setembro de 2000. O programa contou com o apoio da Universidade Estadual de Maringá. Seguiu o formato de farmácia de manipulação de acordo com as determinações da Resolução RDC 33, de 19 de abril de 2009, com intuito que ofertar a população uma alternativa medicamentosa segura, eficaz e barata.
Pato Bragado/PR	A primeira etapa do projeto de plantas medicinais em Pato Bragado contemplou a capacitação de agricultores orgânicos para a produção e beneficiamento de plantas medicinais, condimentos e aromáticas. O projeto foi uma iniciativa da SUSTENTEAC, MPA, SMS, Itaipu. Em 2007 foram implantadas as áreas de demonstração. Os produtores orgânicos capacitados receberam as mudas da Itaipu. Em 2009 e 2010 foi realizado a capacitação de médicos, dentistas, enfermeiros, farmacêuticos e nutricionistas para uso de fitoterápicos na saúde pública. Em 2010 foi inaugurada a unidade de produção de extrato seco de drogas vegetais. O município conta com o apoio da SUSTENTEAC, YANTEN, GRAN LAGO E ITAIPU BINACIONAL.

Fonte: Pesquisa realizada de jan/2010 a jul/2013.

Quadro 6 - Experiências de ações, projetos e programas de fitoterapia na região nordeste, no estado do Ceará.

Município	Característica
Fortaleza/CE	<p>A experiência mais antiga no Brasil que influenciou a criação de ações/programas de plantas medicinais e fitoterápicos na APS foi o Projeto Farmácias Vivas. O Projeto Farmácias Vivas foi criado por Francisco José de Alencar Mota da Universidade Federal do Ceará, em 1984. O objetivo foi desenvolver uma metodologia de intervenção do saber popular e científico partindo de uma abordagem social para orientar o uso de plantas medicinais a partir da identificação botânica e elaborar um referencial de fórmulas farmacêuticas fitoterápicas acessíveis à população nordestina (MATOS, 2008). O projeto Farmácias Vivas contempla um conjunto de ações: levantamento etnobotânico no campo ou de pesquisas bibliográficas, registro e validação das plantas medicinais, coleta de plantas no campo, fomento de recursos humanos, instalação da unidade, Farmácia-Viva, material informativo e educação popular. A Farmácia Viva é uma grande escola e um grande exemplo para o mundo de uma tecnologia social eficaz que auxiliou no tratamento de cerca de 80% dos casos das doenças mais comuns da APS, por exemplo, doenças de pele, problemas respiratórios, digestivos, dores reumáticas, parasitoses intestinais e herpes labial e genital. (SILVA, et al., 2006). Após a sua criação no Estado do Ceará, tomou-se referência para todo o país e para a estruturação da Portaria 886/10 (MATOS, 2006).</p>
Itapipoeira/CE	<p>Início em 1999 com apoio da Secretaria Municipal de Saúde, Universidade Federal do Ceará, Fundação Cearense de Pesquisa (FCPV) e Célula de Fitoterapia do Estado do Ceará (CELIFE), Programa de Apoio a Reformas Sociais (PROARES) com o objetivo de incentivar mulheres (que utilizam as plantas medicinais) a fazer medicamento caseiro, como forma de melhorar a qualidade de vida e saúde da família a partir de plantas identificadas botanicamente e com evidências científicas.</p>
Maracanaú/CE	<p>Início em 1992. Sua estrutura básica foi composta por um horto com quarenta canteiros, para o cultivo de plantas medicinais e um laboratório de manipulação. O programa dispensa medicamentos fitoterápicos manipulados à comunidade mediante prescrição do profissional de saúde da família.</p>
Pereiro/CE	<p>Teve início em 1995, quando foi implantado um horto de plantas medicinais no qual existia um boteco com comorbimento de plantas medicinais. Em 1997 o projeto com a contratação de um farmacêutico-bioquímico e um agrônomo projeto foi ampliado conforme as instruções da Farmácia-Viva do Ceará. Foi elaborado um manual e um guia terapêutico de fitoterápico. O objetivo do projeto era atender população carente, levando em consideração o custo-benefício e a satisfação dos usuários na resposta terapêutica. Os medicamentos fitoterápicos eram distribuídos nas UBS/ESF dispensadas pela Farmácia Municipal do hospital. O projeto teve apoio da Universidade Federal do Ceará (UFC), o Centro Estadual de Fitoterapia (Fortaleza-CE), as prefeituras municipais, secretarias de saúde, hospital e postos de saúde (NEGREIRO, 2002).</p>
Quatro Vassos/CE	<p>Foi implantado em 1988 por Ailton Barreto. O objetivo do projeto foi reduzir o uso de psicotrópicos nos casos de síndrome do pânico e defender os direitos humanos dos moradores da favela do Piramitê. Além disso, buscou a síntese entre ações populares e biomédicas para intervenções determinantes da saúde.</p>
Recife/CE	<p>As ações de fitoterapia em Recife são desenvolvidas no âmbito de apoio às práticas integrativas e na UBS. As ações são pautadas no referencial teórico do modelo em defesa da vida e o método Saúde (Co-gestão de coletivos, Clínica Ampliada, Acolhimento, Projetos Terapêuticos Singulares e Apoio Matricial)</p>

Fonte: Pesquisa realizada de jan/2010 a jul/2013.

Quadro 7 - Experiências de ações, projetos e programas de fitoterapia na região nordeste, no estado do Pernambuco, Alagoas e Bahia.

Alagoas/Al.	<p>A criação do Programa de Fitoterapia da Secretaria estadual de Alagoas foi criada em 1997 com a implantação de uma herba matrix e ações comunitárias escolares. Em 2000 e 2001 foi realizada a capacitação para os profissionais da ESF e precatórios, elaboração do protocolo terapêutico e a implantação do laboratório de fitoterapia.</p> <p>A inserção da fitoterapia no Estado da Bahia deu-se com a aprovação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica em 20/01/2010. O horto farmacobiológico e a oficina farmacêutica seguiu o modelo de farmácia-viva. Houve capacitação em fitoterapia aos profissionais da saúde da rede estadual.</p> <p>O programa contempla seminários e campanhas de orientação dos usuários do SUS sobre fitoterapia, a elaboração da relação estadual de plantas medicinais e o medicamento fitoterápico fitoterápico do Estado da Bahia com o apoio da consultoria OPAS.</p>
Belo de Madre de Deus/PE	<p>O laboratório de fitoterapia Alípio Magalhães Porto foi fundado em 1997 e está registrado no Conselho de Farmácia de Pernambuco. O laboratório conta com um farmacêutico, dois auxiliares de produção, um auxiliar de serviços gerais e um auxiliar de técnico agrícola. Os produtos elaborados pelo laboratório são labedores de anise, eunaru, espinho de ouriço, jatobá, mastiz, hortelã minú, arceuta, Artemisia, conife de frute, fãse boido e flor de colônia, alcoolatuna de Melão São Luciano, pega pinto, nonã, rãbo de raposa, berringa, mulungu, pomada de tanagem, anocua, alpinu, conife, crã lanada, casa de Rama e sãbo de arrãda com mastreã, sãbonete de anocã. A solicitaçãõ dos produtos é feita mediante a prescriçãõ da prescriçãõ mãdica das policlãnicas e unidãdes bãsicas de saãde.</p>

Fonte: Pesquisa realizada de jan/2010 a jul/2013.

Quadro 8 - Experiências de ações, projetos e programas de fitoterapia na região norte

Município	Característica
Arapá/AP (estadual)	<p>Centro de Referência em Tratamento Natural constitui a maior diversidade de Práticas Integrativas e Complementares (PIC) no Brasil na atenção básica. O CERT foi institucionalizado pela Lei estadual 10.069/2007. Apoiou-se na diversidade cultural, inclusive indígenas do estado do Amapá, e na biodiversidade da Floresta Amazônica. A interculturalidade é o pano de fundo que norteia as práticas e trabalhos desenvolvidos em parceria com <b>peleteras, populações ribeirinhas, indígenas, raízes e benzedeiras.</b></p>
Macapá/AP	<p>O Projeto Farmácia da Terra difunde, nas comunidades urbanas e rurais, conhecimento científico sobre plantas medicinais em linguagem simples: <b>conceito, cultivo, extração e uso de plantas in natura ou em preparações farmacêuticas.</b></p>

Fonte: Pesquisa realizada de jan/2010 a jul/2013.

## Quadro 9 - Experiências de ações, projetos e programas de fitoterapia na região centro-oeste

Município	Características
Cuiabá/MT	<p>As práticas de cultivo das plantas medicinais e aromáticas em Cuiabá são realizadas através do Programa de Fitoterápicos, Plantas Medicinais e Aromáticas. O programa foi criado em julho de 2004, regulamentado pelo Decreto nº 4.183, pela ex-Secretaria de Saúde de Cuiabá-MT. O programa visa garantir acesso e uso racional de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos com segurança, eficácia e qualidade, construindo com o desenvolvimento deste setor no país. Foram implementadas horas de plantas medicinais na UBS/PSF, residências terapêuticas, dispensação de medicamentos fitoterápicos na rede de saúde, ações educativas para comunidade, capacitação dos profissionais, identificação botânica das plantas e reuniões periódicas para divulgação do programa e sensibilização dos profissionais.</p>
Juiz de Fora/MG	<p>Teve a parceria da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Sociedade Pro-Melhoramento de Bairros (SPMB), pastores da cidade, da família e da saúde, associações comunitárias. O objetivo do programa foi resgatar o conhecimento popular e conscientizar os usuários de plantas medicinais para o uso correto de fitoterápicos em Medicina Popular. Para isso, optou-se por seguir a Medicina Baseada em Evidências (MBE) de plantas medicinais regionais, além da comprovação experimental e científica de seus efeitos terapêuticos.</p>
Beldini/MG	<p>Surgiu como alternativa para controlar o alto custo dos medicamentos e a ocorrência de efeitos colaterais e orientar os usuários sobre o uso correto de plantas medicinais. Tem o objetivo de resgatar e valorizar a cultura popular, orientar a população sobre o uso de plantas medicinais (palestras educativas, informativos, cartilhas) em visitas domiciliares. Parceiros: Serviço Assistencial Salião do Tricamito, Secretaria de Agricultura, Secretaria de Meio Ambiente, Vigilância Sanitária. A equipe tinha característica interdisciplinar formada por agrônomo, farmacêutico, técnico agrícola, médico, enfermeiro, assistente social, odontólogo, ACS e fisioterapeuta.</p>

Fonte: Pesquisa realizada de jan/2010 a jul/2013.

Quadro 10 - Experiências de ações, projetos e programas de fitoterapia na região sudeste, estado do Rio de Janeiro e Espírito Santo

Município	Características
Vila Velha/ES	A farmácia caseira fitoterápica desenvolvida pela pastoral da saúde está baseada na solidariedade. O "fórum" da Pastoral da Saúde estabeleceu uma controposição com os dispositivos e mecanismos de poder que configuram o campo da saúde, abrindo novas possibilidades de constituição de funções de cidadania.
Vitória/ES	Veio a ser institucionalizado em 1996, através da Lei 4.352. A iniciativa nasceu do programa foi o projeto "Cultivando Saúde: Herda em Casa" que objetiva prevenir doenças com a implantação da horta em terrenos baldios.
Volta Redonda/RJ	A fitoterapia em Volta Redonda teve início em 2010. Os atores responsáveis pela implantação desta iniciativa foram o coo-pe-procitt, pastoral da criança, Proenz.
Rio De Janeiro/RJ	Foi estimulado pelo Programa Estadual de Plantas Medicinais (PROPLAM) regulamentado pela Lei estadual 2537 de 16 de abril de 1996. O PROPLAM buscou estabelecer políticas públicas na área de preservação, pesquisa e utilização de plantas medicinais. O programa proporcionou a interação com outros atores e serviços da secretaria da saúde e demais secretarias da prefeitura, em parceria, mobilizando uma horta na escola municipal Pedro Bruno onde se proporcionou interação entre idosos com adolescentes.

Fonte: Pesquisa realizada de jan/2010 a jul/2013.

## Quadro 11 - Experiências de ações, projetos e programas de fitoterapia na região sudeste, estado de São Paulo

Município	Características
São Paulo/SP	O Programa Municipal de Produção de Fitoterápicos e Plantas Medicinais foi criado com a Lei Municipal Nº 14.933 – 36/02/2009 e regulamentado pelo Decreto Municipal Nº 31.433 – 26/04/10. São Paulo dispõe de um Campo Lazerativo (SMS, SVMA, Convencionada das Sáb-Práticas), uma RUMOLME – FITO (definição dos fitoterápicos que serão adquiridos pela SMS) e já realizou em 2011 um Curso de Plantas Medicinais, na Escola Municipal de Jardinagem (Parque Itaquera – SMVMA), com 60 vagas para a quinta turma do ano, 4 cursos multiprofissionais de 20hs em Cultivo de hortaliças e Fitoterapia e 4 horas realizadas em Fitoterapia 4 horas realizadas, a junho de 2011
Campinas/SP	Em Campinas a fitoterapia foi inserida através da implementação de uma Farmácia de Manipulação Básica da Família, que foi inaugurada em 2003 e institucionalizada pela Portaria nº 13 de novembro de 2001. Foi fundamentada no conceito de saúde integrativa influenciada pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). O objetivo era responder os sintomas, costumes e práticas, proporcionando obediência ao sentido de empinar a cultura local e estimular a produção correta para o uso das plantas medicinais (NACAL, 2005; REBERGO, 2008; NACAL, QUEIROZ, 2011).
Pindamonhangaba/SP	Foram realizadas 136 rodas de conversas com plantas medicinais de 1992 a 2010 com 3676 participantes. O município dispõe de <b>herbários distritais e medicinais fitoterápicos</b> . As ações são coordenadas pela Secretaria de Assistência Social do município
Ribeirão Preto/SP	Foi implantado em 1992 e regulamentado pela Lei Municipal 878/2000 com o apoio da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, Conferência Municipal de saúde, Conselho Municipal de saúde, Associação pró-fitoterapia. O município dispõe de um Horto Florestal, Farmácia Viva em escolas, creches, unidades de saúde, entidades comunitárias em conjunto a FSE
Uruçuca Paulista/SP	O curso de capacitação em plantas medicinais aconteceu de maio a dezembro de 2010 com a participação de 200 pessoas capacitadas. O curso teve carga-horária de 24hs com o objetivo de discutir nupres técnicas de homeopatia, medicina tradicional chinesa, plantas medicinais e fitoterapia.
Assis Mondevade/SP	Os serviços de fitoterapia – Flórentina de Assis Mondevade foi inaugurado em 27 de dezembro de 1998. O objetivo do programa foi implantar práticas de fitoterapia através no serviço público de saúde, assim como orientar de forma correta o seu uso em diversas entidades e organizações comunitárias.

Fonte: Pesquisa realizada de jan/2010 a jul/2013.

Há publicações científicas e acadêmicas sobre utilização de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos no SUS, dentre elas destacam-se: ARAÚJO, 2000; LEITE, 2000; ALVIM; CABRAL, 2001; OGAVA et al., 2003; TEIXEIRA, 2003; MICHELIS, 2004; CARNEIRO et al., 2004; GRAÇA, 2004; PIRES; RAYA; BORELLA, 2004; SACRAMENTO, 2004; REIS et al., 2004; DAMAS, 2005; DINIZ, 2005; SILVA et al., 2005; OLIVEIRA; SIMÕES; SASSI, 2006; GUIMARÃES; MEDEIROS; VIEIRA, 2006; BRASIL, 2008e; NAGAI, 2005; NAGAI; QUEIRÓZ 2011; SANTOS F., et al., 2011, SANTOS R. et al., 2011; SILVELLO, 2011; SANTOS; TESSER, 2011; BATISTA; VALENÇA, 2012; SANTOS, 2012). Estas experiências estão distribuídas em diferentes regiões brasileiras: 35% no sul, 24% no nordeste, 21% no sudeste, 15% no centro-oeste e 5% no norte (apêndice 5) (DAMIAN; TESSER; PIRES, 2013a) e apresentam diferentes ações, estruturas e serviços com plantas medicinais:

- **Dispensação de planta seca industrializada (droga vegetal):** quando o município opta por dispensar a planta seca (droga vegetal). A Relação de plantas medicinais de interesse para o SUS (RENISUS) segue as determinações da Resolução 10/10, que preconiza as 71 plantas medicinais aprovadas pelo Ministério da Saúde para uso no âmbito do SUS, e/ou; (BRASIL, 2010a);

- **Farmácia de manipulação de preparações fitoterápicas (derivados de drogas vegetais),** quando o município opta por estruturar um laboratório de manipulação de fórmulas farmacêuticas fitoterápicas próprio ou conveniado de acordo com as Boas Práticas de Manipulação de medicamentos - Resolução RDC 67/08; (BRASIL, 2008a)

- **Dispensação de medicamentos fitoterápicos industrializados** quando o município opta por adquirir medicamentos fitoterápicos para compor o elenco de medicamento referência da Assistência Farmacêutica Básica. De acordo com a Portaria nº 3.237/07 e a Portaria nº 2.982/08, os medicamentos fitoterápicos que fazem parte do elenco de Referência Nacional de Medicamentos e Insumos Complementares para a Assistência Farmacêutica na Atenção Básica são: alcachofra, garra do diabo, cáscara sagrada, isoflavona de soja, unha de gato, aroeira, guaco e espinheira santa. O provimento do acesso a plantas medicinais e fitoterápicos no SUS segue as diretrizes da Portaria nº 2.982, de 26 de novembro de 2009, que trata dos recursos que se destinam à aquisição dos medicamentos utilizados no âmbito da Assistência Farmacêutica Básica. (BRASIL, 2010a, 2012b).

- **Farmácia-viva:** compreende o cultivo, a coleta, o processamento, o armazenamento e a dispensação de plantas “*in natura*” ou seca (forma de chá) de acordo com a Portaria 886/2010; (BRASIL, 2010b).

Em relação ao contexto dos serviços de APS, há um número pequeno de experiências. As experiências de ações/programas de fitoterapia desenvolvidas no contexto dos serviços de APS, publicadas em revistas indexadas, foram analisadas e seus resultados apresentados no manuscrito aprovado na revista Interface – comunicação, saúde e educação (DAMIAN; TESSER; PIRES, 2003b), item 4.3. Esta análise evidenciou diferentes ações e serviços com plantas medicinais na APS, além das descritas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), tais como:

- **Hortos didáticos de plantas medicinais, com identificação botânica em unidades básicas de saúde e universidades:** áreas destinadas ao cultivo de plantas *in natura*, identificação botânica, preservação de espécies em extinção e estudos (MATOS, 2006);

- **Hortas comunitárias ou caseiras de plantas medicinais, sem identificação botânica:** áreas destinadas ao cultivadas orgânico, secagem artesanal, troca ou doação de mudas de espécies vegetais em grande maioria sem identificação botânica, mas baseado na cultura popular e tradicional (SACRAMENTO, 2004; REIS, et al., 2006);

- **Grupos de estudo e/ou rodas de conversas com plantas medicinais:** espaço coletivo sistematizado e organizado de interação de saberes e práticas sobre plantas medicinais com finalidade educativa para orientar o uso adequado de plantas medicinais tanto aos profissionais quanto para a comunidade;

- **Oficinas de remédios caseiros de origem vegetal:** áreas e ações destinadas a preparo e distribuição de fórmulas tradicionais fitoterápicas e mudas de plantas por instituições não governamentais, por exemplo, pastoral da saúde (DAMAS, 2005; GUIZARDI; PINHEIRO, 2008).

- **Atividades educativas em escolas com plantas medicinais:** ações educativas pedagógicas com plantas medicinais com o intuito de contextualizar as matérias ensinadas nas escolas básicas municipais, por exemplo, hortas de plantas medicinais, pomares, horta de hortaliças e verduras, oficinas de sabonetes aromáticas entre outras.

Damian, Tesser e Pires (2013a) apontaram diferentes objetivos, motivações e práticas que direcionaram as ações dos programas de plantas medicinais na APS, tais como: redução de custo, controle e acesso a medicamentos; educação ambiental; educação popular em

saúde e desenvolvimento sustentável. Verificou-se que o desenvolvimento de ações/programas com plantas medicinais na APS gira em torno dos seguintes focos de preocupação: a planta medicinal e seus derivados, a regulamentação, a validação científica, o controle de qualidade, a padronização e a estrutura física básica para cultivo, a coleta, o processamento, o armazenamento de plantas medicinais, a manipulação e a dispensação de preparações magistrais e oficinais de plantas medicinais e fitoterápicos na APS; saberes, o profissional da APS e ações educativas, suas corporações profissionais e a legitimação do uso de plantas medicinais atrelada à biomedicina na APS, relação profissional da saúde-comunidade, profissional da saúde-equipe de APS, estratégias educacionais para qualificação profissional para a prescrição; a gestão e forma de trabalho; contexto da atuação profissional e os fatores facilitadores da gestão democrática e participativa e entraves na gestão pública rígida, fechada para mudanças em relação a inserção de ações/programas da fitoterapia na APS; as ações intersetoriais, suas relações sociais além da saúde, a interação entre diferentes saberes e práticas buscando o desenvolvimento local e o fortalecimento da APS; participação da comunidade, interação entre diferentes saberes e práticas, a solidariedade, participação comunitária, estratégias educacionais para orientação do uso de plantas medicinais.

O aspecto social, de promoção da saúde e de cuidado autônomo e solidário da fitoterapia vem semear outras perspectivas para a inserção de ações/programas de plantas medicinais e fitoterápicos no contexto da APS, para além da monocultura do saber científico. Esta forma de pensar a fitoterapia pode contribuir, ainda, para geração de empregos e renda e para o fortalecimento da APS, não só para redução de custos, mas como estratégia de qualificar a escuta a outros saberes circulantes na comunidade, importantes para promoção de saúde e o cuidado tanto institucional quanto não institucional, numa perspectiva emancipatória.

### 3. PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo qualitativo. A pesquisa qualitativa se ocupa de questões da realidade que dificilmente podem ser traduzidas em números e indicadores quantitativos (DESLANDES; GOMES, 2007). Ela trabalha com fenômenos sociais e individuais complexos, envolvendo experiências, significados, motivos, crenças, valores e atitudes (DENZIN; LINCOLN, 2006; MINAYO, DESLANDES, 2008). Esta pesquisa compreendeu uma análise documental, bibliométrica, um metaestudo e uma pesquisa empírica com informantes-chaves. O estudo analisou o desenvolvimento de ações/programas com plantas medicinais na APS brasileira, tema que não dispõe de sistematização das experiências brasileiras, de alta relevância para a Saúde Pública, o Sistema Único de Saúde, o que justificou a escolha do tema.

Parte-se da hipótese de que **há diferentes contextos, saberes, formas de cuidado e de trabalho com plantas medicinais que vão além da inserção de uma fitoterapia científica na APS, como um recurso terapêutico**. O estudo pressupõe uma discussão teórica sobre as possíveis estratégias de interação entre conhecimento científico e não científico sobre plantas medicinais, levando em conta a diversidade cultural e a biodiversidade brasileira, a ser explorada de forma mais ampla nos serviços, pelos profissionais e pelas instituições de ensino e pesquisa. Acredita-se que um processo de interação qualificado, respeitoso e dialógico entre os saberes presentes na comunidade e o técnico-científico nos serviços de saúde sobre plantas medicinais, pode contribuir para promoção e cuidado de saúde na APS.

#### 3.1 DEFINIÇÕES CONCEITUAIS EMPREGADAS

Optou-se, portanto, por utilizar a denominação “**Ações com plantas medicinais na APS**” para fazer referência ao conjunto de atividades, práticas e serviços que são realizados, de alguma forma, com plantas medicinais nos serviços de saúde na APS, evitando assim confusões com conceitos ou termos institucionais. O termo Farmácia-viva foi utilizado para identificar os Arranjos de Produção Local que contemplem desde o cultivo até a dispensação de fitoterápicos, conforme Portaria 886/2010 e legislação específica da ANVISA.

O termo “fitoterapia” foi empregado de forma intercambiável com a expressão “uso/prescrição, orientação para o uso adequado de plantas medicinais como recurso terapêutico” (como cuidado autônomo

ou heterônomo). Além disso, foram considerados “programas” os relatos de municípios que referenciavam atividades continuadas e institucionalizadas amparadas por lei ou normativa municipal ou institucional própria. Foram consideradas “ações” o manuseio, o cultivo, a prescrição, a manipulação, a dispensação, o apoio e orientação ao uso autônomo, a educação e capacitação em plantas medicinais para profissionais de saúde e usuários na APS, inseridas ou não em um programa organizado e institucionalizado pelo serviço ou município.

### 3.2. ANÁLISE DOCUMENTAL

Com o intuito de construir o “estado da arte”, levantou-se em documentos institucionais do Ministério da Saúde e em relatórios de gestão estaduais e municipais relatos das experiências de implantação de ações/programas com plantas medicinais na APS brasileira. Foram consultados os documentos disponíveis, até 2012, no site do Ministério da Saúde, sintetizados no quadro 12.

Quadro 12 - Documentos oficiais do Ministério da Saúde sobre experiências e regulamentação de fitoterapia no Brasil

Documento analisado	Endereço eletrônico consultado
Guia de Implantação dos serviços de Fitoterapia	<a href="http://dab.saude.gov.br/cgat/contencao_implantacao.php">http://dab.saude.gov.br/cgat/contencao_implantacao.php</a>
Fitoterapia no SUS e programas de pesquisa de plantas medicinais da Central de medicamentos (diagnóstico situacional de 2004/2005)	<a href="http://189.28.128.100/dab/docs/geral/fitoterapia_no_sus.pdf">http://189.28.128.100/dab/docs/geral/fitoterapia_no_sus.pdf</a>
Política Nacional e Práticas Integrativas e Complementares (diagnóstico situacional março/2004)	<a href="http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pnpic_publicacao.pdf">http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pnpic_publicacao.pdf</a>
Relatório Final do XXII Congresso Nacional das secretarias municipais de saúde, 2007	<a href="http://www.comasems.org.br/">http://www.comasems.org.br/</a>
Revista Brasileira de Saúde da Família - ano IX, edição especial (maio 2008)	<a href="http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/revistas/revista_saude_familia18_exp_scial.pdf">http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/revistas/revista_saude_familia18_exp_scial.pdf</a>
Relatório final de 1º Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, 2008	<a href="http://189.28.128.100/dab/docs/geral/relatorio_1o_sen_iipic.pdf">http://189.28.128.100/dab/docs/geral/relatorio_1o_sen_iipic.pdf</a>
Relatório Final e Anais da VI Jornada Catarinense de Plantas Mediciniais, 2010	Santa Catarina. VI Jornada Catarinense de Plantas Mediciniais, Florianópolis, 2010.
Relatório final da Reunião Técnica com Coordenadores de Programas de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, 2011	<a href="http://dab.saude.gov.br/cgat/revista_ucartica.php">http://dab.saude.gov.br/cgat/revista_ucartica.php</a>
Relatório de Gestão 2006/2010 da Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares	<a href="http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/rel_gestao2010_final.pdf">http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/rel_gestao2010_final.pdf</a>
Caderno de Atenção Básica, n. 31 - Práticas Integrativas e Complementares	<a href="http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/mnlobo_CAP_31.pdf">http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/mnlobo_CAP_31.pdf</a>
Relatório final da Reunião de planejamento COFAT – Núcleo de Práticas Integrativas e Complementares, 2013	<a href="mailto:darimove@hotmail.com">darimove@hotmail.com</a> , Acesso: 15 abr. 2013.
III Seminário de Práticas Integrativas e Complementares da região sul, Florianópolis jul/2013	04 e 05 de julho de 2013, Florianópolis/SC

Fonte: Pesquisa realizada de jan/2010 a jul/2013 no portal do departamento de atenção básica do Ministério da Saúde.

Tais documentos (quadro 12, na página 89) trouxeram informações divergentes em relação ao número experiências, localidades, âmbito de atuação, profissionais envolvidos, tipo de serviços ofertados (Arranjos Produção Local/Farmácia-viva, ações educativas, prescrição...) e pouca informação sobre o processo de implementação das ações/programas com plantas medicinais na APS. Apesar das divergências, foi possível encontrar alguns dados para o início do estudo, tais como:

- Há 350 a 374 (aproximadamente 35 na região norte, 27 na região centro-oeste, 67 na região sudeste, 127 na região sul e 91 na região nordeste) municípios/Estados que ofertam serviços com plantas medicinais no SUS, distribuídos em todas as regiões do País registrados nestes documentos institucionais (BRASIL, 2006c; 2011b);

- As experiências na rede pública de saúde baseiam-se no modelo Farmácia-viva desenvolvida no Ceará, pelo prof. Dr. Francisco José de Abreu Matos e no modelo de educação ambiental de Curitiba/PR (2007b; 2009b);

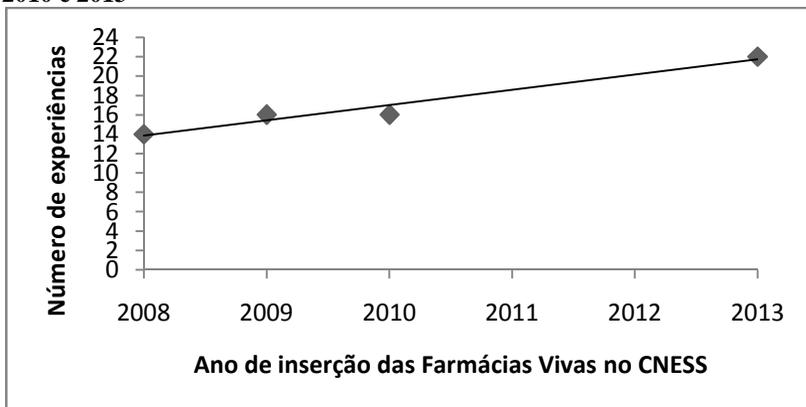
- Houve uma expansão dos programas de plantas medicinais na rede pública após a publicação da Política Nacional de Plantas Medicinais (PNPMF). Tal expansão levou o Ministério da Saúde a instituir a Farmácia-viva no âmbito do SUS, por meio da Portaria GM nº 886, de 20 de abril de 2010, para que a ANVISA pudesse criar uma legislação específica para atender as especificidades deste estabelecimento de saúde na rede pública (BRASIL, 2006c; CARVALHO, 2011);

- À ANVISA coube a responsabilidade de definir regulamentações para a garantia da qualidade, segurança e eficácia dos produtos produzidos nestes arranjos de produção local (RDC 18, publicada em 2013) (BRASIL, 2013, CARVALHO, 2011).

- O monitoramento das PIC, entre elas as ações de fitoterapia no SUS, foi regulamentada pela Portaria SAS nº470, em 19 de agosto de 2011, que inclui na Tabela de Serviços/Classificação do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES, no serviço de código 125 – serviço de Farmácia, a classificação 007 – Farmácia-Viva. Este sistema de informação, somado ao censo realizado pelo Programa de Melhoria da Qualidade do acesso e atenção básica (PMAQ) poderão auxiliar na identificação mais objetiva de municípios que ofertam esta atividade no âmbito da APS. Segundo o Cadastro

Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) há uma crescente inserção de farmácias-vivas no Brasil, conforme ilustra a figura 5.

**Figura 5 - Número de farmácias-vivas registradas no CNES, 2008, 2009, 2010 e 2013**



Fonte: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0132>.

Atualmente, os dados do SCNES ainda refletem uma realidade de sub-registro das experiências brasileiras, podendo estar atrelada à confusão que se tem com os termos Farmácia-Viva, fitoterapia e ações com plantas medicinais. O Termo Farmácia-viva conforme publicado, em 2010, refere-se aos arranjos de produção local que garantam desde o cultivo, manipulação e dispensação. Ações isoladas como farmácia de manipulação, capacitação em plantas medicinais, hortas ou hortos didáticos que não configuram uma Farmácia-viva, não estão contempladas na definição que se refere o código 07. Também pode haver ações que estão sendo registradas como farmácia-viva; mas não são, tratando-se apenas de iniciativas de hortas didáticas, farmácias de manipulação e prescrição de fitoterápicos sem configurar uma farmácia-viva (tal confusão acontece porque até 2010 todas as iniciativas de hortas e hortos de plantas medicinais, atrelados ou não a uma farmácia de manipulação eram denominadas como farmácias-vivas, modelo proposto por Francisco Matos - Fortaleza/CE);

- Dentre as ações com plantas medicinais bem estruturadas, segundo o Ministério da Saúde, destacam-se: Fortaleza (CE), Rio de Janeiro (RJ), Distrito Federal, Vitória (ES), Porto Walter (AC), Teotônio Vilela (AL), Barreirinha, Caruarú (AM), Madre de Deus, Valença (BA),

Itapipoca, Maracanaú, Quixeramobim, Sobral, Viçosa do Ceara (CE), Goiânia, Montes Claros de Goiás (GO), Pinheiro, São Francisco do Brejão (MA), Betim, Ipatinga, Juiz de Fora (MG), Campo Verde, Nova Santa Helena, Cuiabá (MT) Programa Fitoviva, Novo Progresso, Santarém (PA), Campina Grande, João Pessoa (PB), Brejo de Madre de Deus, Olinda, Recife (PE), Colombo, Maringá, Medianeira, Santa Tereza do Oeste, Foz do Iguaçu, São Miguel do Iguaçu (PR), Aracaju (SE), Campinas, Ribeirão Preto, Pindamonhangaba (SP), Rio Grande do Sul (projeto Plantas Vivas), Niterói (RJ) (BRASIL, 2006c; 2009b; 2011c; 2012a; 2012c);

- As ações/programas de fitoterapia no Brasil (acima listado) ocorrem de maneira diferenciada, com relação ao fornecimento de produtos, serviços e ações educativas oferecidas pelas equipes de APS. Algumas experiências estaduais/municipais apresentam muitos anos de existência, algumas com políticas e legislações específicas que regulamentam a estruturação dos serviços de fitoterapia no SUS, tais como farmácias de manipulação, hortos didáticos, plantas medicinais e/ou seus derivados, prioritariamente na APS, além de mementos terapêuticos e cartilhas para profissionais de saúde e população sobre o uso adequado desses produtos (BRASIL, 2012a).

Apesar do vasto universo de ações com plantas medicinais no SUS, referenciado pelo MS, optou-se em não utilizar os dados institucionais devido à falta de descrição qualitativa do processo de implantação e das ações. Diante disso, a decisão tomada, nesta etapa de planejamento da pesquisa, foi de mapear as pesquisas científicas que relatassem sobre o desenvolvimento de ações/programas com plantas medicinais na APS, consolidados no Brasil, em revistas e publicações acadêmicas indexadas. Mesmo não alcançando a totalidade ou uma amostragem significativa de programas existentes no país, adotou-se este critério de seleção por entender que as publicações indexadas e/ou acadêmica conferem a garantia de certo padrão de qualidade e menor teor de conflitos de interesse, uma vez que foram avaliadas por pares especialistas no assunto. Assim, foi elaborado um protocolo de revisão de literatura, para definir as estratégias de buscas nas bases de dados. Esta etapa da pesquisa foi realizada no período de 31 de maio de 2010 a 5 de setembro de 2010. O documento foi encaminhado para três professores - dois *expert* em revisão sistemática e um *expert* em práticas integrativas e complementares para validação do instrumento, conforme Luna (1998). Os professores Monica Motta Lino, Nelson Barros, Antônio Fernando Boing retornaram as contribuições nas datas

9/06/2010, 20/08/2010, 05/09/2010, respectivamente. As recomendações feitas pelos três avaliadores foram revisadas e deram origem ao percurso metodológico, descrito a seguir.

### 3.3. ANÁLISE BIBLIOMÉTRICA

A análise bibliométrica foi realizada de julho de 2010 a agosto/2012. A bibliometria foi direcionada pela pergunta: *Quais os programas de fitoterapia na APS foram descritos na literatura no período 1988-2012?* Esta análise inicial visou mapear a produção científica brasileira sobre ações/programas com plantas medicinais no período entre 01/01/1988 a 18/08/2012. Esta análise não teve a função de aprofundamento teórico; sua função foi basicamente o reconhecimento do panorama do tema no corpo de conhecimento da literatura científica e como esta está sendo difundido e incorporado entre os atores e seus pares (ARAÚJO, 2006).

A estratégia de busca foi feita pela combinação de descritores e/ou palavras chaves (quadro 13) em seis bancos de dados:

- Scientific Electronic Library Online (SciELO): é o produto da cooperação entre a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME), instituições nacionais e internacionais relacionadas com a comunicação científica e editores científicos. Desenvolvido para responder às necessidades da comunicação científica nos países em desenvolvimento e particularmente na América Latina e Caribe.

- Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) é produzida de forma cooperativa pelas instituições que integram o Sistema latino-americano e do caribe de informações em ciências da saúde. A LILACS registra a literatura científico-técnica em saúde produzida por autores latino-americanos e do Caribe publicada a partir de 1982. Os principais objetivos desta base de dados são o controle bibliográfico e a disseminação da literatura científico-técnica latino-americana e do Caribe na área da Saúde, ausente das bases de dados internacionais. Na LILACS são descritos e indexados: teses, livros, capítulos de livros, anais de congressos ou conferências, relatórios técnico-científicos, artigos de revistas, etc., relacionados à área da Saúde. O acesso à base de dados LILACS pode ser realizado na Biblioteca virtual em saúde.

- Scopus é atualmente uma fonte importante para os pesquisadores que desejam recuperar e avaliar literatura científica. Há cerca de 3.400 títulos na área de Ciências Biológicas, de 5.300 títulos de Ciências da Saúde, de 5.500 títulos de Ciências Exatas e de 2.800 de Ciências Humanas. Dentre as revistas científicas indexadas, há mais de 1000 títulos de acesso aberto, dentre os quais os títulos SciELO.

- A Web of Science é a designação comum que é dada a um conjunto de bases de dados também conhecidas como Science Citation Indexes (Science Citation Index, Social Science Citation Index, Arts and Humanities Citation Index), compiladas pelo Institute for Scientific Information (ISI). Além destas, estão também incluídas na Web of Science as bases de dados Current Chemical Reactions e Index Chemicus. Trata-se de bases de referência bibliográfica, que não contêm o texto integral dos documentos. Para busca dos estudos nesta base de dados será acrescentado o unitermo Brazil aos descritores DeCS para direcionar a busca.

- Banco de Tese da Coordenação de aperfeiçoamento de pessoal de nível superior (CAPES) foi desenvolvido com o objetivo de facilitar o acesso a informações sobre teses e dissertações defendidas junto a programas de pós-graduação do país. O Banco de Teses faz parte do portal de periódicos da Capes/MEC. Para este trabalho, a CAPES disponibiliza ferramenta de busca e consulta dos resumos das teses e dissertações defendidas a partir de 1987.

O corpo conhecimento foi delimitado por meio de resumos de artigos e teses acessíveis na internet. O banco de Tese da Capes foi incluído por representar um esforço institucional valioso das políticas públicas voltadas à produção e circulação do conhecimento científico produzidos nas principais universidades do Brasil e na tentativa de aumentar o escopo de experiências a serem analisadas neste estudo.

Quadro 13 - Estratégias de busca nas bases de dado

Bases de dados	Data da busca	Estratégia de busca	Usou descritores construídos?	Total de artigos
LILACS	Jul/2010 Dez/2011 Ago/2012	"Herbal" or (phytotherapy or "complementary Therapies" or Plant Preparations) and "Single Health System" [Mesh Terms] "Herbal" or phytotherapy or "complementary Therapies" or Plant Preparations [AND "Family Health" [Mesh Term]] "Herbal" or (phytotherapy or "complementary Therapies" or Plant Preparation) [AND Primary Health Care [Mesh Term]]	Sim	13 11 09
SCIELO	Jul/2010 Dez/2011 Ago/2012	"Herbal" AND Primary Health Care "Herbal" and "Family Health" "Herbal" and "Single Health System" Plantas medicinais e saúde pública familiar Fitoterapia e atenção primária	NAO	01 03 02 02 03
PUBMED	Jul/2010 Dez/2011 Ago/2012	"Herbal" [Mesh Terms] AND "Primary Health Care" [Mesh Terms] Fitoterapia "Saúde Pública" Fitoterapia "Saúde da Família" Prática de atenção primária de saúde "Plantas medicinais" AND "Saúde Pública" "Plantas medicinais" AND "Saúde"	Sim	102 32 41 32 09 09 09 09 13 13
Scopus	Jul/2010 Dez/2011 Ago/2012	A1: phytotherapy [Mesh Terms] AND Health Systems [Mesh Terms] AND Brazil A4: Plant Preparations [Mesh Terms] AND Health Systems [Mesh Terms] AND Brazil A5: Complementary Therapies [Mesh Terms] AND Health Systems [Mesh Terms] AND Brazil B5: Complementary Therapies [Mesh Terms] AND Single Health System [Mesh Terms] AND Brazil C1: phytotherapy [Mesh Terms] AND Health Policy [Mesh Terms] AND Brazil C5: complementary Therapies [Mesh Terms] AND Health Policy [Mesh Terms] AND Brazil D1: phytotherapy [Mesh Terms] AND Public Policies [Mesh Terms] AND Brazil D4: Plant Preparations [Mesh Terms] AND Public Policies [Mesh Terms] AND Brazil E1: phytotherapy and Health Policy [Mesh Terms] AND Brazil F1: phytotherapy [Mesh Terms] AND Health Care [Mesh Terms] AND Brazil F2: Herbal [Mesh Terms] AND Health Care [Mesh Terms] AND Brazil F3: Phytotherapeutic Drugs [Mesh Terms] AND Health Care [Mesh Terms] AND Brazil F5: Complementary Therapies [Mesh Terms] AND Health Care [Mesh Terms] AND Brazil G2: Herbal [Mesh Terms] AND Health Policy [Mesh Terms] AND Brazil G3: Phytotherapeutic Drugs [Mesh Terms] AND Family Health [Mesh Terms] AND Brazil G5: Complementary Therapies [Mesh Terms] AND Family Health [Mesh Terms] AND Brazil H1: phytotherapy [Mesh Terms] AND Primary Health Care [Mesh Terms] AND Brazil H3: Phytotherapeutic Drugs [Mesh Terms] AND Primary Health Care [Mesh Terms] AND Brazil	Sim	06 01 04 04 02 02 01 01 03 03 01 01 13 13 02 02 04 01 03 01 01 01
Web of Science	Jul/2010 Dez/2011 Ago/2012	phytotherapy [Mesh Terms] AND Brazil Herbal [Mesh Terms] AND Brazil	Sim	01 01
<b>Total</b>				<b>311</b>

Fonte: Pesquisa realizada em 13 de julho de 2010 a dezembro/2010.

Foram identificadas 511 publicações a partir das estratégias de busca. A seleção das publicações foi feita a partir de critérios de inclusão e de exclusão. Foram incluídas as publicações científicas e acadêmicas (dado primário) que relataram sobre utilização de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos no âmbito dos serviços de APS no contexto nacional e internacional inicialmente. Publicações com outros métodos de pesquisa foram excluídos (por exemplo, revisões, resenhas, editoriais, opinião, debates, estudos fitoquímicos, farmacológicos e toxicológicos). Foram ainda excluídas 118 publicações duplicadas por meio do gerenciador bibliográfico, Endnote®.

A partir da leitura dos títulos e resumos foram excluídas outras 327 publicações que apesar de remetidos à fitoterapia não tratavam sobre a inserção de ações/programas no contexto da APS, relacionadas a esta temática (figura 6). Além disso, 9 estudos publicados entre os anos 1988 a 1990, não apresentaram seus respectivos textos completos digitalizados e acessíveis na internet. Diante disso, as informações que não foram disponibilizadas no acervo impresso de bibliotecas universitárias de instituições públicas federais ou estaduais do país por meio do serviço de comutação bibliográfica foram excluídas da análise. Desse modo, a amostra do estudo bibliométrico contou com 57 documentos para análise (quadro 14 e 15).

Quadro 14- Artigos e teses incluídos na análise bibliométrica de 1990 a 2006.

1º autor	Ano	Revista/Instituição	Título	Tipo
Barbosa	1990	Universidade Federal do Rio de Janeiro	A fitoterapia como prática de saúde: o caso do Hospital de Terapia Aюрvedica de Goiânia	Nacional
Araújo	2000	Interface	Beirás e quebras: pedras	Nacional
Wayland	2001	Medical Anthropology Quarterly	Centering Local Knowledge: Medicinal Plant Use and Primary Health Care in the Amazon	Internacional
Alvira	2001	Esc. Anna Nery	A aplicabilidade das plantas medicinais por enfermeiras no espaço do cuidado institucional	Nacional
Negreiro	2002	Universidade Federal do Ceará	Uso do medicamento fitoterápico na Atenção primária do município de Pereiro - Ceará	Nacional
Ogawa	2003	Rev. Bras. de Farmacognosia	Implantação do programa de fitoterapia "Verde Vida" na secretaria de saúde de Maringá (2000-2003)	Nacional
Teixeira	2003	Universidade Estadual do Rio de Janeiro	Memória institucional da fitoterapia em Juiz de Fora	Nacional
Negrelle	2004	Rev. Bras. Pl. Med., Botucatu	Estudo etnobotânico junto à Unidade Saúde da Família Nossa Senhora dos Navegantes, subsidiada para o estabelecimento de programa de fitoterápicos na Rede Básica de Saúde do Município de Cascavel (Paraná)	Nacional
Graça	2004	Saúde para Debate	Treze anos de Fitoterapia em Curitiba	Nacional
Reis	2004	Saúde para Debate	Experiência na implantação do Programa de Fitoterapia do Município do Rio de Janeiro	Nacional
Monte-Pires	2004	Saúde para Debate	Práticas alternativas de saúde na atenção básica na rede SUS - Ribeirão Preto/SP	Nacional
Sacramento	2004	Saúde para Debate	O programa de fitoterapia do município de Vitória (ES)	Nacional
Carreiro	2004	Saúde para Debate	Da planta ao medicamento: experiência da utilização da fitoterapia na Atenção Primária à Saúde no município de Natal/RN	Nacional
Mehiles	2004	Rev. Bras. de Farmacognosia	E. Diagnóstico situacional dos serviços de fitoterapia no Estado do Rio de Janeiro.	Nacional
Nelson	2004	Rev. Cub. Med. Gen. Integr	Cuidado prático para La prescripción fitoterapéutica em La atención primaria de salud	Internacional
Tornazzoni	2004	Universidade Federal do Paraná	Substituto para introdução do uso de fitoterápicos na rede básica de saúde do município de Cascavel/PR	Nacional
Damas	2005	Universidade Federal de Santa Catarina	A fitoterapia com estratégia terapêutica nas comunidades do Saco Grande II, Florianópolis/SC	Nacional
Leite	2005	Saúde para debate	Fitoterapia no Serviço de Saúde: significados para clientes e profissionais de saúde	Nacional
Beski	2005	Universidade Federal de Lavras	Plantas medicinais e aromáticas no sistema único de saúde da região sul de Curitiba/MT	Nacional
Nagai	2005	Universidade Estadual de Campinas	Terapia Complementares e alternativas no processo de cuidar: análise das representações sociais de profissionais da rede pública do município de Campinas	Nacional
Junior	2005	Universidade Federal do Rio Grande do Norte	Perspectiva dos cirurgiões-dentistas sobre a inserção da fitoterapia na Atenção Básica de saúde	Nacional
Cavaliazzi	2006	Universidade Federal de Santa Catarina	Plantas medicinais na Atenção Primária à saúde	Nacional

Quadro 15- Artigos e teses incluídos na análise bibliométrica 2006 a 2012.

Diniz	2006	Sociedade para Debate	Programa Municipal de Fitoterapia no município de Luchina, Paraná (PR)	Nacional
Silva	2006	Rev. bras. farmacogn.	Utilização de fitoterápicos em unidades básicas de atenção à saúde da família no município de Maracaná (CE)	Nacional
Matos	2006	Revisões aperceveratárias	O projeto Farmacões-Viva e a fitoterapia no município de Brasil	Nacional
Gaimarks	2006	Saúde para debate	Programa fitoterápico Farmácia Viva no SUS-Betim-Minas Gerais	Nacional
Oliverira	2006	Rev Bras de Plantas Medicináis	Fitoterapia no sistema de saúde público (SUS) do estado de São Paulo, Brasil.	Nacional
Tonazzoni	2006	Texto & Contexto enferm.	Fitoterapia popular: a busca instrumental enquanto prática terapêutica	Nacional
Leuz	2006	J of Ethnoph. and Ethnomedicine	Ethnomedicines used in Trinidad and Tobago for urinary problems and diabetes mellitus	Internacional
Fuentes	2006	Comun. Ciênc. Saúde	O uso da fitoterapia no cuidado de crianças atópicas em um centro de saúde do Distrito Federal	Nacional
Sera	2007	Revista Brasileira de Enfermagem	Pública. Interferência de Plantas Mediciniais no Estado de Rio Grande do Sul	Nacional
Migomne	2007	J Ethnoph. and Ethnomedicine	Best practices in intercultural health: five case studies in Latin America	Nacional
França	2007	Odontologia. Clin.-Cientif	Perfil de utilização e monitoramento de espécies advérsas à fitoterápicos do Programa de Farmácia Viva em uma unidade básica de saúde	Nacional
Silveira	2007	Universidade Federal do Ceará	Utilização de plantas medicinais e medicamentos no atendimento no município de Teutônia/RS	Nacional
Schwartzbach	2007	Universidade Federal do Rio Grande do Sul	Tempo Comunitária se torna ferramenta essencial para tratamento de pequenos conflitos	Nacional
Barreto	2008	Rev. Bras. de Saúde da Família	Atuação com o centro de referência para toda a região Norte	Nacional
Momtiro	2008	Rev Bras: Saúde da Família	Temas integrativos fazendo história em Campinas	Nacional
Ribeiro	2008	Rev Bras de Saúde da Família	Novas práticas acadêmicas na constituição do direito à saúde: a experiência de um movimento fitoterápico comunitário.	Nacional
Guaraldi	2008	Inteview (Botucatu)	Estratégia de Saúde da Família e Fitoterapia: Avanços, desafios e perspectivas	Nacional
Santos M A	2008	Universidade Estadual de Sá	Plantas medicinais utilizadas pela população atendida no "Programa de Saúde da Família", Governador Valadares, MG, Brasil	Nacional
Brasilero	2008	Revista Brasileira de Farmacêuticas	A utilização da fitoterapia e de plantas medicinais em unidades básicas de saúde nos municípios de Cassoyá e Foz do Iguaçu	Nacional
Buzing	2009	Rio de Janeiro	Paraná: a visão dos profissionais de saúde	Nacional
Dutra	2009	Centro Universitário de Anápolis	Plantas medicinais, fitoterápicos e saúde pública: Um diagnóstico situacional em Anápolis, Goiás	Nacional
Ricardo	2009	Florenz	Uso de plantas medicinais: o SUS e a autonomia dos saberes comuns	Nacional
Bastos	2010	Rev. Bras. de Ciências da Saúde	A Fitoterapia no Rede Básica de Saúde: o olhar do Enfermeiro	Nacional
Bassermann	2010	J Ethnoph. and Ethnomedicine	Medicinal plants used in Northern Peru for reproductive problems and female health	Internacional
Nagai	2011	Ciênc. saúde coletiva	Medicina complementar e alternativa na rede básica de serviços de saúde: uma aproximação qualitativa	Nacional
Badke	2011	Esc. Arns Nery	Plantas medicinais: o saber sustentado na prática do cotidiano popular	Nacional
Rosa	2011	Ciência & Saúde Coletiva	Representações e interação de uso da fitoterapia na atenção básica à saúde	Nacional
Thiago	2011	Revista Saúde Pública	Percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre terapias complementares	Nacional
Santos R.	2011	Rev. Bras. Pl. Med. Botucatu	Análise sobre a fitoterapia como prática integrativa no Sistema Único de Saúde	Nacional
López	2011	Rev. fitoterap.	Hábitos de consumo de plantas medicinais em um centro de salud de Barcelona	Internacional
Kanatsesi	2011	J of Ethnoph. and Ethnomedicine	Medicinal plants of Orwa and Ngai Sub-Counties in Oyam District, Northern Uganda	Internacional
Rodrigues	2012	Caderno de Atenção Básica	As plantas medicinais e fitoterapia no contexto da atenção básica/Estratégia de saúde da família	Nacional
Stump	2012	Caderno de Atenção Básica	A inserção fitoterápica na atenção básica à saúde de famílias	Nacional
Santos M.	2012	Universidade Federal de Santa Catarina	Práticas integrativas e complementares na Atenção Primária à saúde de Florianópolis/SC	Nacional
Sartori	2012	Sua. & Transf. Soc.	Município de Presidente Castelo Branco (SC): um novo olhar para gestão pública através do trabalho intersectorial em Rede	Nacional

Fonte: Pesquisa realizada em 13 de julho de 2010 a dezembro/2010.

A partir da leitura dos títulos e resumos, foi construída uma planilha com as seguintes informações: (1) enfoque das publicações, (2) formação, titulação e área de atuação dos autores, (3) título, tipo e ano do periódico, (4) área de concentração da publicação, (6) descritores. Os dados referentes à formação profissional, titulação acadêmica (estudante, doutorado, mestrado) e área de atuação (assistencial ou docente) foram coletados nos artigos ou por meio de consulta no currículo Lattes dos autores. Considerou-se um dado não informado do autor quando este não estava disponibilizado no seu currículo Lattes.

A análise bibliométrica foi apresentada como o primeiro artigo da tese (item 4.1), intitulado *Uso de fitoterápicos na Atenção Primária à Saúde: produção científica de 1988 a 2012*, submetida à Revista Saúde Pública em maio de 2013. Esta análise identificou ações/programas desenvolvidas em diferentes estados e municípios brasileiros, alguns deles citados em documentos oficiais do MS.

### 3.4 METAESTUDO

O meta-estudo é uma abordagem de pesquisa qualitativa interpretativa que segue a orientação construtivista. O metaestudo permitiu uma interpretação levando em consideração o contexto sócio, cultural, ideológico, histórico e teórico que contextualizam a descrição dos fatos nos estudos primários, segundo Partenson et al. (2001).

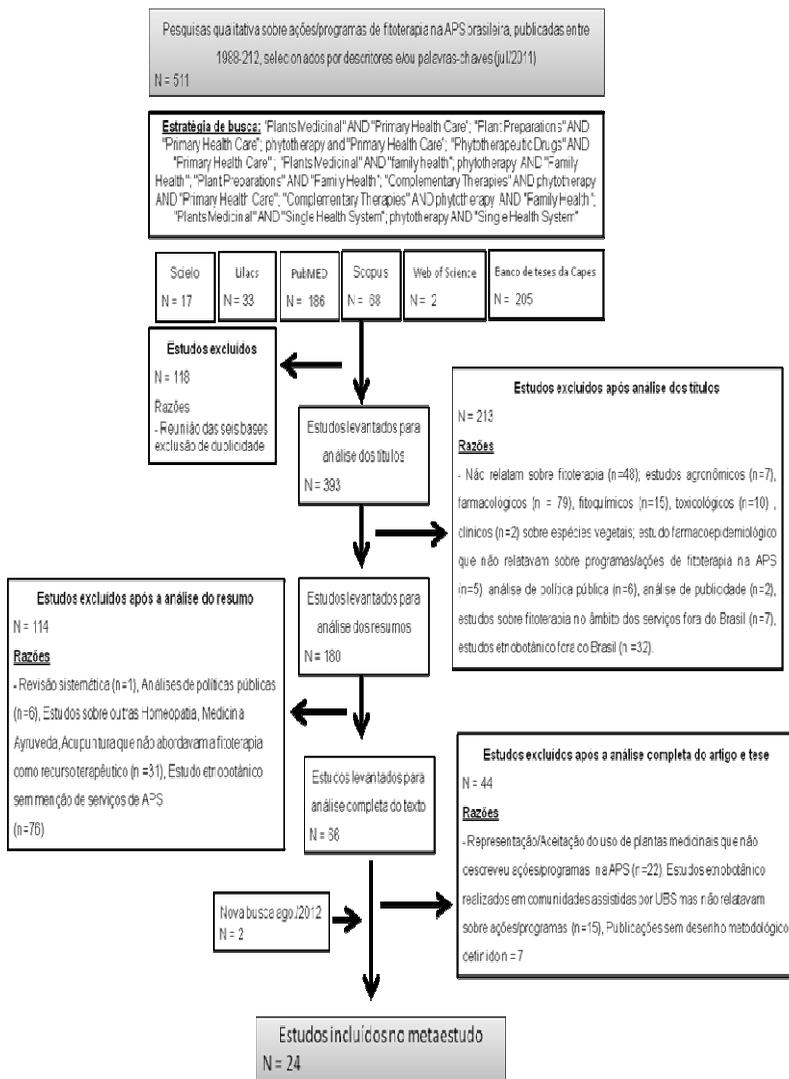
A execução desta etapa deu-se no período de março/2011 a agosto/2012. O metaestudo foi o método utilizado para aprofundar a análise, de forma crítica, das publicações qualitativas, no formato de texto completo, resgatada a partir da análise bibliométrica inicial, sobre ações/programas brasileiros de plantas medicinais no âmbito de serviço da APS brasileira. Esta análise qualitativa das publicações teve como intuito de analisar os objetivos, as motivações, os enfoques e as estratégias/espacos relacionados às formas de implantação de ações/programas com plantas medicinais nos serviços de APS brasileira, abordados na literatura científica, no período de janeiro de 1988 a agosto de 2012.

O metaestudo foi direcionado pelas perguntas: *Como e por que estes programas de fitoterapia na APS foram implantados e desenvolvidos na APS? Quais as contribuições das plantas medicinais para a APS?* Das 57 publicações selecionadas na etapa bibliométrica, incluíram-se nove publicações identificadas pela leitura das referências. Totalizando 66 artigos.

A partir da leitura do texto na sua íntegra das publicações selecionadas para o metaestudo foram definidos outros critérios de exclusão, além dos descritos na etapa bibliométrica, a fim de refinar a delimitação do objeto de pesquisa - “Ações/Programas com plantas medicinais, consolidados e implantados, nos serviços de APS brasileira”. Foram excluídas, então, as pesquisas etnobotânicas, os estudos fora do Brasil, as pesquisas de percepção, aceitação ou representação social que não se referissem a uma ação/programa específica. Esta decisão apoiou-se nas considerações de Sandelowski e Barroso (2003). A figura 6 apresenta a estratégia de exclusão e uma síntese do processo de obtenção dos artigos.

Foram selecionados, portanto, 24 publicações de acordo com os critérios de inclusão e exclusão acima citados na figura 6. Os textos, na sua forma íntegra, foram resgatados nas bases de dados citadas no quadro 16, pelo sistema de COMUT/UFSC e SCAD (Serviços cooperativo de acesso ao documento) da BIREME.

Figura 6 - Síntese do processo de obtenção dos artigos selecionados para o metaestudo.



Fonte: Pesquisa realizada em mar/2011 a ago./2012.

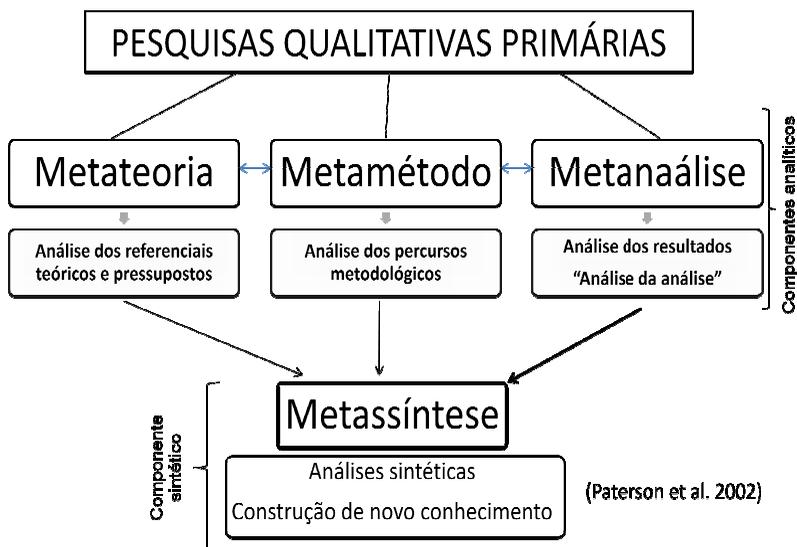
Quadro 16- Publicações incluídas no metaestudo

1º autor	Ano	Revista/Instituição	Formação de Primeiro Autor	Local da após/programas	Total estudos por ano
Araljo	2000	Interface (Botucatu)	Antropóloga	Londrina/PR	
Megreiro	2002	UFSC	Enfermeira	Pereiro/CE	2
Ogawa	2003	Rev. Bras. de Farmacognosia	Farmacêutica	Maringá/PR	
Teixeira	2003	UBRJ	Farmacêutica	Juiz de Fora/ES	2
Graça	2004	Saúde debate	Médica	Curitiba/PR	
Reis	2004	Saúde debate	Médica	Rio de Janeiro/RJ	
Moretti-Pires	2004	Saúde debate	Enfermeira	Ribeirão Preto/SP	
Sacramento	2004	Saúde debate	Médica homeopata	Vitória/ES	6
Cameiro	2004	Saúde debate	Farmacêutica	Iapipoca/CE	
Michiles	2004	Rev. Bras. de Farmacognosia	Farmacêutica-sanitarista	Rio de Janeiro/RJ	
Damas	2005	UFSC	Médico	Florianópolis/SC	
Leite	2005	Saúde debate	Farmacêutica	Itajaí/SC	2
Cavalezzi	2006	UFSC	Médica	Florianópolis/SC	
Diniz	2006	Saúde debate	Médico de família	Londrina/PR	
Silva	2006	Rev. Bras. Farmacogn.	Farmacêutica	Maranham/CE	
Matos	2006	Rev. Ciências agroveterinárias	Farmacêutico	Fortaleza/CE	6
Guimarães	2006	Saúde debate	Farmacêutica-homeopata	Betim/MG	
Oliveira	2006	Rev. Bras. de Plantas Mediciniais	Secretaria Municipal	São Paulo/SP	
Barreto	2008	Rev. Bras. de Saúde da Família	Advogado	Quatro Vistas/CE	
Monteiro	2008	Rev. Bras. Saúde da Família	Técnico em acupuntura	Amapá/AP	
Ribeiro	2008	Rev. Bras. da Saúde da Família	Farmacêutica	Campinas/SP	4
Guizardi	2008	Interface (Botucatu)	Psicóloga	Vila Velha/ES	
Nagai	2011	Ciência, saúde coletiva	Enfermeira	Campinas/SP	1
Santos	2012	UFSC	Farmacêutica	Florianópolis/SC	1

Fonte: Pesquisa realizada em mar/2011 a agost/2012.

Os artigos selecionados foram analisados a partir dos pressupostos teóricos (metateoria), abordagem metodológica (metamétodo) e resultados dos estudos (meta análise dos dados) (figura 7) (SPADACIO et al., 2010; CASTELLANOS et al., 2011).

Figura 7- Desenho do metaestudo



Fonte: Paterson et al., 2001

Por intermédio dessas sínteses parciais, foi elaborada uma síntese final sobre o processo de legitimação e interação dos diferentes saberes e práticas de fitoterapia para além das verdades biocientíficas na APS pautada na ideia de “ecologia de saberes” de Boaventura de Souza Santos (2000, 2007, 2010). A abordagem teórica-conceitual utilizada nesta etapa do metaestudo foi apresentada no segundo artigo desta tese - intitulado “*Plantas medicinais: contextos, saberes, práticas e formas de uso na APS*” (item 4.2). Os apontamentos da síntese final buscam contribuir para reflexões sobre o uso de plantas medicinais na APS, importante para a promoção e cuidado em saúde.

O metaestudo deu origem ao terceiro artigo da tese (item 4.3), intitulado *A contribuição da fitoterapia para promoção e cuidado da saúde na Atenção Primária*, publicado na Revista Interface (Botucatu), v. 17, jul/set, 2013. O estudo evidenciou que a inserção das ações com

plantas medicinais na APS deu-se a partir de motivações diversas: aumentar os recursos terapêuticos, resgatar saberes populares, preservar a biodiversidade, a educação ambiental e popular, a agroecologia e o desenvolvimento social. Há uma ambivalência que ora pende para o reforço do autoatendimento, as ações educativas, intersetoriais e a participação comunitária, constituindo-se em forma de cuidado alternativo e complementar e promoção da saúde; ora restringe à incorporação de fitoterápicos manipulados ou industrializados à farmácia dos serviços de APS, para uso estritamente profissional. Ressaltou-se uma visão ampliada da fitoterapia que incorpore esses dois enfoques, numa perspectiva de uma ecologia de saberes e práticas em saúde.

### 3.5 PESQUISA QUALITATIVA COM INFORMANTES-CHAVES, EM MUNICÍPIOS SELECIONADOS

A pesquisa empírica foi realizada em quatro municípios brasileiros selecionados intencionalmente. Esta etapa foi realizada no período de agosto de 2011 a dezembro de 2012. Para seleção dos municípios procurou-se identificar, dentre o universo de experiências descritas na literatura científica e nos documentos oficiais do MS, ações/programas que apontassem diversidade de saberes e práticas com plantas medicinais, envolvendo educação e capacitação dos profissionais, orientação e apoio ao uso adequado de plantas medicinais, distribuição de medicamentos fitoterápicos e plantas medicinais destinados à prescrição e dispensação do produto na rede de saúde, a seguir detalhado.

#### **Processo de escolha dos municípios selecionados**

A escolha dos municípios sede dos entrevistados foi realizada no período de agosto de 2010 a dezembro/2010. Os possíveis campos de pesquisas foram: Londrina/PR, Curitiba/PR, Maringá/PR, Quatro Varas/CE, Maracanaú/CE, Fortaleza/CE, Itapipoca/CE, Ribeirão Preto/SP, Campina/SP, Vila Velha, Vitória/ES, Amapá/AP, Itajaí/SC, Florianópolis/SC, Presidente Castelo Branco/SC, Betim/MG, Juiz de Fora/MG; e estaduais do Rio de Janeiro/RJ, Goiânia/GO, Ceará/CE.

O primeiro critério de seleção levou em consideração a data da implantação do programa/ação antes da publicação da PNPM, em 2006; o apoio de parcerias intersetoriais; a participação de uma equipe interdisciplinar; o amparo de legislação própria (além do incentivo da

PNPIC e PNPM) e a coordenação realizada por profissionais de saúde dos serviços de APS. Nesta primeira etapa foram excluídas as seguintes experiências, devido aos motivos apresentados a seguir: Londrina/PR (ações desenvolvidas no Centro de Atenção Psicossocial - CAPS), Curitiba/PR (ação coordenada pelo Programa de Integração à criança e adolescente – PIA AMBIENTAL), Maringá/PR (modelo Farmácia Vida-verde de Curitiba/PR), Amapá/AP (Centro de especialidades de práticas integrativas), Itajaí/SC (projeto coordenado pelo projeto de extensão desenvolvido pela Faculdade de Enfermagem da Universidade do Vale do Itajaí) e Rio de Janeiro /RJ (enfocado em pesquisa de plantas medicinais), Goiânia (ações realizadas na área hospitalar), Vila Velha, Vitória/ES (oficinas de remédios caseiros coordenados pela Pastoral da Saúde), Tubarão/SC (grupo de estudo da pastoral da saúde coordenado por universidade), Florianópolis/SC (associação vida verde coordenada pela pastoral da saúde).

O segundo critério de seleção levou em consideração a distribuição/localização das ações/programas nas regiões brasileiras. Optou-se pela região sul e sudeste por concentrar 51% das ações com plantas medicinais registradas em documentos oficiais do MS e na literatura (BRASIL, 2012). A partir do segundo critério, descartou-se a visita nos municípios nordestinos, da região norte e do centro-oeste.

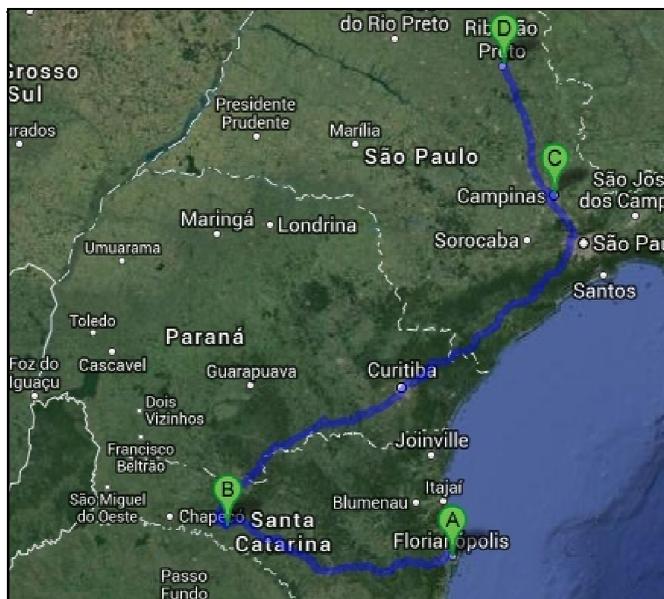
Assim, foi selecionado um município com farmácia de manipulação de fitoterápicos pública (Campinas/SP); um município que realiza a dispensação de fitoterápicos por especialista (Ribeirão Preto/SP); um município com capacitação em plantas medicinais dos profissionais de saúde (Florianópolis/SC) e um município de pequeno porte que desenvolve ações com plantas medicinais na rede municipal de educação (horto didático) apoiado pelos profissionais da APS valorizando a intersetorialidade (Presidente Castello Branco/SC). Esta escolha foi intencional e norteada pelo referencial teórico, elaborado como abordagem teórico-conceitual, sintetizado no artigo apresentado à Interface (DAMIAN, TESSER, MORETTI, 2013b) e no artigo a ser encaminhado à revista Cadernos de Saúde Pública (DAMIAN, TESSER, 2013).

Em Ribeirão Preto/SP, Campinas/SP retrataram ações com plantas medicinais voltadas a oferta de medicamentos fitoterápicos nos moldes de uma farmácia de manipulação. Em Ribeirão Preto/SP, a fitoterapia é considerada uma especialidade médica e a prescrição na APS se dá por referência e contra referência. Em Campinas/SP trata-se de uma experiência clássica de farmácia de manipulação,

exclusivamente pública e tem a Semana da Fitoterapia institucionalizada por lei municipal, exemplo que representa ações exclusivamente profissionalizadas.

Florianópolis/SC e Presidente Castello Branco/SC configuram-se como ações com ênfase na orientação do uso de plantas medicinais ao profissional, à comunidade e ao usuário. Em Florianópolis optou-se por acompanhar o Curso de Capacitação para os profissionais de saúde - intitulado “Fitoterapia: Reconhecendo as plantas medicinais”; as ações de educação de orientação do uso adequado de plantas medicinais à comunidade e as atividades de apoio do Horto didático da universidade para a estruturação de hortos didáticos. Em Presidente Castello Branco, mesmo não sendo uma ação coordenada pelos profissionais da APS representava um exemplo de atuação intersetorial. O “Projeto Escola Sustentável” é uma iniciativa que envolve educação, saúde, agricultura e assistência social. O município de Presidente Castello Branco foi apresentada no Telessaúde em março/2011 em uma webconferência (palestra virtual) (SARTORI, 2011). O município recebe apoio do Telessaúde para implantar ações de fitoterapia na unidade básica de saúde (horto didático e prescrição de fitoterápicos). O município apresenta um trabalho realizado pelas escolas municipais com plantas medicinais, ações educativas relacionadas a hortas didáticas, pomares, sabonetes aromáticos, reciclagem, lavoura familiar e resgate da sabedoria popular. O município de Presidente Castello Branco/SC ilustrou uma experiência de ação intersetorial importante para a inserção da fitoterapia na APS.

A figura 8 ilustra o mapa a localização dos municípios selecionados para o estudo dos fatores facilitadores e dificultadores da inserção de ações/programas de fitoterapia no âmbito dos serviços de APS, a partir do olhar de profissionais de saúde.



**Figura 8 – Mapa de localização dos municípios selecionados no estudo**

### **Limitações do estudo**

Inicialmente, tinha-se a intenção de realizar um estudo caso múltiplo nos municípios selecionados e apresentados anteriormente. No entanto, o contexto político-administrativo das instituições públicas paulistas restringiu o número de entrevistados e acesso a informações locais. Em Campinas, a coleta de campo foi comprometida por causa de questões políticas locais (ano eleitoral e problemas administrativos), mudanças na legislação que regulamenta o funcionamento das farmácias de manipulação no setor público, atraso na tramitação de liberação da pesquisa, desligamento de alguns profissionais da rede ou por não ter conseguido contato por telefone para agendar a entrevista, a suspensão das atividades da farmácia de manipulação pela Vigilância Sanitária. Frente a estas dificuldades, em Campinas foi entrevistado um informante-chave por meio de um roteiro de entrevista escrita (formulário) (apêndice 3), encaminhado por email. Em Ribeirão Preto, a coleta de campo foi realizada no ano eleitoral e por isso não se obteve autorização para entrevistar os profissionais de saúde da rede. Além disso, o laboratório de manipulação encontrava-se em reforma. Desta forma, as entrevistas restringiram-se a ex-funcionários e ex-gestores da

prefeitura municipal de Ribeirão Preto/SP que participaram na implantação do projeto neste município.

Estas limitações do estudo, por um lado, dificultaram uma análise comparativa dos municípios selecionados, mas, por outro, evidenciou a fragilidade destes programas frente à instabilidade de uma gestão pública em vésperas de eleição e a dificuldade de adequação à legislação vigente após a publicação da PNPIC em 2006. Esta situação relacionada com a falta de financiamento, falta de apoio da gestão federal, políticas municipais não colocadas em práticas, falta de profissional qualificado, o desenvolvimento das ações centradas em um grupo ou um profissional apenas, o não comprometimento da gestão municipal (muitas vezes o programa não faz parte do plano orçamentário e das prioridades de governo) e a falta de motivação dos profissionais de saúde da APS para sua continuidade.

### **Entrevista semiestruturada com informantes-chaves**

A coleta de informações foi realizada por meio de entrevistas semiestruturada com informantes chaves. Segundo Minayo e Deslandes (2008), a entrevista semiestruturada é um roteiro com poucas questões que orienta a conversa com o entrevistado para a coleta de informações ao redor de tópicos de interesse do pesquisador. Desta forma, a entrevista foi conduzida por três questões centrais: *Fale de suas experiências com plantas medicinais na APS; Fale sobre os fatores facilitadores e dificultadores no desenvolvimento de ações/programas com plantas medicinais na APS e Quais as contribuições das plantas medicinais para APS?* Além disso, foi questionado se o profissional conhecia alguma pessoa ou iniciativa com plantas medicinais diferente da dela para indicar como IC.

Inicialmente, foram selecionados quatro profissionais de saúde atuantes em ações/programas com plantas medicinais, identificados em estudos publicados em revistas brasileiras indexadas (uma enfermeira, um farmacêutica, dois médicos) e selecionados por critério de atuação ou por participação nas ações de implantação local. Os profissionais foram convidados a participar da entrevista por meio de contato por email e entrevistados nos seus municípios de origem. Para a farmacêutica de Campinas/SP o roteiro de entrevista escrita foi encaminhado por email devido problemas locais.

O número de profissionais investigados foi definido ao longo do estudo. A escolha dos novos entrevistados justificou-se na medida em que surgiam novos fatos importantes para descrever e analisar. Esta

seleção deu-se por meio da técnica de seleção em “bola de neve” (*Snowball sampling*), em que os primeiros entrevistados indicaram outros, que por sua vez indicaram terceiros, e assim sucessivamente, até se atingir uma saturação teórica (WHO, 1994). Já a suspensão de inclusão de novos participantes foi definida quando os dados obtidos começaram a apresentar repetição de informações, sem acrescentar novas informações relevantes (FONTANELLA, RICAS, TURATO, 2008). Somaram-se, assim, 25 entrevistados (quadro 17).

Quadro 17- Perfil dos entrevistados nos municípios selecionados

Entrevistados - Profissionais de ações/programas com plantas medicinais na APS		
Município	Entrevistados	Perfil dos entrevistados
Campinas/SP	IC1	1 Farmacêutica
Ribeirão Preto/SP	IC2, IC3, IC4, IC5, IC6	2 Enfermeiras, 2 médicos, 1 Agrônomo
Florianópolis/SC	IC7, IC8, IC9, IC10, IC11, IC12, IC13, IC14, IC15, IC16	1 Agrônomo, 4 Farmacêuticas, 2 Médicos, 1 Ambientalista, 1 dentista, 1 enfermeiro
Presidente Castello Branco/SC	IC17, IC18, IC19, IC20, IC21, IC22, IC23, IC24, IC25	1 médico, 2 gestores, 6 professoras

Fonte: Pesquisa realizada de agosto de 2011 a dezembro de 2012.

Nos municípios de Ribeirão Preto-SP, Florianópolis-SC, Campinas-SP e Presidente Castello Branco-SC foram feitas visitas técnicas para conhecer as atividades desenvolvidas nestes municípios. Em Ribeirão Preto foi realizada a visita ao horto didático de uma universidade privada e uma farmácia-viva coordenada por uma instituição não governamental. Em Campinas a visita deteve-se a estrutura da farmácia de manipulação municipal. Em Presidente Castello Branco foi realizada visita no horto didático de uma escola municipal, no viveiro de plantas e hortaliças e na estrutura da unidade básica de saúde. Em Florianópolis foi acompanhado o curso de capacitação em plantas medicinais dos profissionais de saúde no período de jul/2012 a dez/2012.

As atividades desenvolvidas em Florianópolis foram registradas por meio de fotos, gravações e depoimentos que deram origem a um documentário de 10 minutos premiado no 12º Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade realizado em Belém do Pará no período de 30 de maio a 2 de junho de 2013 (DAMIAN et al., 2013).

As fotos coletadas nos demais campos de pesquisa foram apresentadas em uma mesa redonda no XIII Congresso Brasileiro e I Internacional de Biomedicina realizado em São Paulo, em 2012 (DAMIAN, 2012).

Além disso, foram coletados recortes de notícias, documentos administrativos, avaliações locais, artigos, correspondências eletrônicas, informações da internet de domínio público sobre as experiências relatadas pelos informantes-chaves de forma cuidadosa para evitar vieses de informação.

### **Análise dos dados**

A análise seguiu os passos de análise temática, constituída por três fases: 1) leituras flutuantes das entrevistas de modo a possibilitar um contato exaustivo com o material; 2) categorização das informações e agrupamento dos dados em tópicos; 3) inferências e interpretações sobre o tema investigado (MINAYO, DESLANDES, 2008), a partir do referencial teórico supramencionado.

### **Aspectos éticos da pesquisa**

Os depoimentos foram gravados, transcritos e categorizados por afinidade temática, a fim de aperfeiçoar a compreensão dos dados. Os IC entrevistados não foram identificados e todos assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, de acordo com o Comitê de Ética com seres humanos da Universidade Federal de Santa Catarina em 06/10/2011 (protocolo nº 2258/11).

### **Principais características das experiências selecionadas (mais detalhadamente descritos no Apêndice 1)**

**1 - Programa de Fitoterapia e Homeopatia de Ribeirão Preto/SP** - foi criado em 1992 e regulamentado pela Lei municipal 8778/2000 com o apoio da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, Conselho Municipal de Saúde e Associação pró-fitoterapia. O município dispõe de um horto Florestal, hortos didáticos em escolas e unidades básicas de saúde, um laboratório de manipulação e pesquisas sobre pomada de calêndula. A prescrição dos fitoterápicos é realizada mediante prescrição de um médico especialista (fitoterapeuta) no Ambulatório de Especialidades médicas. A fitoterapia na APS segue as normas do sistema de referência-contrarreferência do município, ou seja, os profissionais da APS encaminham os usuários ao médico

fitoterapeuta (RIBEIRÃO PRETO, 1993; 1994; 1996a; 1996b; 2000; PIRES; BORELLA; RAYA, 2003; PIRES, 2010; IC2-6).

**2 - Farmácia Botica da Família/Campinas/SP** - as ações com plantas medicinais em Campinas iniciaram em 1990 com a formação de um horto com sessenta plantas no Centro de Saúde Joaquim Egidio. A farmácia de manipulação de fitoterápicos foi institucionalizada pela Portaria nº 13 de novembro de 2001 e inaugurada em 2003. A Botica da Família manipula medicamentos fitoterápicos para 76 centros de saúde e 1 Hospital municipal, uma média de 8000 fórmulas/mês (NAGAI, 2005; BRASIL, 2008, NAGAI; QUEIRÓZ, 2011; CAMPINAS, 2011; IC1).

**3- Fitoterapia na Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis/SC.** Foi realizado em um Curso de capacitação em plantas medicinais para 52 profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, farmacêuticos e cirurgiões-dentistas) no período de jul/2012 a dez/2012 com carga-horária de 60 horas em parceria com o Horto Didático de Plantas Medicinais HU/UFSC, professores do Departamento de Saúde Pública, História, Medicina e Farmácia da UFSC, Assembleia Legislativa, Associação dos Funcionários da Fazenda Estadual de Santa Catarina e o Núcleo Telessaúde SC. O objetivo do curso foi discutir o uso popular e científico das plantas medicinais trabalhadas nas Oficinas com a comunidade (atividades tipo rodas de conversa e oficinas de sensibilização e reconhecimento de plantas medicinais realizadas nos centros de saúde municipais envolvendo equipes de Saúde da Família e seus usuários) facilitando o reconhecimento das potencialidades e sua aplicabilidade segura e adequada na prática clínica. Além disso, buscou articular saber popular e saber técnico-científico de plantas medicinais (DAMAS, 2005; CAVALAZZI, 2006; SANTOS; TESSER, 2011; SANTOS, 2012; FLORIANÓPOLIS, 2013; 2006; 2007; 2010a; 2010b; 2010c; 2011; IC7, IC15).

**4 - Hortos didáticos em escolas municipais de ensino fundamental em Presidente Castello Branco/SC.** As ações de fitoterapia fazem parte do “Projeto Escola Sustentável” realizado em toda a Rede Municipal e Estadual de Ensino do município de Presidente Castello Branco, pequena cidade do interior de SC. A farmácia-viva é desenvolvida na Escola Imígra, tem o objetivo de trabalhar história, localização geográfica, cuidado com o corpo; atividades relacionadas a alimentação saudável e orientação sobre cuidado com o meio ambiente. Estas ações são apoiadas pelos profissionais de saúde. O município dispõe de uma Comissão Intersetorial de Saúde e Comitê Interdisciplinar considerados espaços de negociação e gestão colegiada

(SARTORI, 2011; SARTORI, 2012; PRESIDENTE CASTELLO BRANCO, 2012a; 2012b; 2012C; IC17, IC20,21,22,23,24).

#### 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão são apresentados por meio de quatro artigos científicos, conforme prevê pelo regimento interno do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

O primeiro, “*Fitoterapia na Atenção Primária à Saúde: produção científica de 1988 a 2012*”, submetido à Revista Saúde Pública, **Qualis CAPES A1**, na área da Saúde Coletiva.

O segundo, “*Plantas medicinais na Atenção Primária à Saúde: formas de cuidado, saberes e contextos de uso*” submetido ao Caderno de Saúde Pública, **Qualis CAPES A1**, na área da Saúde Coletiva.

O terceiro “*A contribuição da fitoterapia para promoção e cuidado da saúde na Atenção Primária*”, publicado à Revista Interface (Botucatu), v. 17, jul/set, 2013, **Qualis CAPES B1**, na área da Saúde Coletiva.

O quarto “*Análise dos fatores facilitadores e dificultadores no desenvolvimento de ações/programas com plantas medicinais na Atenção Primária à Saúde brasileira*” submetido à Revista da Saúde e Sociedade, **Qualis CAPES B1**, na área da Saúde Coletiva.

Os quatro artigos seguem as normas de referencias das respectivas revistas e o restante da tese seguiu as normas da Biblioteca Universitária da Universidade Federal de Santa Catarina.



## ARTIGO 1 - FITOTERAPIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: PRODUÇÃO CIENTÍFICA DE 1988 A 2012

O primeiro, “*Fitoterapia na Atenção Primária à Saúde: produção científica de 1988 a 2012*”, submetido à Revista Saúde Pública, Qualis da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) **Saúde Coletiva A1**.



## Resumo

**INTRODUÇÃO:** A fitoterapia no âmbito dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) brasileira vem recebendo atenção dos profissionais de saúde, mas sua inserção é ainda relativamente pequena. A sistematização de programas/ações exitosas sobre essa inserção é relevante. O objetivo é mapear a produção científica de pesquisas sobre a inserção da fitoterapia no âmbito dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) no período 1988-2012.

**MÉTODOS:** Os artigos foram pesquisados em seis bancos de dados do *Scielo*, *Lilacs*, *PubMED*, *Scopus*, *Web of Science* e Portal de Teses Capes no período 1988-2012. Foram selecionadas experiências nacionais e internacionais que relatam sobre o uso de plantas medicinais no âmbito dos serviços de APS. Os artigos foram analisados conforme dados bibliométricos relativos à formação profissional, à titulação acadêmica, à área e local de atuação dos autores, bem como periódicos em que os artigos foram publicados e descritores mais utilizados.

**RESULTADOS:** Foram localizados 57 publicações sobre inserção da fitoterapia no âmbito dos serviços de APS no período 1988-2012. No ano de 2004 a 2006 verificou-se um aumento considerável de publicações de artigo em relação às teses acadêmicas, com participação de diferentes pesquisadores de área diversas reforçando o caráter interdisciplinar da fitoterapia.

**CONCLUSÕES:** O aprofundamento da temática contribuirá para a produção de conhecimento em uma área ainda pouco desenvolvida, com poucos pesquisadores no Brasil e na Saúde Coletiva.

**Palavras-Chave:** Atenção Primária à Saúde; plantas medicinais; fitoterapia.

## Abstract

**INTRODUCTION:** Phytotherapy in the context of services in primary health care (PHC) brazilian has been receiving attention health professionals, but their integration is still relatively small. The systematization of programs / actions on this successful integration is relevant. The article is to present the scientific research on the integration of herbal medicine in the services of Primary Health Care (PHC) in the period 1988-2012.

**METHODS:** Articles were searched in six databases SciELO, Lilacs, PubMed, Scopus, Web of Science and Theses Portal Capes in the period 1988-2012. We selected national experiences and international reporting on the use of medicinal plants within PHC services. The articles were analyzed according to bibliometric data relating to: training, academic degrees, area and site of action of the authors, and journals in which the articles were published and most widely used descriptors.

**RESULTS:** We found 57 publications about insertion of herbal medicine in the context of primary care services in the period 1988-2012. In the years 2004-2006 there was a considerable increase in articles publications regarding academic theses, with the participation of researchers from different area several reinforcing the interdisciplinary character of phytotherapy.

**CONCLUSIONS:** The deepening of the theme will to the production of knowledge in an area still undeveloped, with few researchers in Brazil and Health.

**Keywords:** Primary Health Care; medicinal plants phytotherapy.

## **Introdução**

A trajetória da fitoterapia no âmbito dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), no Brasil, teve início nos anos 1988 após a descentralização, incentivo da participação popular e crescimento da autonomia municipal. A publicação da Portaria n<sup>o</sup>. 971, de 03 de maio de 2006 e o Decreto 5813, de 22 de junho de 2006, que regulamentam a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) e a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF), a Resolução RDC n<sup>o</sup> 10, de 10 março de 2010 e a Portaria n<sup>o</sup> 886, de 20 de abril de 2010, foram marcos decisivos para a inserção do uso de plantas medicinais e fitoterápicos no SUS.

Anteriormente a política e depois estimulados por elas, alguns estados e municípios institucionalizaram ações/programas com plantas medicinais na APS. A inserção da fitoterapia se dá a partir de motivações diversas: aumentar os recursos terapêuticos, resgatar saberes populares, preservar a biodiversidade, fomentar a educação ambiental, popular, permanente, a agroecologia e o desenvolvimento social. Todavia, até o momento não foram feitas revisões sobre estudos que registram e analisam essas experiências, estando este tema e suas implicações para o campo da Saúde Coletiva, relativamente, pouco tematizado.

Neste contexto, o objetivo deste estudo foi mapear a produção acadêmica de pesquisas nacionais sobre a inserção da fitoterapia no âmbito dos serviços na APS no período 1988-2012, além de identificar suas formas de trabalho com plantas medicinais e como a fitoterapia está inserida na APS no Brasil.

## **Método**

Este estudo é uma análise bibliométrica e descritiva utilizamos seis bases de dados: *Scielo*, *Lilacs*, *PubMED*, *Scopus*, *Web of Science* e Portal de Teses Capes de 1988 a 2012. A estratégia de busca foi realizada pela combinação de descritores e/ou palavras-chaves: "Herbal" AND "Primary Health Care"; "Plant Preparations" AND "Primary Health Care"; phytotherapy and "Primary Health Care"; "Phytotherapeutic Drugs" AND "Primary Health Care"; "Herbal" AND "family health"; phytotherapy AND "Family Health"; "Plant Preparations" AND "Family Health"; "Complementary Therapies" AND phytotherapy AND "Primary Health Care"; "Complementary Therapies" AND phytotherapy AND "Family Health"; "Herbal" AND "Single Health System"; phytotherapy AND "Single Health System". A seleção das publicações foi feita a partir de critérios de inclusão e de exclusão. Desta forma, selecionaram-se publicações científicas e acadêmicas que relataram sobre a inserção da fitoterapia na APS no contexto nacional. Publicações com outros métodos de pesquisa foram excluídos (por exemplo, revisões, resenhas, editoriais, opinião, debates).<sup>15,18</sup>

A bibliometria vem sendo utilizada como metodologia para a obtenção de indicadores de avaliação da produção científica<sup>15</sup>. Os estudos bibliométricos visam desenvolver indicadores e identificar características temáticas da literatura. São sustentados pela necessidade de conhecer, avaliar a produtividade e a qualidade da pesquisa permitindo a identificação de padrões de comportamento das produções científicas, ajudando a entender como o conhecimento científico é difundido e incorporado entre os atores e seus pares<sup>1</sup>.

O estudo não teve como objetivo de aprofundamento teórico; sua função foi basicamente o reconhecimento do panorama do tema no corpo de conhecimento da literatura.

## **Variáveis**

Foi construída uma planilha com as seguintes informações extraídas dos artigos: (1) enfoque das publicações, (2) formação, titulação e área de atuação dos autores, (3) título, tipo e ano do

periódico, (4) local de publicação e instituições, (5) área de concentração da publicação, (6) descritores.

## **Resultados**

Foram identificados 511 artigos a partir dos descritores selecionados e, com a utilização dos critérios de exclusão, foram eliminados 454 publicações. Desse modo, a amostra do estudo contou com 57 publicações para análise (quadro 1). A análise bibliométrica permitiu reconhecer o estado da arte de experiências sobre uso de plantas medicinais na APS no período de 1988 a 2012.

### Enfoque das publicações

Quanto ao enfoque dos artigos e teses nacionais encontrados, vinte e dois programas de municípios brasileiros (Fortaleza/CE, Quatro Varas/CE, Pereiro/CE, Macapá/AP, Itapipoca/CE, Distrito Federal/DF, Cuiabá/MTS, Ribeirão Preto/SP, Maracanaú/CE, Vitória/ES, Rio de Janeiro/RJ, Londrina/PR, Curitiba/PR, Maringá/PR, Campinas/SP, Amapá/AP, Betim/MG, Juiz de Fora/MG, Bahia/BA, São Paulo/SP, Vitória/ES (1) e dezoito ações (Florianópolis/SC (3), Itajaí/SC (1), Presidente Castelo Branco/SC (1), Vila Velha/ES (1), Pindamonhangaba/SP (2), Recife/PB (1), Cascavel/PR (1), Governador Valadares/MG (1), Porto Alegre/RS (2), Natal/RN (1), Tereza/ES (1), Marilândia/ES (1), Rio Grande do Norte/RN (1), Teutônio/RS (1) (quadro 1). Foram considerados programas os casos em que envolviam atividades continuadas e institucionalizadas nos municípios; foram consideradas o uso de plantas medicinais por profissionais de saúde como recurso terapêutico e/ou ações educativas, interdisciplinares e intersetoriais na APS.

Às publicações internacionais, as plantas medicinais são consideradas o principal recurso terapêutico nos sistemas médicos locais dos povos africanos e de vários países latino-americanos<sup>2,5,8,9,10</sup>. No Chile, Colômbia, Equador, Guatemala e Suriname há iniciativas interculturais que visam à incorporação das práticas familiares, populares e tradicionais às biomédicas no âmbito dos sistemas público de saúde em áreas indígenas<sup>6,12</sup>. Há também incentivos ao uso de medicamentos fitoterápicos na APS, como em Cuba e na Argentina, que desenvolveram guias para a prescrição destes medicamentos<sup>14</sup>. Porém, em âmbito geral, da mesma forma que no Brasil, verifica-se nesses países uma marginalização das práticas locais nos serviços de saúde, embora elas promovam ativa participação comunitária<sup>13</sup> (quadro 1).

Título, periódico e ano

Quanto à natureza da publicação dos estudos, identificaram-se: 51 publicações nacionais e 6 internacionais (quadro 1).

<u>1º autor</u>	<u>Ano</u>	<u>Revista/Instituição</u>	<u>Título</u>	<u>Tipo</u>
Barbosa	1990	Universidade Federal do Rio de Janeiro	A fitoterapia como prática de saúde: o caso do Hospital de Terapia Ayurvedica de Goiânia	Nacional
Araújo	2000	Interface	Bactris e quebras-pedras	Nacional
Wayland	2001	Medical Anthropology Quarterly	Gendering Local Knowledge: Medicinal Plant Use and Primary Health Care in the Amazon	Internacional
Alvim	2001	Esc. Anna Nery	A aplicabilidade das plantas medicinais por enfermeiras no espaço do cuidado institucional	Nacional
Negreiro	2002	Universidade Federal do Ceará	Uso do medicamento fitoterápico na Atenção primária do município de Pereiro – Ceará	Nacional
Ogava	2003	Rev. Bras.de Farmacognosia	Implantação do programa de fitoterapia "Verde Vida" na secretaria de saúde de Maringá (2000-2003)	Nacional
Teixeira	2003	Universidade Estadual do Rio de Janeiro	Memória institucional da fitoterapia em Juiz de Fora	Nacional
Negrelle	2004	Rev. Bras. Pl. Med., Botucatu	Estudo etnobotânico junto à Unidade Saúde da Família Nossa Senhora dos Navegantes: subsídios para o estabelecimento de programa de fitoterápicos na Rede Básica de Saúde do Município de Cascavel (Paraná)	Nacional

Graça	2004	Saúde para debate	Treze anos de Fitoterapia em Curitiba	Nacional
Reis	2004	Saúde para Debate	Experiência na implantação do Programa de Fitoterapia do Município do Rio de Janeiro	Nacional
Moretti-Pires	2004	Saúde para Debate	Práticas alternativas de saúde na atenção básica na rede SUS - Ribeirão Preto/SP	Nacional
Sacramento	2004	Saúde para Debate	O programa de fitoterapia do município de Vitória (ES)	Nacional
Carneiro	2004	Saúde para Debate	Da planta ao medicamento: experiência da utilização da fitoterapia na Atenção Primária à Saúde no município de Itapipoca/CE	Nacional
Michiles	2004	Rev. Bras. de Farmacognosia	E. Diagnóstico situacional dos serviços de fitoterapia no Estado do Rio de Janeiro.	Nacional
Nelson	2004	Rev. Cub. Me. Gen. Integr	Guía práctica para La prescripción fitoterapéutica em La atención primaria de salud	Internacional
Tomazzoni	2004	Universidade Federal do Paraná	Subsídio para introdução do uso de fitoterápicos na rede básica de saúde do município de Cascavel/PR	Nacional
Damas	2005	Universidade Federal de Santa Catarina	A fitoterapia com estratégia terapêutica na comunidade do Saco Grande II, Florianópolis/SC	Nacional
Leite	2005	Saúde para debate	Fitoterapia no Serviço de Saúde: significados para	Nacional

---

			clientes e profissionais de saúde	
Bieski	2005	Universidade federal de lavras	Plantas medicinais e aromáticas no sistema único de saúde da região sul de Cuiabá/MT	Nacional
Nagai	2005	Universidade Estadual de Campinas	Terapia Complementares e alternativas no processo de cuidar: análise das representações sociais dos profissionais da rede pública do município de Campinas	Nacional
Junior	2005	Universidade Federal de Rio Grande do Norte	Perspectiva dos cirurgiões-dentistas sobre a inserção da fitoterapia na Atenção Básica de saúde	Nacional
Cavalazzi	2006	Universidade Federal de Santa Catarina	Plantas medicinais na Atenção Primária à saúde	Nacional
Diniz	2006	Saúde para Debate	Programa Municipal de Fitoterapia no município de Londrina, Paraná (PR)	Nacional
Silva	2006	Rev. bras. farmacogn.	Utilização de fitoterápicos nas unidades básicas de atenção à saúde da família no município de Maracanaú (CE)	Nacional
Matos	2006	Rev.ciências agroveterinárias	O projeto Farmácias-Vivas e a fitoterapia no nordeste do Brasil	Nacional
Guimarães	2006	Saúde para debate	Programa fitoterápico Farmácia Viva no SUS-Betim-Minas Gerais	Nacional
Oliveira	2006	Rev. Bras.de Plantas Mediciniais	Fitoterapia no sistema de saúde público (SUS) no estado de São Paulo, Brasil.	Nacional

---

---

Tomazzoni	2006	Texto & Contexto enferm.	Fitoterapia popular: a busca instrumental enquanto prática terapêutica	Nacional
Lans	2006	J. of Ethnob. and Ethnomedicine	Ethnomedicines used in Trinidad and Tobago for urinary problems and diabetes mellitus	Internacional
Pontes	2006	Comun Ciênc Saúde	O uso da fitoterapia no cuidado de crianças atendidas em um centro de saúde do Distrito Federal	Nacional
Sena	2007	Revista Gaúcha de Enfermagem	Política Intersetorial de Plantas Medicinais do Estado do Rio Grande do Sul.	Nacional
Mignome	2007	J. Ethnob. and Ethnomedicine	Best practices in intercultural health: five case studies in Latin America.	Internacional
França	2007	Odontologia. Clín.-Científ	Terapêutica com plantas medicinais nas doenças bucais: a percepção dos profissionais no programa de saúde da família do Recife	Nacional
Silveira	2007	Universidade Federal do Ceará	Perfil de utilização e monitoramento de reações adversas à fitoterápicos do Programa de Farmácia Viva em uma unidade básica de saúde de Fortaleza	Nacional

---

---

Schwambach	2007	Universidade Federal de Rio Grande do Sul	Utilização de plantas medicinais e medicamentos no autocuidado no município de Teutônia/RS	Nacional
Barreto	2008	Rev. Bras. de Saúde da Família	Terapia Comunitária se torna ferramenta essencial para tratamento de pequenos conflitos	Nacional
Monteiro	2008	Rev. Bras. Saúde da Família	Amapá conta com centro de referência para toda a região Norte.	Nacional
Ribeiro	2008	Rev. Bras. da Saúde da Família	Terapias integrativas fazendo história em Campinas	Nacional
Guizardi	2008	Interface (Botucatu)	Novas práticas sociais na constituição do direito à saúde: a experiência de um movimento fitoterápico comunitário.	Nacional
Santos M.A	2008	Universidade Estácio de Sá	Estratégia de Saúde da Família e Fitoterapia: Avanços, desafios e perspectivas	Nacional
Brasileiro	2008	Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas	Plantas medicinais utilizadas pela população atendida no “Programa de Saúde da Família”, Governador Valadares, MG, Brasil	Nacional
Bruning	2009	Rio de Janeiro	A utilização da fitoterapia e de plantas medicinais em unidades básicas de saúde nos municípios de Cascavel e Foz do Iguaçu - Paraná: a visão dos profissionais de saúde	Nacional

---

---

Dutra	2009	Centro Universitário de Anápolis	Plantas medicinais, fitoterápicos e saúde pública: Um diagnóstico situacional em Anápolis, Goiás	Nacional
Ricardo	2009	Fiocruz	Uso de plantas medicinais: o SUS e a autonomia dos saberes comuns	Nacional
Bastos	2010	Rev. Bras. de Ciências da Saúde	A Fitoterapia na Rede Básica de Saúde: o Olhar da Enfermagem	
Bussmann	2010	J. Ethnob. and Ethnomedicine	Medicinal plants used in Northern Peru for reproductive problems and female health	Internacional
Nagai	2011	Ciênc. saúde coletiva	Medicina complementar e alternativa na rede básica de serviços de saúde: uma aproximação qualitativa	Nacional
Badke	2011	Esc. Anna Nery	Plantas medicinais: o saber sustentado na prática do cotidiano popular	Nacional
Rosa	2011	Ciência &Saúde Coletiva	Representações e intenção de uso da fitoterapia na atenção básica à saúde	Nacional
Thiago	2011	Revista Saúde Pública	Percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre terapias complementares	Nacional
Santos R.	2011	Rev. Bras. Pl. Med. Botucatu	Análise sobre a fitoterapia como prática integrativa no Sistema Único de Saúde	Nacional

---

López	2011	Rev. fitoterapia	Hábitos de consumo de plantas medicinales en un centro de salud de Barcelona	Internacional
Kamatenesi	2011	J. of Ethnob. and Ethnomedicine	Medicinal plants of Otwal and Ngai Sub Counties in Oyam District, Northern Uganda	Internacional
Rodrigues	2012	Caderno de Atenção Básica	As plantas medicinais e fitoterapia no contexto da atenção básica/Estratégia da saúde da família	Nacional
Slomp	2012	Caderno de Atenção Básica	A prescrição fitoterápica na atenção básica à saúde da família.	Nacional
Santos M.	2012	Universidade Federal de Santa Catarina	Práticas Integrativas e complementares na Atenção Primária à saúde de Florianópolis/SC	Nacional
Sartori	2012	Sau. & Transf. Soc.	Município de Presidente Castello Branco (SC): um novo olhar para gestão pública através do trabalho intersetorial em Rede	Nacional

Quadro 1 - Publicações incluídas na análise bibliométrica no período de 1988 a 2012.

O gráfico 1 mostra distribuição das publicações por ano conforme os tipos de publicações encontradas na coleta de dados no período 1988-2012.

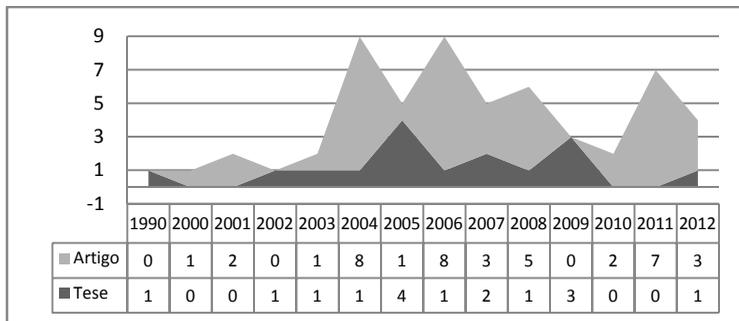


Gráfico 1- Natureza e distribuição por ano das publicações dos estudos selecionados no período de 1988 a 2012.

As publicações do período entre 1988 a 1990 não apresentavam seus respectivos textos completos acessíveis na *internet* e disponibilizados no acervo impresso de bibliotecas universitárias de instituições públicas federais ou estaduais do país por meio do serviço de comutação bibliográfica, sendo estes, excluídos da análise. Verificou-se crescimento das publicações a partir de 1990. No ano de 2004 a 2008, surgiu um aumento considerável de publicações em forma de artigos. Este fato pode estar relacionado à publicação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, assim como a Política Nacional de Plantas Medicinais, em 2006, que configuraram como um marco decisivo para o desenvolvimento de práticas integrativas em saúde na APS. Embora pequena, houve expansão da produção científica sobre fitoterapia nos serviços de APS, nos últimos anos, motivada pela institucionalização dessa prática, por meio das PNPIC e PNPM e seus desdobramentos em legislações sanitárias específicas<sup>4</sup>. Nos anos de 2008 e 2010, houve uma diminuição de artigos que aumentaram logo após (gráfico 1).

#### Formação, titulação e área de atuação dos primeiros autores

Quanto à formação, titulação acadêmica e área de atuação profissional dos autores, identificaram-se pesquisadores de áreas do conhecimento, titulações, instituições de ensino e serviços de assistência à saúde diferentes distribuído em diferentes regiões do Brasil. Houve autores que se identificaram como atuantes em cargos técnico-administrativos de instituições de assistência à saúde ou de pesquisa. A falta de informação nos artigos, a inclusão de dados completos ou abreviações (padronizações de citação) ou indisponibilidade de currículo Lattes de alguns dos autores expressam um fator limitador desta

bibliometria em relação aos dados referentes à profissão e à titulação acadêmica.

Identificaram-se pesquisadores de diferentes áreas do conhecimento. Dos autores com formação na área da saúde destacaram-se farmacêuticos, seguidos dos enfermeiros e dos médicos. Também foram identificados autores com outra área de formação: engenheiro agrônomo, cientista político, antropólogo, químico. A Tabela 1 mostra a distribuição dos autores conforme a formação profissional.

Tabela 1- Formação profissional dos autores dos artigos e teses publicados no período 1988-2012

Profissão	N	%
Farmacêutico	25	19%
Enfermeiro	21	16%
Médico	10	8%
Odontólogo	7	3%
Engenheiro agrônomo, psicólogo	3	2%
Antropólogo social, químico	2	1,5%
Biólogo, cientista político, fisioterapeuta, assistente social, advogado, psiquiatra	1	0,7%
Não foi identificada formação	62	49,8%
<b>Total de pesquisadores</b>	<b>131</b>	<b>100%</b>

Entre os pesquisadores que se declaram Coordenadores de Programa de Fitoterapia nos serviços de assistência à saúde no âmbito municipal destacam-se as profissões de Farmacêutico, Médico e Enfermeiro.

Quanto aos resultados sobre a titulação dos autores dos artigos 5% são alunos de graduação (7), 11% alunos de especialização, 28% mestres (36) e 23% doutores (43), evidenciando-se, de certa forma, a vinculação da produção acadêmica aos cursos de pós-graduação *strictu sensu* e iniciação científica. Destes 42% dos autores pertencem a programas de pós-graduação na área de saúde.

Sobre a área de atuação dos autores, verificou-se que, embora haja maior concentração de docentes (71%) no desenvolvimento de estudos e publicações sobre experiências empíricas da Fitoterapia no SUS, chamou à atenção a participação de servidores públicos (25%) de serviços de saúde vinculados ou não às instituições de ensino e pesquisa. Destacamos autores que se identificaram como atuantes em cargos

técnico-administrativos e não se obteve informação sobre a área de atuação de 33% dos autores. A indisponibilidade de dados sobre a formação dos autores nos artigos ou a não existência de currículo *Lattes* de muitos dos autores, expressou outra limitação desta bibliometria. Por outro lado, isso evidencia a importância de inclusão de dados completos e padronizados em todos os periódicos disponibilizados em base de dados, de modo a facilitar o desenvolvimento deste modelo de investigação.

#### Local de publicação e instituições

Os autores dos artigos e teses selecionados representaram instituições educacionais públicas e privadas, instituições assistenciais de saúde e de pesquisa e secretarias municipais e estaduais de saúde (gráfico 2). Entre as instituições de ensino, observou-se predomínio de pesquisas realizadas em universidades públicas com maior número na região Sudeste (30%), Centro-Oeste (25%) e Nordeste (24%). Houve artigos oriundos de mais de uma instituição, especialmente aqueles elaborados por autores vinculados a cursos de pós-graduação, e também artigos publicados entre instituição de ensino-pesquisa e serviço de saúde. A maioria dos artigos foi elaborada por pesquisadores de instituições de ensino e pesquisa, embora uma parcela importante tenha sido elaborada por pesquisadores com vínculos em instituições assistenciais.

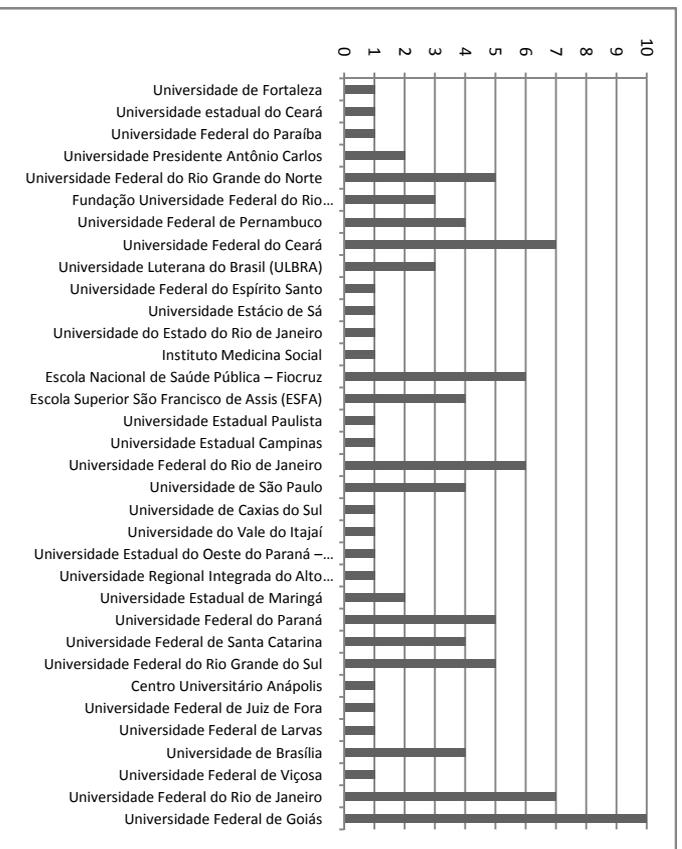


Gráfico 2 - Instituições identificadas nos artigos publicados no período de 1988-2012.

Entre as instituições assistenciais representadas neste estudo, as prefeituras municipais e secretarias municipais e estaduais de saúde têm relevância na participação da produção científica.

A maioria das instituições de pesquisa está localizada nas regiões nordeste, sul e sudeste, respectivamente. Esses resultados dão respaldo para o reconhecimento do desenvolvimento de pesquisas voltadas à formação de recursos humanos na área.

#### Área de concentração da publicação

Quanto aos periódicos em que os artigos foram publicados pode-se verificar uma distribuição maior na revista *Divulgação em saúde para debate* (20%), na *Revista Brasileira de Farmacognosia* (10%) e *Revista de enfermagem UERJ* (Esc. Anna Nery R. Enferm) (10%).

Constatou-se predominância de estudos publicados em periódicos na área de avaliação da Capes da Saúde Coletiva (56%) e Farmácia

(23%) com classificação Qualis Capes B3 (43%). A tabela 2 mostra a distribuição dos periódicos pela classificação Qualis Capes.

### Descritores

Tendo em vista a estratégia de busca dos artigos na base de dados *Scielo, Lilacs, PubMed, Scopus e Web of Science* a partir de descritores do DeCS/MeSHs, relacionados à fitoterapia na APS, os quais constituíram um dos principais critérios de inclusão neste estudo bibliométrico, optou-se por analisar também a frequência dos descritores na amostra de artigos selecionada. Assim, nos 57 artigos e teses foram identificados 135 descritores. Destes, verificou-se a predominância dos seguintes: *Herbal [MeSH Terms]AND Primary Health Care [MeSH Terms]*, *Herbal [MeSH Terms] AND Family Health [MeSH Terms]* e *Herbal [MeSH Terms]AND Health Care [MeSH Terms]*.

Tabela 2 – Periódicos Capes identificadas nos artigos no período de 1988-2012.

Área de avaliação	Qualis	INSS	Periódicos	N	T
Saúde coletiva	B3	0103-4383	Divulgação em saúde para debate	6	19
	B5	1516-7356	Saúde em revista	2	
	B3	1807-8648	Acta Scientiarum Health Science	1	
	C	0009-6725	Ciência e Cultura	1	
	B1	1678-4561	Ciências e Saúde Coletiva	1	
	C	1809-6808	Comunicação e Saúde	1	
	B1	1807-5762	Interface	1	
	B3	0103-1104	Saúde em Debate	1	
		Revista Brasileira de Saúde da Família	4		
		Medicina Familiar y Comunitária	1		
Farmácia	B3	0102-695X	Revista Brasileira de Farmacognosia	3	8

	B3	1516-0572	Revista Brasileira de Plantas medicinais	2
	B5	0101-3793	Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas	1
	A2	1060-0280	The Annals of Pharmacotherapy <i>Natureza on line</i>	1 1
Enfermagem	B1	0104-3552	Revista de enfermagem da UERJ	4 3
	B1	0102-6933	Revista Gaúcha de Enfermagem	1
Ciências agrárias	B4	1676-9732	Revista de Ciências Agroveterinárias (Udesc)	1 1
Odontologia	B4	1677-6666	Odontologia Clínico Científica	1 1
			Medical Anthropology Quarterly	1
Total				3 4

### Fitoterapia na APS brasileira: análise da produção científica brasileira

Ainda que o presente artigo não tenha considerado uma exploração exaustiva do conjunto de indicadores bibliométrico disponíveis para estudos desta natureza, pode ser considerado como uma primeira aproximação à produção científica na área. Nesta perspectiva, a análise do universo de trabalhos identificados nas seis bases de dados, para os últimos 20 anos, permitiu mapear a evolução temporal da atividade científica e caracterizar o conjunto ações/programas com a fitoterapia desenvolvidos na área temática da APS. Segundo o Ministério da Saúde estimam-se em 350 os municípios que oferecem fitoterapia na APS. Por outro lado identificamos 24 publicações descrevendo ou analisando experiências institucionalizadas nos serviços, além de 33 relatos de ações isoladas.

Devido ao pequeno número absoluto de publicações, é difícil discutir sobre a existência de tendências, sazonalidade e significância na

produção sobre o tema. Todavia, parece haver uma tendência geral de aumento da produção científica sobre fitoterapia nos serviços de APS.

Chama a atenção que no país com a maior biodiversidade do mundo, com extensão territorial continental, com grande riqueza cultural e de conhecimentos sobre plantas medicinais<sup>3</sup> oriunda das três matrizes étnicas formadores da população brasileira (indígena, africana e europeia)<sup>17</sup> a APS e o SUS tenham, ao final da primeira década do século XXI, tão poucas experiências registradas de ações com plantas medicinais disponíveis na literatura científica.

Em relação à escassa literatura, que analisa ações com plantas medicinais no âmbito dos serviços de APS frente o potencial deste recurso para a promoção e cuidado em saúde, levantou-se algumas hipóteses gerais a respeito. A primeira e provável é que, para além de haver subregistro das ações, é provável que tenha havido pouco interesse acadêmico no estudo do tema, fazendo com que a literatura seja relativamente pobre em relação à quantidade e diversidade maiores de experiências com plantas medicinais na APS<sup>10</sup>. Isso pode também estar alinhado com o pouco apoio e ou ênfase governamentais e das instituições científicas de fomento à pesquisa dados ao tema do uso de fitoterapia nos serviços de APS. Frente ao grande potencial desse uso e de produção de conhecimento e tecnologia<sup>18</sup> relacionados, pode-se considerar haver um “desperdício” nos serviços da APS, em expansão via Estratégia da Saúde da Família (APS).

Outra hipótese é que o tema das plantas medicinais tem sido subvalorizado no Brasil devido ao predomínio amplo de um estilo de pensamento<sup>7</sup> ou paradigma<sup>11</sup> que vê o cuidado como centrado na quimioterapia, em que um único princípio ativo purificado e seu mecanismo de ação (modelo molecular e do sítio receptor) são os protótipos de entendimento e de ação na terapêutica. Isso faz com que o uso das plantas medicinais pareça um resquício de tempos subdesenvolvidos, primitivos e arcaicos de cuidado, e não como um futuro possível de tecnologias novas sustentáveis (e paradoxalmente antigas), aberto a modelos mais complexos de entendimento da ação das plantas sobre o ser humano<sup>21</sup>. Um futuro em que o Brasil poderia ser pioneiro, pois mesmo a partir do paradigma instituído, no isolamento de princípios ativos, este é dirigido com mais eficiência a partir de usos tradicionais das plantas, fazendo do pioneirismo potencial do Brasil (por ora apenas potencial) nesse campo um fato incontestável.<sup>3,20, 21</sup>

Pode-se sugerir, ainda, como hipótese para a escassez de literatura, a ausência de integração de diferentes áreas de conhecimento

(química, bioquímica, farmacologia, botânica, tecnologia farmacêutica, etc.) necessária para obter um resultado efetivo na pesquisa e desenvolvimento de novos fitoterápicos<sup>20,21,22</sup>. Além disso, o fato da maioria dos periódicos que publicaram sobre o tema ser de menor qualificação (Qualis) para Saúde Coletiva pode indicar uma relativa desvalorização do tema ou despriorização nas linhas editoriais pelas revistas de saúde coletiva de maior impacto. Os relatos de experiência sobre práticas integrativas e complementares, entre elas a fitoterapia, seguindo tendência geral das ciências<sup>19</sup>, podem estar sendo subvalorizados nos periódicos científicos da área.

### **Considerações finais**

O estudo aponta a escassez de produção científica frente à relevância científica, social e prática do desenvolvimento de pesquisas na área da Saúde Coletiva sobre a implantação e valorização da Fitoterapia na Atenção Primária à Saúde no Brasil. Do ponto de vista acadêmico, o aprofundamento da temática pode contribuir para a produção de conhecimento em uma área ainda pouco desenvolvida, com poucos pesquisadores no Brasil e na Saúde Coletiva. A relevância prática está ligada a necessidade de ampliar a visão de gestores e profissionais da saúde para a importância do tema com implicações em práticas participativas, interdisciplinares e intersetoriais de forma comprometida com o cuidado qualificado e culturalmente adequado na APS.

Quanto às perspectivas de pesquisa, o crescimento da produção científica no período 1980-2012 mostra interesse crescente, embora pequeno, sobre a temática da Fitoterapia no SUS nas áreas de concentração da Saúde Coletiva e da Farmácia.

O uso dos recursos disponíveis na base de dados da Lilacs, Scielo e portal de teses da Capes se mostrou fértil para a realização do estudo em curto espaço de tempo, além de propiciar a possibilidade de estudos posteriores com análise de outros indicadores, tendo em vista o intenso uso de tecnologias eletrônicas de informações. Há a necessidade de que o título do artigo na área de saúde seja claro, objetivo e preciso, constando nele termos que possam servir como palavras-chave significativas, de modo a facilitar o processo de indexação das publicações. A literatura mapeada, ainda que não esgote o universo empírico focado, permite análises, em outro momento, das características, motivações, dificuldades, fortalezas e potencialidades do uso de plantas medicinais e fitoterápicos na APS brasileira.

## Referências

1. Araújo CA. Bibliometria: evolução histórica e questões atuais. *Em Questão*; 2006; 2(1):11-32. Disponível em: <http://revistas.univerciencia.org/index.php/revistaemquestao/article/viewFile/3707/3495>
2. Amira C.O., Okubadejo N. Frequency of complementary and alternative medicine utilization in hypertensive patients attending an urban tertiary care centre in Nigeria. *BMC*; 2007; 7:30. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6882/7/30>.
3. Barreiro E. Bolzani V. da S. Biodiversidade: fonte potencial para a descoberta de fármacos. *Quim. Nova*; 2009; 32(3):679-688. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-40422009000300012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-40422009000300012).
4. Brasil. Portaria MS/GM nº. 971, de 03 de maio de 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PNPIC.pdf>.
5. Bussmann R. W., Glenn A. Medicinal plants used in Northern Peru for reproductive problems and female health. *J. Ethnobot. and Ethnomedicine*; 2010; 6(30):2-12. Disponível em: <http://www.ethnobiomed.com/content/6/1/30>.
6. Buchillet D. (Org.). Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia. Belém: MPEG/CNPq/SCT/PR/CEJUP/UEP; 1991.
7. Fleck L. La génesis y el desarrollo de un hecho científico. Alianza Editorial- Madrid; 1986.
8. Lans CA. Ethnomedicines used in Trinidad and Tobago for urinary problems and diabetes mellitus. *J. of Ethnobot. and Ethnomedicine*. 2006;2(45):1-11; 2006.
9. Kamatenesi M., Acipa A., Origa, HO. Medicinal plants of Otwal and Ngai Sub Counties in Oyam District, Northern Uganda. *J. of Ethnobot. and Ethnomedicine*; 2011;7(7):2-14. Disponível em: <http://www.ethnobiomed.com/content/pdf/1746-4269-7-7.pdf>.
10. Klein T., Longhini R., Bruschi ML. Fitoterápicos: um mercado promissor. *Rev Ciênc Farm Básica Apl.*; 2009; 30(3):241-248. Disponível em: [http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien\\_Farm/article/viewFile/713/888](http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/viewFile/713/888).
11. Kuhn, T. The Structure of scientific revolutions Chicago. 2. ed. Chicago University Press; 1972.
12. Moulin N, Jucá L. Parindo um mundo novo: Janete Capiberibe e as parteiras do Amapá. São Paulo: Cortez; 2002.

- 13.Mignone J. et al. Best practices in intercultural health: five case studies in Latin America. *J. Ethnobiology and Ethnomedicine*; 2007;3(31). Disponível em: <http://www.ethnobiomed.com/content/3/1/31/>.
- 14.Nelson LM.; Guadalupe, BA., Antonio, AA. Guía práctica para La prescripción fitoterapéutica en La atención primaria de salud. *Rev. Cub. Me. Gen. Integr.*; 2004; 20(2).
- 15.Pérez-Andrés C. et al. Estudio bibliométrico de los artículos originales de la *Revista Española de Salud Pública* (1991-2000). Parte primera: indicadores generales. *Rev Esp Salud Pública*; 2002; 76:659-72.
- 16.Pardo C. et al. Nursing research in Spain: bibliometrics of references of research papers in the decade 1985-1994. *J Adv Nurs* 2001;35:933-43.
- 17.Ribeiro D. O povo brasileiro: a formação e o sentido do Brasil. São Paulo: Companhia das Letras; 1995.
- 18.Santos BS de. A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência. 7.ed. São Paulo:Cortez; 2000.
- 19.Vanti, Nadia Aurora Peres. Da bibliometria à webometria: uma exploração conceitual dos mecanismos utilizados para medir o registro da informação e a difusão do conhecimento. *Ci. Inf.*; 2002; 31(2):152-162.
- 20.Viegas C. Jr; Bolzani V. da S. Barreiro, EJ. Os produtos naturais e a química moderna. *Quim. Nova*; 2006; 29(2):326-337.
- 21.Veiga VJ, Mello JC. As monografias sobre plantas medicinais. *Rev. Bras. Farma*; 2008; 18(3):464-471.
- 22.Villas boas, Glauco de Kruse, Gadelha, Carlos Augusto Grabois. Oportunidades na indústria de medicamentos e a lógica do desenvolvimento local baseado nos biomas brasileiros: bases para a discussão de uma política nacional. *Cad. Saúde Pública*; 2007; 23(6):1463-1471.



## ARTIGO 2 - PLANTAS MEDICINAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: FORMAS DE CUIDADO, SABERES E CONTEXTOS DE USO

O segundo, “*Plantas medicinais na atenção primária à saúde: formas de cuidado, saberes e contextos de uso*” submetido ao Caderno de Saúde Pública, **Qualis CAPES A1**, na área da Saúde Coletiva.



## **Resumo**

O objetivo deste estudo foi elaborar um ensaio teórico-conceitual sobre os conhecimentos, contextos e formas de usos de plantas medicinais no âmbito dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), pautado nas ideias de Boaventura Santos sobre a defesa de uma "ecologia de saberes". Propõe-se uma distinção entre diferentes contextos, formas de cuidado e saberes associados às plantas medicinais: a) uso biomédico, b) uso por outras racionalidades médicas, c) uso popular, d) uso tradicional; e) uso familiar. Argumenta-se pela distinção desses usos na comunidade e na APS para além da dicotomia popular  $\times$  científico. A valorização das diversas formas de uso e saberes sobre plantas medicinais é fundamental para a construção de um "equilíbrio ecológico" dos saberes sobre fitoterapia e para que os saberes científicos se desenvolvam plenamente. Este reconhecimento pode contribuir para a inserção da fitoterapia na APS, enriquecendo o cuidado e a promoção da saúde nos ambientes comunitários e nos serviços de APS.

Palavras-chaves: plantas medicinais, fitoterapia, atenção primária à saúde.

## **Abstract**

The aim of this study was to develop a theoretical essay-conceptual forms of uses of medicinal plants in the services of Primary Health Care (PHC), based on the ideas of Boaventura Santos of "ecology of knowledge". We propose a distinction between different contexts, forms of care and knowledge associated with medicinal plants: a) biomedical use, b) use by other medical, c) popular use, d) use traditional e) family use. It argues for the distinction of these uses in the community and APS beyond the dichotomy popular scientific  $\times$ . The appreciation of various forms of knowledge and use of medicinal plants is key to building a "ecological balance" of knowledge about herbal medicine and the scientific knowledge to develop fully. This recognition may contribute to the integration of herbal medicine in the APS, enriching care and health promotion.

Key-words: medicinal plants, herbal medicine, primary health care.

## **Resumen**

El objetivo de este estudio fue desarrollar un ensayo de formas teóricas-conceptual de los usos de las plantas medicinales en los servicios de Atención Primaria de Salud (APS), basado en las ideas de Boaventura Santos de la "ecología del conocimiento". Se propone una distinción

entre los diferentes contextos, formas de atención y conocimientos asociados a las plantas medicinales: a) uso biomédico, b) uso por otro médico, c) el uso popular, d) el uso tradicional e) uso de la familia. Se argumenta a favor de la distinción de estos usos en la comunidad y APS más allá de la dicotomía populares x científica. La apreciación de las diversas formas de conocimiento y uso de plantas medicinales es la clave para la construcción de un "equilibrio ecológico" de conocimiento sobre las hierbas medicinales y el conocimiento científico para desarrollar plenamente. Este reconocimiento puede contribuir a la integración de la medicina a base de hierbas en la APS, enriquecer la atención y promoción de la salud.

Palabras claves: plantas medicinales, hierbas medicinales, la atención primaria de salud.

## Introdução

O avanço tecnológico nos países desenvolvidos proporcionou acesso desigual aos medicamentos entre as populações mundiais, o que levou instituições internacionais como a OMS<sup>1,2</sup> a valorizar as medicinas tradicionais e, também, as plantas medicinais, “com intuito de resolver os problemas de adoecimento de grandes grupos populacionais desprovidos de atenção médica no mundo”<sup>3:165</sup>.

O uso terapêutico das plantas está intrinsecamente relacionado à cultura de diversas civilizações ao longo do tempo<sup>4,5,6</sup>. Esse conhecimento acumulado foi transmitido de geração à geração, sendo uma fonte empírica principal para investigações científicas de novos medicamentos na contemporaneidade<sup>7,8,9,10,11,12</sup>.

Neste sentido, o resgate e a valorização das práticas tradicionais com plantas medicinais são importantes para a promoção e para o cuidado de saúde, seja profissional ou no ambiente familiar. Além disso, a legitimação da fitoterapia na atenção primária à saúde (APS) pode favorecer a interação dos saberes dos usuários com os dos profissionais<sup>13</sup>.

No Brasil, a inclusão da fitoterapia e outras práticas integrativas e complementares na APS foi apoiada pela publicação da Política Nacional de Práticas (PNPIC)<sup>14</sup> e na Política Nacional de Plantas Medicinal e Fitoterápico (PNPMF)<sup>15</sup>. Estes documentos são referência para a estruturação de ações/programas com plantas medicinais no Sistema Único de Saúde (SUS), denominadas institucionalmente de “*Farmácias Vivas*”<sup>16,17</sup>. Todavia, ainda há um forte “estado de opinião”, tanto no senso comum como no senso douto, associando a

fitoterapia à falta de desenvolvimento<sup>18,19</sup> e à falta de conhecimento sobre o assunto<sup>20</sup>, por parte dos profissionais, sobre a cultura e seu saber a respeito ao uso de plantas medicinais pela população<sup>21</sup>.

Embora estudos discutam sobre diferentes setores de cuidados, medicinas tradicionais (MT) e outras práticas populares e familiares<sup>22</sup>, a análise das formas de cuidado, saberes e contextos de uso associados à fitoterapia são relativamente dispersas e pouco sistematizadas na literatura. Parece-nos relevante e necessário uma aproximação das diferentes formas de cuidado com plantas medicinais, para melhor compreender sua contribuição para a APS, sobretudo na Estratégia da Saúde da Família (ESF).

O objetivo do presente artigo é apresentar um ensaio teórico-conceitual sobre a diversidade de saberes, contextos de cuidado e formas de uso de plantas medicinais que interagem com os serviços de APS brasileiros.

No primeiro tópico, discute-se a perspectiva proporcionada por Boaventura de Souza Santos<sup>23, 24, 25, 26, 27, 28, 29</sup>, aplicada ao objeto de reflexão, qual seja, as plantas medicinais e sua presença no cuidado comunitário e na APS. A marginalização do saber não científico sobre plantas medicinais produzidos pelo domínio do saber científico torna necessárias estratégias de visibilidade e estudo desses saberes e práticas, na perspectiva de uma ecologia de saberes a ser reconhecida e construída.

O segundo tópico apresenta uma análise crítica de diferentes abordagens sobre contextos, formas de cuidado em saúde e saberes associados, oriundas da antropologia, afunilando ao final a discussão para o tema da fitoterapia na APS. O terceiro tópico apresenta e defende, a partir da discussão que o precede, uma tipologia dos saberes, dos contextos e das formas de uso de plantas medicinais no Brasil, as quais poderiam ser reconhecidas no ambiente comunitário dos serviços de APS.

Considera-se que a tipologia apresentada tem dupla utilidade e significado: por um lado, pretende-se desviar da dicotomia amplamente estabelecida, hierarquizada e aceita entre saber científico e popular, aproximando-se com maior cuidado da “diversidade epistemológica” e contextual associadas ao uso das plantas medicinais. Isso possui função pedagógica de ampliação do olhar para a diversidade de saberes e práticas obscurecidas pela grande valorização da (mono)cultura científica nos profissionais de saúde. Por outro lado, a categorização defendida permite futuras análises das diferentes formas existentes e

possibilidades de inserção e presença da fitoterapia nos processos de trabalho da APS.

### **Plantas, monocultura e ecologia de saberes**

Para Santos<sup>27</sup>, a sociedade contemporânea se assenta em dois pilares: o da regulação e o da emancipação. O primeiro constitui-se em obrigações envolvendo o Estado, o mercado e a comunidade. A obrigação política do Estado é vertical e se dá entre cidadãos e o Estado. A regulação do mercado é uma relação individualista e antagônica entre parceiros. No princípio da comunidade, essa relação é horizontal, solidária e se processa entre membros da comunidade. O pilar da emancipação é formado pela racionalidade cognitiva e instrumental da ciência, pela estético-expressiva das artes e literatura e pela moral. Todavia, a ciência e o direito, categorias emancipatórias no início da modernidade, tornaram-se, no seu transcorrer, categorias regulatórias hegemônicas a serviço das forças do mercado e das grandes corporações.

A estratégia contra hegemônica proposta por Santos envolve a reconstrução do polo da emancipação na contemporaneidade. O espaço comunitário em que estão inseridos os serviços de saúde de APS seria um espaço social fértil para essa reconstrução, que tem sido pouco elaborado pela ciência<sup>33</sup>. Nesse sentido, desviando do ideário cientificista, este estudo compartilha da perspectiva de que não há somente um único saber válido para o cuidado à saúde e o uso comunitário de plantas medicinais. Isso significa considerar a APS como um ambiente favorável ao diálogo respeitoso e mutuamente enriquecedor entre saberes, técnicas, tradições e racionalidades diversas em saúde, leigas e especializadas. Usa-se aqui o termo “especializado” no sentido geral proposto por Berger e Luckmann<sup>34</sup>, ou seja, práticas realizadas por agentes sociais (no caso, curadores) com formação específicas, que podem ou não ser profissionalizados. Nesse sentido os profissionais de saúde são especialistas, mas também o são grande parte dos curadores populares ou tradicionais.

A ciência moderna, ao produzir existências, também produziu ausências<sup>30</sup>. Para Santos<sup>23</sup>, o que subjaz a esse pensamento é a crença de que há apenas uma forma de desenvolvimento atrelado às instituições centrais na modernidade: o estado territorial, o direito estatal e a ciência moderna. Essa ideia de desenvolvimento se deve ao fato de que essas formas de poder, de direito e de conhecimento sobrepujaram com algum êxito outras formas estabelecidas nos chamados ‘espaços estruturais’ da

sociedade moderna: o espaço doméstico, da produção, do mercado, da comunidade, da cidadania e do espaço mundial<sup>28</sup>.

A dicotomia e hierarquia entre científico e popular tende a silenciar o mundo dos espaços da comunidade e da vida doméstica. O silêncio (ausência) é fabricado pela desqualificação de determinados saberes ou experiências, que as torna invisíveis ou descartáveis, de modo muitas vezes irreversível<sup>30</sup>. A esse processo de silenciamento, o autor denominou de monocultura do saber científico<sup>27</sup>, que se caracteriza por uma racionalidade hegemônica que nega e exclui o diferente<sup>24</sup>.

Na mesma direção, forças políticas hegemônicas de informações de massa, no espaço do mercado e da produção, manipulam profissionais e cidadãos criando falsas necessidades<sup>31</sup>. Nestes espaços, os medicamentos fitoterápicos industrializados aparecem como o único produto seguro, de qualidade e eficácia, para uso de plantas medicinais, o que deságua em restringir a fitoterapia à prescrição profissional na APS, ou pelo menos enfatizar este aspecto dela, obscurecendo outras possibilidades. Este pensamento unidirecional cultiva ideias, anseios e objetivos que reduzem o universo de ações de fitoterapia ao campo técnico-científico e profissional, reforçando uma monocultura científica e dificultando a inserção da fitoterapia na APS para além desse enfoque<sup>32</sup>.

Essa monocultura é percebida como dominante na produção de ausências, pois ela admite apenas o saber científico como verdadeiro, marginalizando a categoria de ignorante tudo o que não é por ela legitimado, ou seja, os saberes não científicos<sup>27</sup>. Todavia, segundo Santos<sup>24</sup>, não há saberes e nem ignorâncias completas, mas há incompletude. Sua abordagem propõe a substituição da monocultura científica por uma ecologia de saberes.

A inserção da fitoterapia na APS poderia contribuir para a substituição da monocultura biomédica por uma pluralidade constituinte de uma “ecologia de saberes”. Segundo Santos e Meneses<sup>29</sup>, a ecologia de saberes não propõe excluir a credibilidade do saber técnico-científico, mas não o considera como única verdade (monocultura). O saber técnico-científico deve ser entendido como parte de uma ecologia mais ampla de saberes que possibilita um diálogo qualificado. Isso não significa que tudo vale do mesmo modo, mas que o saber técnico-científico não é o único, pois há outros saberes circulantes na sociedade que poderiam ser valorizados quanto ao uso de plantas medicinais, particularmente na APS. Tal valorização é especialmente importante e

facilitada, como uma força emancipatória nas comunidades, devido à relativa convergência dos saberes tradicionais com os científicos no uso das plantas medicinais<sup>35</sup>.

Quase metade (40%) das investigações científicas contemporâneas sobre medicamentos sintéticos foram desenvolvidos de fontes naturais<sup>36</sup>. Além disso, a fitoterapia, numa perspectiva de ecologia de saberes, pode contribuir não só para redução de custos dos cuidados profissionais, mas como estratégia de qualificar a escuta a outros saberes circulantes na comunidade. Assim, a fitoterapia na APS (ambiente comunitário) é um potencial “meio” e “recurso”, importantes para promoção de saúde e o cuidado tanto institucional como autônomo.

Neste contexto, o princípio que orienta as relações humanas pode ser a solidariedade, a reciprocidade, o respeito e a valorização mútua. Esta interação entre comunidade e equipe de saúde pode ocorrer em encontros para compartilhar experiências, como, identificação das plantas, como são preparadas e indicadas e de que forma são usadas pela comunidade.

Acompanhando Santos<sup>29</sup>, a perspectiva teórico-política deste estudo dirige-se para identificar possibilidades de promoção, interação e valorização de outros saberes que convivem de maneira latente nas comunidades, mas são comumente marginalizados pelo saber “científico” no âmbito dos serviços de saúde. Para o autor, o não aproveitamento dos diferentes saberes e práticas emergentes na sociedade favorecem o “desperdício de uma riqueza social”<sup>30:375</sup>.

Nessa perspectiva, a fitoterapia, no contexto da APS possibilita o aproveitamento de “riquezas sociais” na direção da emancipação (social, cultural, técnica e política)<sup>25</sup> dos profissionais e usuários dos serviços de forma crítica, participativa, interdisciplinar e intersetorial. A riqueza social caracteriza-se pela diversidade e diálogo entre os diferentes saberes, pois todo o conhecimento se assenta em saberes oriundos da experiência cotidiana de distintas comunidades e grupos.

O universo concreto evidenciado pelas práticas tradicionais, populares e familiares com plantas medicinais deve ter um lugar nas análises científicas, como forma de reabilitar ou não desqualificar os diferentes saberes, permitindo que aquilo que é ativamente produzido como não existente ganhe visibilidade, transformando as ausências em presenças, fortalecendo o pilar emancipatório na contemporaneidade.

Numa perspectiva ampla, seria importante considerar a fitoterapia como um campo de interação e diálogo de saberes e práticas presentes na APS, com grande potencial de valorização de práticas, saberes locais

e biodiversidade. Além disso, pode promover a socialização da pesquisa científica para desenvolver visão crítica na população e nos profissionais sobre o uso de plantas medicinais nos serviços e no uso autônomo.

### **Contextos, saberes e práticas de cuidado em saúde**

Uma aproximação das diferentes abordagens conceituais sobre contextos, saberes e forma de cuidado que coexistem no contexto social parece necessária para que sejam compreendidas as formas de inserção da fitoterapia na APS brasileira, bem como os saberes associados a ela. Esta aproximação também é importante devido ao uso indiscriminado da expressão Medicinas Alternativas e Complementares (MAC)<sup>1,2</sup>. A expressão MAC é definida como o conjunto de saberes e práticas não pertencentes ao conjunto da medicina ocidental oficial ou convencional ou biomedicina, ou às outras profissões da saúde<sup>37</sup>. Todavia, esta é uma conceituação por exclusão. Ela diz pouco sobre o que seriam as MAC e como elas podem ser entendidas, além de fazer sugerir implicitamente que todas elas são semelhantes.

Kleinman<sup>38</sup>, visando as sociedades modernas contemporâneas, propôs um agrupamento do cuidado em saúde em três grandes sistemas ou setores coexistentes: profissional, popular (*folk*) e informal (familiar), baseado mais nas relações sociais entre agentes provedores e “receptores” do cuidado. O primeiro setor inclui os curadores profissionalizados em determinada sociedade; o segundo inclui os especialistas populares não profissionalizados de vários tipos; e o terceiro refere-se ao cuidado realizado no ambiente familiar e nas redes de apoio social das pessoas, geralmente solidário e não envolvendo remuneração (parentes, amigos, vizinhos, grupos religiosos e de autoajuda). Cada setor possui características próprias (em que são utilizadas noções, saberes e práticas diferentes em relação à saúde e à doença), mas eles estão inter-relacionados.

Esse agrupamento pode ser questionado, uma vez que inclui no setor profissional sistemas médicos cujas práticas apresentam diferenças significativas em relação à biomedicina, por exemplo, homeopatia e acupuntura. Tais medicinas apresentam um caráter profissionalizado, como especialidades médicas no Brasil. O que essa setorização ressalta é que uma vez profissionalizadas, as práticas tendem a reproduzir as relações sociais de cuidado da biomedicina, assemelhando-se a ela. Além disso, o autor coloca no mesmo setor os curadores especializados populares e tradicionais, que, no Brasil, se diferenciam em relação a

crenças, valores e tradições e encontram-se, geralmente, em contextos significativamente distintos (adiante abordados).

Para a OMS<sup>1</sup>, a Medicina tradicional (MT) considerada por Kleimann parte do setor popular, é um termo abrangente que deve ser diferenciado da Medicina Popular (MP) no contexto brasileiro. O saber tradicional possui um sistema de classificação próprio, complexo, gerado e transmitido pela tradição de povos e comunidades, que se reconhecem como tais por possuir formas próprias de organização social<sup>1</sup>. No que diz respeito à MT brasileira, a fonte de seus saberes e prática pode estar relacionada aos povos indígenas, quilombolas e as comunidades tradicionais brasileiras (caboclos, ribeirinhos). No que dizem respeito às plantas medicinais, eles possuem vasta experiência na utilização e conservação da diversidade biológica e ecológica, podendo contribuir positivamente na utilização sustentável da biodiversidade.

Ainda segundo a OMS<sup>1</sup>, nos países em que o sistema de saúde baseia-se na biomedicina ou que a MT não tenha sido incorporada no sistema de saúde nacional, a MT e/ou MP é chamada de Medicina alternativa e complementar, como é o caso do Brasil. A MAC poderia incluir todas as MT, mas a OMS reserva este termo para os locais em que não há MT forte e a biomedicina domina a oferta de cuidado nos sistemas de saúde e na sociedade.

O Ministério da Saúde brasileiro designa as MAC como Práticas Integrativas e Complementares, conceituando-as como abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade<sup>15</sup>. Outros pontos compartilhados pelas diversas abordagens abrangidas nesse campo são a visão ampliada ou holística do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado<sup>39</sup>.

Diferente da MT e MAC, a MP é um conjunto de técnicas de tratamento empregadas pelos especialistas não reconhecidos pela medicina oficial e que, geralmente, não fazem parte de povos tradicionais no Brasil<sup>40</sup>, mas se manifestam independentemente do controle da medicina oficial<sup>41</sup>. Em geral, nossa população (e seus curadores populares) é resultante da mestiçagem entre índios, europeus e africanos<sup>42</sup>. A MP pode ser dividida em prática caseira (plantas medicinais, massagens, dietas) e religiosa (benzedura, resguardo, toque), segundo Queiroz<sup>41</sup> e Oliveira<sup>43</sup>. Ela é praticada em diferentes espaços e por vários especialistas populares que são fortemente influenciados pela

religião e pela valorização da fé<sup>45</sup>. Dentre eles destacam-se os raizeiros ou erveiros; as benzedeadas ou rezadeiras; os pais de santo e as parteiras, como apontam Metcalf, Berger, Negri<sup>44</sup> e Di Stasi<sup>4</sup>. Este grupo de curadores especializados apresenta significativa diferença dos curadores tradicionais pertencentes à tradição indígena, quilombolas e/ou comunidades ribeirinhas. Eles ocupam um espaço significativo no cuidado à saúde propiciado pela relação de confiança com o doente (estimulador da chamada eficácia simbólica)<sup>47,48</sup>, pela falta de cobertura do sistema formal, pelo alto preço dos medicamentos de síntese<sup>44</sup> e suas iatrogenias.

Numa aparente tentativa de adaptar os setores de cuidado proposto por Kleinmann ao contexto brasileiro da APS, Metcalf, Berger, e Negri<sup>44</sup> propõe uma redistribuição das práticas pelos setores de cuidado: setor popular ou informal ou tradicional (práticas familiares, caseiras); setor oficial ou biomedicina; e setor das MAC. No setor MAC esses autores alocam os “especialistas tradicionais” (xamãs, benzedeadas, raizeiros) junto com sistemas terapêuticos e diagnósticos complexos com bases teóricas eruditas (homeopatia, acupuntura), além de processos isolados com fins diagnósticos (iridologia, fisignomonia) ou terapêuticos (fitoterapia, aromaterapia, musicoterapia), como faz a OMS; e separam esse conjunto da biomedicina.

Diferente de Metcalf, Berger e Negri<sup>44</sup>, a interpretação de Laplantine e Rabeyron<sup>49</sup> sobre as MAC ou medicinas paralelas é de serem práticas heterogêneas que podem ser diferenciadas segundo a legitimidade social formal (legais ou ilegais ou não legalizadas); a dimensão tradicional (antigas ou modernas); a constituição em *corpus* teórico (popular ou erudita); e a funcionalidade (diagnóstica e/ou terapêutica). Tal abordagem permite uma análise contextualizada das práticas e saberes das MAC, mas ainda de forma genérica. Para Menéndez<sup>22</sup>, os setores de cuidado consistem num processo dinâmico, complexo, diferenciado. As diferentes práticas de saúde estão relacionadas com o contexto social estratificado da população. O autor propõe outra distribuição, adaptada para a realidade latino-americana: 1-setor biomédico, 2-popular, 3-alternativo ou paralelo, 4-práticas derivadas de medicinas tradicionais e 5-práticas familiares. O primeiro refere-se aos saberes e práticas exercidos por profissionais de saúde; o segundo constitui-se pelos curadores populares especializados (espiritualistas, erveiros, xamãs, santos, carismáticos e pentecostais); o terceiro inclui as práticas alternativas e complementares; o quarto refere-se às medicinas tradicionais; o quinto setor é centrado nas práticas de

autoatenção e nas de autoajuda. Para o autor<sup>22</sup>, o contexto familiar valoriza o cuidado autônomo de saúde e pode ser influenciado por saberes e práticas biomédicas, saberes populares e tradicionais. As práticas de autoatenção são definidas como atividades que a população utiliza tanto individual quanto socialmente para diagnóstico, explicar, atender, controlar, aliviar, suportar, curar, solucionar ou prevenir os processos que afetam sua saúde em termos reais ou imaginários, sem a intervenção central, direta e intencional de curadores profissionais ou especializados, embora eles possam ser os referenciais dessa atividade.

Muitas vezes, o termo autoatenção é confundido ou identificado pela biomedicina com a automedicação ou autocuidado. A automedicação refere-se ao uso de determinado medicamento ou tratamento (de origem biomédica ou não), em geral tendo a biomedicina como referência) sem intervenção do médico ou profissional de saúde habilitado<sup>22</sup>. A automedicação está incluída na autoatenção, mas esta é mais ampla que aquela. Dada a proeminência das doenças crônicas e o envelhecimento populacional, há ainda que considerar as práticas de autocuidado, hoje muito valorizadas na biomedicina, para além da automedicação, envolvendo comportamentos individuais relacionados mais a atividade física e alimentação. O termo autoatenção de Menéndez<sup>22</sup> permite diferenciar autocuidado e automedicação de autoatenção. A autoatenção é um termo mais amplo, que inclui os dois primeiros.

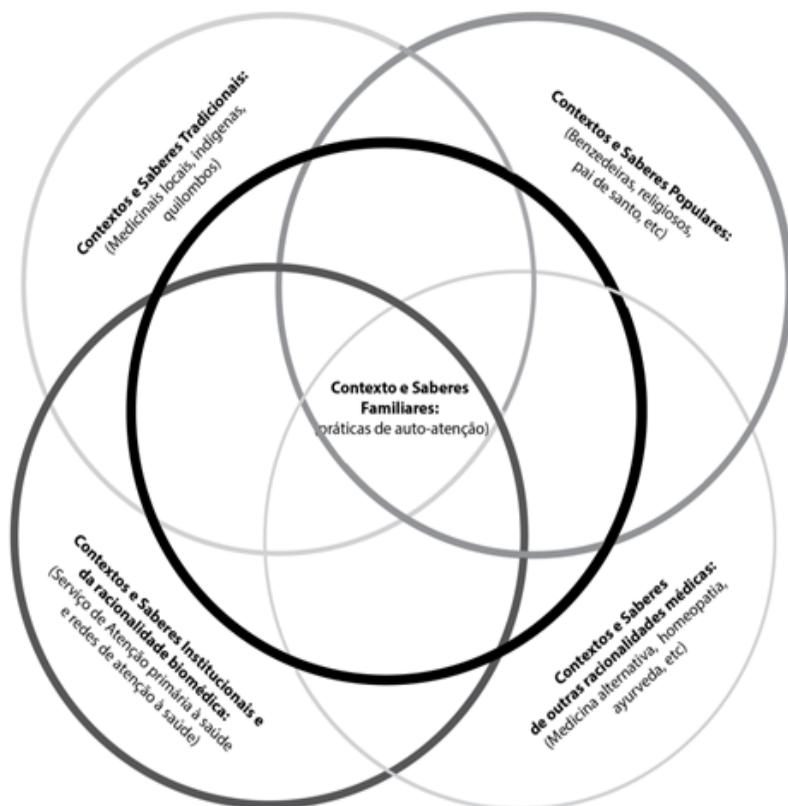
Considerando essas diferenças internas ao universo das MAC/MT, bem como o contexto dos serviços da APS brasileira, deve ser mencionado ainda o conceito de racionalidades médicas proposto por Luz<sup>49</sup>, que permitiu, nas pesquisas conduzidas pela autora<sup>50,51</sup>, mostrar que em sistemas complexos de cuidado especializado há racionalidades diferentes da razão biomédica, colocando em questão a pretensão de superioridade do saber científico quanto à veracidade e racionalidade nos saberes e práticas de cuidado aos problemas de saúde. Para ser considerada uma racionalidade médica, um sistema médico precisa possuir cinco dimensões: morfologia do homem (anatomia), dinâmica vital (fisiologia), sistema de diagnose, sistema terapêutico e doutrina médica (explica o que é a doença ou o adoecimento, sua origem ou causa, evolução ou cura), embasadas em uma cosmologia, implícita ou explícita, como uma sexta dimensão subjacente. As racionalidades envolvem práticas e técnicas especializadas orientadas por saberes sofisticados, assentados em uma cosmovisão e uma doutrina médica, e não raro oferecem recursos de cuidado e promoção da saúde<sup>52</sup> para a

auto atenção (auto-cuidado, no caso da biomedicina). E envolvem comumente amplo uso de plantas medicinais ou seus derivados.

A abordagem de Menéndez<sup>22</sup> parece relevante dada a significativa heterogeneidade das práticas de saúde disponíveis em uma sociedade complexa, altamente estratificada continental e com muitos regionalismos como a brasileira. A distribuição proposta pelo autor diferencia as práticas derivadas de medicinas tradicionais das práticas populares com abordagem religiosa, das comunitárias e das de autoatenção; além da diferenciação das práticas de saúde advindas de outras tradições médicas diferentes da biomedicina. Sua setorização ressalta o contexto social como determinante (ponto central) para a diferenciação das formas de atenção à saúde, e evidencia um processo dinâmico de apropriação das práticas de saúde profissionalizadas e especializadas.

Respeitando as significativas diferenças conceituais e simbólicas e os distintos contextos de cuidado anteriormente mencionados, propõe-se a seguinte distribuição dos contextos de cuidado e dos saberes/técnicas e formas de cuidado respectivos, referentes aos cuidados comunitários, em que se insere a APS, ilustrados na figura 1. Tal esquema prepara o terreno para a discussão das formas de uso de plantas medicinais pela população brasileira e nos serviços de APS.

Figura 1 - Contextos, saberes, práticas de cuidado de cuidado na APS,



Legenda: a variação de tons de cinza, e espessura da linha de contorno demonstram a representatividade e diferenciação em cada contexto de cuidado (proposto pela autora).

O uso de plantas medicinais como recurso terapêutico atravessa, com maior ou menor presença, os setores de cuidado apresentados na figura 1, sendo exercido sob diferentes referenciais de saber e contextos culturais. A APS é um espaço de potencial interação e valorização desses saberes, que pode propiciar a criação de espaço no qual cada agente social encontre apoio para identificar a melhor e mais adequada estratégia de cuidado para seus problemas de saúde, bem como para promoção da mesma.

Considerando o fato de que Brasil possui uma flora medicinal muito rica e que o uso de plantas medicinais pela população ocorre com bastante frequência, em conjunto ou não com medicamentos sintéticos, é importante entender o contexto em que o uso das plantas medicinais ocorre para que o profissional de saúde possa compreender as formas de cuidado e tipos de saberes presentes entre os usuários que atende, com o intuito de aproveitar os recursos locais existentes. Para isso, o reconhecimento das diferentes formas/contextos de uso de plantas medicinais pode contribuir para uma comunicação clínica adequada e para a promoção da saúde no âmbito do serviço de saúde<sup>13</sup>.

### **Formas, saberes e contextos de uso de plantas medicinais nos serviços da APS brasileira**

As formas de cuidado com plantas medicinais podem se dar a partir das doutrinas, valores e saberes de uma racionalidade médica (entre elas a biomedicina), de curadores diversos (populares e tradicionais) ou a partir da população considerada leiga. Seguindo a adaptação realizada por Metcalf, Berger, Negri<sup>44</sup> da abordagem de Kleinman<sup>38</sup> para o contexto brasileiro, considerando também as abordagens de Menendez<sup>22</sup>, Laplatine e Rabeyron<sup>49</sup> e Luz<sup>50</sup>, e visando respeitar as significativas diferenças de saberes e contexto social de uso das plantas medicinais, propõe-se diferenciarem-se as formas de cuidado com plantas, no Brasil, em dois tipos básicos, associadas aos atores envolvidos, desdobrados em cinco contextos de uso: no uso autônomo (autoatensão) há o uso familiar (1), (podendo ou não ser tradicional) e no uso heterônomo há recurso a especialista de algum tipo. Neste segundo caso, o uso pode ser: (2) popular; (3) tradicional; afiliado a uma racionalidade médica: a biomedicina - (4) fitoterapia científica - ou (5) outra racionalidade específica, por exemplo, o uso de plantas pela medicina tradicional chinesa. A fitoterapia pode ser considerada um recurso terapêutico (produto) e/ou prática de saúde (ação) vinculada à cultura/saber do usuário/família e/ou do cuidador que orienta ou

prescreve, que pode ser um terapeuta popular, tradicional, da biomedicina ou de outra racionalidade médica (figura 2).

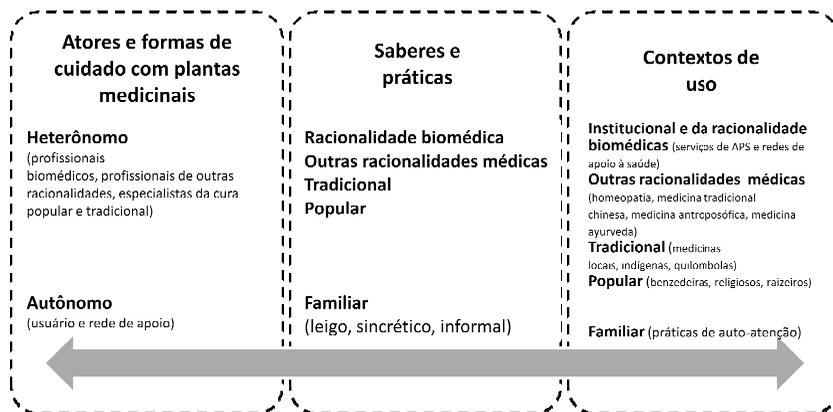


Figura 2 - Atores, saberes e formas de uso de plantas medicinais na APS

**O uso familiar de plantas medicinais**, que muitas vezes não conta com registro escrito da sua prática, refere-se às práticas autônomas e informais de autoatenção envolvendo uso de plantas medicinais (remédios caseiros, automedicação, aconselhamento) pelos usuários que se inserem em uma rede social e cultural de cuidado familiar (família, amigos, vizinhos, parentes), seguindo Kleinman<sup>38</sup>. O uso de plantas medicinais, como prática de autoatenção pode ser influenciado por práticas e saberes de especialistas diversos e pela informação de massa, o que pode induzir confusão de espécies botânicas (mesmo nome popular, mas espécies distintas), uso de plantas ou dosagens tóxicas (modo de preparo), plantio e colheita inadequados, interações entre plantas e medicamentos de síntese. Portanto, é importância realizar ações educativas dialógicas, apoiar e ao mesmo tempo fazer registro e acompanhamento do uso de plantas medicinais no âmbito dos serviços da APS, para fortalecer uma visão crítica e prudente do uso adequado deste recurso terapêutico para promoção e cuidado à saúde.

**O uso popular de plantas medicinais** é a praticada por especialistas populares não profissionalizados. Segundo Menéndez<sup>22</sup>, os saberes e práticas populares baseiam-se em herança familiar, marca de nascença, “dom” e ou aprendizado com outro curador. Estes especialistas estabelecem um forte vínculo de confiança com usuários devido à identidade, proximidade na linguagem e conhecimento da comunidade e ou por falta de acesso ao cuidado biomédico.

O **uso tradicional de plantas medicinais** ocorre quando o uso de plantas é enraizado na cultura de uma população com identidade e longa tradição próprias, e pode ser inserida ou não em uma racionalidade médica<sup>51</sup>, diferente da biomédica, caracterizando o que a OMS<sup>2</sup> designa por MT. Por exemplo, a medicina indígena faz parte da MT brasileira, que difere, em geral, das práticas familiares e populares.

O **uso científico de plantas medicinais** refere-se ao uso de plantas medicinais apoiada na racionalidade biomédica, com o propósito de tratamento médico, como, por exemplo, o uso de medicamentos fitoterápicos (manipulados ou industrializados)<sup>53</sup>.

O **uso de plantas medicinais apoiado em outras racionalidades médicas envolve** espécies vegetais ou seus derivados de formas coerentes com suas teorias e métodos, diferentemente da biomedicina e das formas anteriores, ainda que por vezes possa haver alguma convergência nas indicações. Esse uso, no Brasil, não pode ser considerado tradicional, nem popular, nem familiar, sendo geralmente heterônimo. Por exemplo, na medicina tradicional chinesa as plantas medicinais são utilizadas em geral misturadas e a partir de suas propriedades e ações em termos das noções de ying e yang, cinco “elementos” (ar, água, fogo, metal e madeira) e suas interrelações, para promover e resgatar uma relação harmônica do “Qi” no homem. Não há reconhecimento acadêmico estabelecido para ou regulamentação de tal fitoterapia no Brasil.

Na medicina antroposófica a saúde é o resultado de sintonia rítmica harmoniosa entre os elementos básicos constitutivos da estrutura humana, conforme os saberes dessa racionalidade médica. (Luz, Barros, 2012, p. 209). Já na homeopatia, as plantas são matérias primas para elaboração de medicamentos homeopáticos usados conforme o princípio da semelhança: servirão para o tratamento de situações e quadros similares aos que o próprio medicamento produziu em pessoas sadias (em experimentações com pessoas sadias chamadas patogenesias). Os medicamentos homeopáticos em sua grande maioria são produzidos a partir de plantas, com uma farmacotécnica específica já regulamentada no Brasil, diversa da biomédica, que utiliza grandes diluições, ultrapassando o imponderável<sup>44</sup>. O uso de plantas por outras racionalidades médicas é um campo aberto para pesquisas.

A diferenciação descrita acima discorda, em parte, da recente classificação, proposta pelo Ministério da Saúde<sup>54</sup> que distingue três “fitoterapias”: popular, tradicional e científica ocidental. Julga-se haver maior diferenciação nos saberes e usos do que esses três tipos, que

merece ser valorizada. O uso autônomo de plantas medicinais, no âmbito familiar, pode sofrer influência tanto do saber técnico-científico quanto do saber popular e tradicional. Estes últimos são esparsos, distribuídos irregularmente na sociedade, mais presentes no meio rural e nas periferias urbanas, um tanto concentrado em curadores. A fitoterapia tradicional brasileira tem maior presença na região norte, nordeste e centro-oeste, onde encontram-se comunidades com maior continuidade cultural. A fitoterapia científica tem relativamente grande convergência com a popular, a familiar e tradicional, mas isso parece obscurecido frente a hierarquização social que privilegia e valoriza a ciência. As outras racionalidades médicas (vitalistas) são escassas nos serviços de saúde e sua fitoterapia é quase incipiente no setor público. Elas localizam-se na sociedade civil, sendo mais conhecidas pelas camadas econômicas médias e altas, no mercado (setor privado).

Desta forma, entende-se que o uso de plantas medicinais envolve matrizes de conhecimento, mais ou menos “teoricamente elaboradas”, contextuais, culturais e historicamente definidas. Há também, no mundo contemporâneo, uma valorização desigual e mesmo uma disputa, envolvendo a apropriação científica e por grupos restritos, do saber sobre plantas medicinais, vinculada ao comércio, patentes, etc. O saber científico, vinculado a tecnologias duras industrializadas e à indústria farmacêutica, é comercializável e assim objeto de grandes disputas políticas e econômicas. Os saberes populares, familiares e tradicionais são relativamente desvalorizados socialmente e profissionalmente, são em parte coletivos e dispersos – ainda que mais concentrados em curadores - e, todavia, fundamentais para orientar a abordagem científica da fitoterapia.

O reconhecimento da diversidade de atores, formas de cuidado, saberes e contextos de uso das plantas medicinais é um primeiro passo necessário para a revalorização e inserção da fitoterapia, na perspectiva de uma ecologia de saberes, na APS. Tal reconhecimento favorece estudos futuros sobre o desenvolvimento de ações com plantas medicinais que não se dirijam apenas para práticas unidirecionais e de matiz científica. Embora os estudos científicos possam produzir valiosos fitoterápicos industrializados ou manipulados, esses têm seu uso limitado à prescrição profissional e manuseio institucional, em contexto heterônomo, biomédico e algo medicalizado. As demais formas de cuidado com as plantas são fundamentais para o “equilíbrio ecológico” dos saberes, até para que os saberes e usos científicos e profissionais se desenvolvam na sua plena potencialidade.

A fitoterapia pode e deve estar presente nos serviços de APS para dialogar, valorizar, estimular e, por vezes, orientar o uso autônomo, para além da fitoterapia científica ou biomédica. A fitoterapia científica é uma dentre outras formas de uso, que não devem ser simplesmente criticadas, combatidas ou desvalorizadas. Ao contrário, considerada a grande ignorância científica sobre as plantas brasileiras e seus potenciais como recursos terapêuticos, tais saberes e formas de uso precisam de valorização e proteção, haja visto que a urbanização rápida, a medicalização social acelerada e a globalização cultural talvez estejam colocando em risco a sobrevivência e reprodução social desses saberes, potencialmente tornando-os “espécimes epistemológicos” em extinção. A discussão da ecologia de saberes sobre plantas medicinais na APS pode contribuir para evitar tal “epistemicídio”<sup>55</sup> e enriquecer os recursos de cuidado autônomo e heterônomo nos serviços de APS e nas comunidades.

### **Referências**

1. Organização Mundial da Saúde. Estratégia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005. Genebra, 2002.
2. Organização Mundial da Saúde. The world medicines situation 2011: traditional medicines global, issues and hallenges. Genebra, 2011.
3. Luz, MT. Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no Fim do Século XX. Rev. Saúde Coletiva [Internet]. 2005 [Acesso em 13 mar 2010]; 15:145-176 (Suplemento). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a08.pdf>.
4. Di Stasi LC. (Org.). Plantas medicinais: arte e ciência, um guia de estudo interdisciplinar. São Paulo: UNESP, 2007.
5. Vendruscolo GS. Levantamento das plantas utilizadas como medicinais por moradores do bairro Ponta Grossa, Porto Alegre, Rio Grande do Sul [dissertação]. Programa de Pós-Graduação em Botânica (mestrado em botânica), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.
6. Viegas FJ, Pinto A, Maciel MA. Plantas medicinais: cura seguras? Quim. Nova. 2005; 28(3): 519-528.
7. Simões CM de O (Org.), Schenkel EP, Gosmann G et al. Farmacognosia: da planta ao medicamento. Florianópolis: UFSC, 1999, 821p.
8. Rates SMK. Promoção do uso racional de fitoterápicos: uma abordagem no ensino de farmacognosia. Rev. Bras. Farm. 2001; 11(2):57-69.

9. Calixto JB. Twenty-five years of research on medicinal plants in Latin America. A personal view. *Journal of Ethnopharmacology*. 2005; 100:131-134.
10. Viegas C JR, Bolzani V da S, Barreiro, EJ. Os produtos naturais e a química moderna. *Quim. Nova*. 2006; 29(2):326-337.
11. Veiga VJ, Mello JC. As monografias sobre plantas medicinais. *Rev. Bras. Farma. jul./set.* 2008; 18(3):464-471.
12. Barreiro E, Bolzani V da S. Biodiversidade: fonte potencial para a descoberta de fármacos. *Quim. Nova*. 2009; 32(3):679-688. [Acesso em 20 ago 2010]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-40422009000300012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-40422009000300012)
13. Hernáez AM. Os itinerários terapêuticos e a relação médico-paciente. Universidad Rovira i Virgili, 2006.
14. Brasil. Portaria MS/GM n°. 971, de 03 de maio de 2006. [Acesso em 20 ago 2010]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PNPIC.pdf>.
15. Brasil. Decreto Presidencial n° 5813, 26 de junho de 2006b [Acesso em 20 abr 2013]. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/geral/fitoterapia\\_no\\_sus.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/geral/fitoterapia_no_sus.pdf).
16. Brasil. Portaria GM/MS n° 886, de 20 de abril de 2010 [Acesso em 20 ago 2010]. Disponível em: [http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt0886\\_20\\_04\\_2010.html](http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt0886_20_04_2010.html).
17. Brasil. Resolução RDC n° 10, de 9 de março de 2010b [Acesso em 20 set 2010]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/rdc/103202-10>.
18. Rosa C, Câmara SG, B, JU. Representações e intenção de uso da fitoterapia na atenção básica à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011 [Acesso em 20 abr 2013]; 16(1):311-318. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n1/v16n1a33.pdf>.
19. Bruning MCR, Mosegui GBG, Vianna CM de M. A utilização da fitoterapia e de plantas medicinais em unidades básicas de saúde nos municípios de Cascavel e Foz do Iguaçu - Paraná: a visão dos profissionais de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2012; 17(10): 2675-85. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001000017>
20. França WF de A, Marques, M. Terapêutica com plantas medicinais nas doenças bucais: a percepção dos profissionais no Programa de Saúde da Família do Recife. *Odontol. clín.-cient.* jul./set. 2007; 6(3):233-237.
21. Veiga Junior VF da. Estudo do consumo de plantas medicinais na

- Região Centro-Norte do Estado do Rio de Janeiro: aceitação pelos profissionais de saúde e modo de uso pela população. *Rev. bras. farmacogn.* [online]. 2008; 18(2):308-313. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-695X2008000200027>.
- 22.Menéndez E. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2003 [Acesso em 13 mar 2010]; 8(1):185-208. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n1/a14v08n1.pdf>.
- 23.Santos BS de. A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência. 7. ed. São Paulo:Cortez, 2000.
- 24.Santos BS de. O fórum social mundial: manual de uso. 2004 [Acesso em 20 mai 2013]. Disponível em: <http://www.ces.uc.pt/bss/documentos/fsm.pdf>
- 25.Santos BS de. Reconhecer para libertar: os caminhos do cosmopolismo multicultural. Rio de Janeiro: Civilizações brasileiras. 2003; 3:13-44.
- 26.Santos BS de. Semear outras soluções: os caminhos da biodiversidade e dos conhecimentos rivais. *Civiliz. Brasil*. 2005; 4:21-121.
- 27.Santos BS de. Renovar a teoria critica e reinventar a emancipação social. São Paulo: Boitempo, 2007. 62p.
- 28.Santos BS de. Pelas mãos de Alice: o social e o político pós-moderno, 12. ed. São Paulo: Cortez, 2008, p. 284-314.
- 29.Santos BS, Meneses MP (Org.). *Epistemologia do Sul*. São Paulo: Cortez, 2010, p. 284-314.
- 30.Borges M da S, Pinho DLM, Santos SM dos. As representações sociais das parteiras tradicionais e o seu modo de cuidar. *Cad. CEDES* [online]. 2009; 29(79):373-385. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-32622009000300007>.
- 31.Marcuse H. A ideologia da sociedade industrial. 4. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1964.
- 32.Damian GA, Tesser DC, Moretti ROP. Contribuições das plantas medicinais para o cuidado e a promoção da saúde na atenção primária à saúde. *Interface*, 17, jul./set. 2013.
- 33.Freitas JD de, Porto MF. Por uma epistemologia emancipatória da promoção da saúde. *Trab. educ. Saúde*. 2011; 9(2):179-200. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462011000200002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462011000200002).
- 34.Berger PL, Luckmann T. A construção social da realidade. 13. ed. Petrópolis: Vozes, 1996.

35. Leite JPV. Fitoterapia: bases científicas e tecnológicas. São Paulo: Atheneu, 2009, p. 3-18.
36. CALIXTO JB. Biodiversidade como fonte de medicamentos. *Cienc. Cult.* [online]. 2003;55(n.3):37-39. [Acesso em 3 set. 2013] Disponível em:  
<[http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0009-67252003000300022](http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252003000300022)>.
37. National Center for Complementary and Alternative 37 [Acesso em 14 abr 2010]. *Medicine*. Disponível em: [nccam.nih.gov](http://nccam.nih.gov)
38. Kleinman A. Patients and healers in the context of culture. Berkeley, University of California, 1980.
39. Levin JS, Jonas WB. (editores) Tratado de medicina complementar e alternativa. São Paulo: Manole, 2001.
40. Loyola MA. Médicos e curandeiros: conflito social e saúde. São Paulo: Difel, 1984.
41. Queiróz MS. Estratégias de consumo em saúde entre famílias trabalhadoras. *Cad. Saúde Pública*. 1993; 9(3):272-282. [Acesso em 20 ago 2010]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/esp/v9n3/15.pdf>
42. Oliveira ER. O que é medicina popular. São Paulo: Brasilienses, 1985.
43. Metcalf C, Berger CB, Negri AA. Medicina alternativas e complementares. In: Ducan BB et al. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004; NCCA, 2007.
44. Ribeiro D. O povo brasileiro: a formação e o sentido do Brasil. São Paulo: Companhia das Letras, 1995; Rosa Câmara Béria, 2011.
45. Ferro D. Fitoterapia: conceitos clínicos. São Paulo: Atheneu, 2008, p. 151-175.
46. Lévi-strauss C. O pensamento selvagem. São Paulo: Nacional; USP, 1970.
47. Renshaw, J. "A eficácia simbólica" revisitada: cantos de cura ayoreo. *Rev. Antropol.* [online]. 2006; 49 (1):393-427. [Acesso em 8 jul. 2013]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-77012006000100012>.
48. Alonso J. Fitomedicina: curso para profissionais da área da saúde. São Paulo: Pharmabooks, 2008, p. 21-25.
49. Laplantine F, Rabeyron PL. *Medicinas Paralelas*. São Paulo: Brasiliense, 1989.
50. Luz MT. Natural, Racional, Social: razão médica e racionalidade

científica moderna. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2012.

51.Luz MT, Barros NF. Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos. Rio de Janeiro: UERJ; IMS; Lappis, 2012; p. 185-216.

52.Tesser DC. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições poucos exploradas. Cad. Saúde Pública. 2009; 25:1153-63.

53.Fernandes TMD. Plantas medicinais: memória da ciência no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

54.Brasil. Ministério da Saúde. Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica. 2012; 31. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

55. TESSER CD. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. Interface (Botucatu). 2006;10(19):61-76. [Acesso em 8 jul. 2013]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832006000100005>.



### **ARTIGO 3 - CONTRIBUIÇÕES DAS PLANTAS MEDICINAIS PARA O CUIDADO E A PROMOÇÃO DE SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

**Artigo publicado:** DAMIAN, Gisele Damian; TESSER, Charles Dalcanele; PIRES, Rodrigo Otávio Moretti. Contribuições das plantas medicinais para o cuidado e a promoção de saúde na atenção primária. **Interface (Botucatu)** v.17, n.46, jul/set, 2013.



## **Resumo**

O objetivo foi analisar programas e ações de fitoterapia na atenção primária à saúde brasileira a partir da literatura. A metodologia foi um metaestudo e incluiu seis bases de dados, de 1988 a 2012. Foram registradas vinte e quatro publicações. A inserção da fitoterapia acontece a partir de motivações diversas: aumentar os recursos terapêuticos, resgatar saberes populares, preservar a biodiversidade, educação ambiental e popular, agroecologia e desenvolvimento social. Há uma ambivalência que ora pende para o reforço do autoatendimento, as ações educativas, intersetoriais e a participação comunitária, constituindo-se em forma de cuidado e promoção da saúde; ora restringe o processo à incorporação de fitoterápicos manipulados ou industrializados à farmácia dos serviços de APS, para uso estritamente profissional. Ressalta-se uma visão ampliada da fitoterapia que incorpore esses dois enfoques, numa perspectiva de uma ecologia de saberes e práticas em saúde.

**Palavras-Chave:** Atenção Primária à Saúde; plantas medicinais; fitoterapia.

## **Abstract**

These research objective was to analyze of phytotherapy programs in Primary Care care from the literature. The methodology was the meta-study and included six databases, from 1988 to 2012. Twenty-four experiments were publication. The use of phytotherapy happens from several reasons: to increase the therapeutic resources, popular knowledge rescue, preserve biodiversity, promote environmental and popular education, agroecology and social development. There is an ambivalence that for one side reinforce self-care, educational activities, intersectoral and community participation, constituting a form of care and health promotion; and for other side restricts the subject to the incorporation of compounded or processed herbal medicine to pharmacies of the Primary Care services, for strictly professional use. It is reinforced an enlarged view of phytotherapy that incorporates these two approaches from the perspective of an ecology of health knowledge and practices.

**Keywords:** Primary Health Care, medicinal plants, herbal medicine.

## **Resumen**

El objetivo fue analizar programas de la atención primaria de fitoterapia por medio de la literatura. Fue utilizada la meta-estudio e incluyó seis

bases de datos, de 1988-2012. Se registraron veinticuatro publicaciones. La integración de la fitoterapia tiene diferentes motivaciones: aumentar los recursos terapéuticos, rescatar el conocimiento popular, preservar la biodiversidad, promover la educación ambiental y popular, agroecología y desarrollo social. Hay una ambivalencia que a veces se cuelga para el fortalecimiento del auto-cuidado, actividades educativas, la participación de la comunidad y intersectorial, lo que constituye una forma de atención y promoción de la salud; veces se limita el tema de la incorporación de hierbas manipuladas o procesadas a los servicios de atención primaria, con fines estrictamente profesional. Hay que tener unavista ampliada de la fitoterapia, la incorporación desde involucrando la perspectiva de una ecología de las prácticas de conocimiento y de la salud.

Palabras clave: Atención Primaria, plantas medicinales, fitoterapia.

## INTRODUÇÃO

As plantas medicinais sempre tiveram grande importância na cultura, na medicina e na alimentação das sociedades no mundo. As populações, por meio de seus curadores e do uso autônomo, acumularam experiências e vasto conhecimento a seu respeito. Todavia, as realizações científicas das últimas décadas e sua ampla socialização incentivaram a monocultura do saber científico nas práticas profissionais de saúde, que descredibilizam em grande medida outros saberes e práticas circulantes nas sociedades (Santos, 2007). Quanto à fitoterapia, esses saberes foram considerados apenas como fonte empírica para expansão das verdades e tecnologias científicas, atrelada ao desenvolvimento industrial e à necessidade de mercado para busca de novas patentes (Barreiro, Bolzani, 2009).

A cientificidade do cuidado à saúde torna a sociedade cada vez mais dependente de práticas profissionalizadas, dificultando a permeabilidade e a escuta dos profissionais de saúde aos saberes locais na Atenção Primária à Saúde (APS) (Tesser, Barros, 2008). No Brasil, a fitoterapia aparece na APS em cerca de 350 localidades (Brasil, 2012). Uma parte deles foi estudada (Santos et al., 2011), mas não se dispõe de revisões sobre o tema que sistematizem as experiências registradas. Este artigo propõe analisar a inserção de ações/programas com plantas medicinais nos serviços de APS brasileira abordados na literatura científica entre 1988-2012, bem como investigar suas motivações e enfoques, na perspectiva a seguir sintetizada.

### **Contextualização conceitual e terminológica**

Há uma heterogeneidade de saberes e práticas relacionados a plantas medicinais circulantes nas sociedades e, assim, em alguma medida, na APS brasileira. É de interesse para a pesquisa um mapeamento dessa diversidade de saberes e práticas, devido ao uso generalizado da expressão Medicinas Alternativas e Complementares (MAC)<sup>2</sup> e/ou Medicina Tradicional (MT) na literatura (OMS, 2011). Tal nomenclatura reúne num único conjunto tudo o que não é a biomedicina, contribuindo pouco para a compreensão dos diferentes contextos e formas de cuidado envolvendo plantas medicinais, com seus saberes associados.

Numa abordagem antropológica, Kleinman (1980) propôs três grandes setores (ou sistemas) de cuidado: profissional, popular e familiar, baseado nas relações sociais entre os curadores e “recebedores” do cuidado. O primeiro setor inclui os curadores profissionalizados em determinada sociedade. Nessa lógica, as MAC profissionalizadas são agrupadas com a biomedicina, apesar das significativas diferenças entre elas. O segundo inclui os curadores populares de vários tipos; e o terceiro refere-se ao cuidado familiar e suas redes de apoio, geralmente solidário e não envolvendo remuneração. Cada setor possui características próprias (em que são utilizadas noções, saberes e práticas diferentes em relação à saúde e à doença), mas são inter-relacionados...

Laplantine e Rabeyron (1989), Metcalf, Berger, Negri (2004) e Menéndez (2009) discutem a heterogeneidade das formas de cuidado, das MAC e seus saberes, diferenciando-as da biomedicina e do cuidado familiar e aproximando-as das práticas populares, assim como das MT. Considerando essas diferenças internas ao universo das MAC/MT, deve ser mencionado ainda a categoria “racionalidades médicas” proposta por Madel Luz (Luz, Barros, 2012). Tal categoria questiona a superioridade do saber científico e de seu suposto monopólio sobre a veracidade no cuidado à saúde em relação a outros sistemas médicos complexos. As plantas medicinais podem ser utilizadas de distintas formas conforme diferentes racionalidades médicas, quando estas estão envolvidas.

---

<sup>2</sup> Ver <<http://nccam.nih.gov/health/whatiscom>>.

Neste estudo, construiu-se uma setorização das práticas de cuidado específico para a fitoterapia. Seguiu-se a adaptação realizada por Metcalf, Berger, Negri (2004) da abordagem de Kleinman (1980), mas se considerou também Menéndez (2009) e Luz e Barros (2012), respeitando as significativas diferenças de saberes e contexto social de uso das plantas medicinais, incluindo racionalidades médicas possivelmente envolvidas. Assim, diferenciaram-se as formas de uso das plantas medicinais em: familiar, popular, tradicional, científica e de outras racionalidades médicas. A fitoterapia familiar, que muitas vezes não conta com registro escrito da sua prática, refere-se às práticas autônomas e informais da fitoterapia (remédios caseiros), que se insere na rede de apoio social do usuário.

Diferente da familiar, a fitoterapia popular é a praticada por especialistas populares não profissionalizados. Segundo Menéndez (2009), estas práticas são originárias de diferentes curadores (parteiras, benzedeiras, raizeiros) com teorias, aspectos culturais, sociais e visão de mundo convergente ou divergente entre si. Seus saberes e práticas baseiam-se em uma abordagem holística, herdada de familiares, “dom” ou aprendido com outro curador. Estes especialistas estabelecem um forte vínculo com usuário devido o conhecimento da comunidade e ou por falta de acesso ao cuidado biomédico.

A fitoterapia tradicional ocorre quando o uso de plantas é enraizado na cultura de uma população com identidade e longa tradição próprias, diferente da racionalidade biomédica, caracterizando o que a OMS (2011) designa por MT. Por exemplo, a medicina indígena brasileira não é considerada uma racionalidade médica (talvez devido à ausência de estudos com esse enfoque), mas faz parte de um conjunto de saberes e práticas da MT brasileira que difere, em geral, das práticas familiares e populares (com exceção de contextos específicos como, talvez, certas populações ribeirinhas amazônicas).

A fitoterapia científica refere-se ao uso das plantas medicinais<sup>3</sup> baseada em evidências científicas, apoiada na racionalidade biomédica, circunscrita por diferentes disciplinas, que abrangem desde a identificação botânica até a produção do medicamento fitoterápico<sup>4</sup> (Fernandes, 2004). O uso de plantas pode ainda ser orientado por outra

---

<sup>3</sup> Espécie vegetal *in natura* (planta fresca) ou seca (droga vegetal utilizada com propósito terapêutico).

<sup>4</sup> Medicamento obtido exclusivamente de planta medicinal na íntegra usados com o propósito de um tratamento médico.

racionalidade médica (chinesa, ayurvédica, por exemplo), o que aqui no Brasil não pode ser considerado tradicional, nem popular, nem familiar, sendo geralmente heterônimo. A diferenciação descrita aqui discorda, em parte, da recente classificação proposta pelo Ministério da Saúde brasileiro para as diferentes “fitoterapias” na APS, que a distingue em apenas três vertentes: popular, tradicional e científica ocidental. A primeira vertente refere-se ao uso doméstico e de curadores populares das plantas medicinais; a segunda inclui os saberes tradicionais ou diferentes racionalidades médicas; e a terceira refere-se às evidências científicas de plantas medicinais (Brasil, 2012).

Para sintetizar a abordagem aqui proposta, o uso de plantas medicinais no Brasil pode ser autônomo (familiar, podendo ou não ser tradicional) ou heterônimo. Neste último caso, pode ser popular, tradicional, científico ou afiliado a outra racionalidade médica. A fitoterapia, ainda, pode ser vista como um recurso terapêutico (produto) e/ou prática de saúde (ação) vinculada à cultura ou ao saber do usuário e sua família, ou do cuidador que orienta ou prescreve (terapeuta popular, tradicional, da biomedicina ou de outra racionalidade).

Por outro lado, existe ainda forte “estado de opinião”, tanto no senso comum como no senso douto, associando o uso familiar, popular e tradicional de plantas medicinais à pobreza e ou falta de desenvolvimento. Para Santos (2000), o que subjaz a esse pensamento é a crença de que há apenas uma forma de desenvolvimento, atrelado às instituições centrais na modernidade: o estado territorial, o direito estatal territorial e a ciência moderna. O sucesso dessa ideia de desenvolvimento se deve ao fato de que essas formas de poder, de direito e de conhecimento sobrepujaram com algum êxito outras formas estabelecidas nos chamados “espaços estruturais” da sociedade moderna: o espaço doméstico, da produção, do mercado, da comunidade, da cidadania e o espaço mundial.

Ainda segundo Santos (2007), a sociedade contemporânea se assenta em dois pilares: o da regulação e o da emancipação. O primeiro constitui-se em obrigações envolvendo o Estado, o mercado e a comunidade. A obrigação política do Estado é vertical e se dá entre cidadãos e o Estado. A regulação do mercado é individualista e antagonica entre concorrentes. No princípio da comunidade, essa relação é horizontal, solidária e se processa entre membros da comunidade. O pilar da emancipação é formado pela racionalidade cognitiva e instrumental da ciência, pela estético-expressiva das artes e literatura e pela moral. Todavia, a ciência e o direito, categorias emancipatórias no

início da modernidade, tornaram-se, no seu transcorrer, categorias regulatórias hegemônicas a serviço das forças do mercado e das grandes corporações.

A estratégia contra-hegemônica proposta por Boaventura Santos, da qual este estudo se aproxima, envolve a reconstrução do polo da emancipação na contemporaneidade. O espaço da comunidade seria um espaço social fértil para essa reconstrução, que tem sido pouco elaborado pela modernidade e pela ciência (Freitas, Porto, 2011). Nesse sentido, desviando do ideário moderno cientificista, este estudo compartilha da perspectiva de que não há somente um único saber válido para o cuidado à saúde e o uso de plantas medicinais e fitoterápicos, especialmente no ambiente da APS. Isso significa considerar a APS como um ambiente favorável ao diálogo respeitoso e mutuamente enriquecedor entre saberes, técnicas, tradições e racionalidades diversas em saúde (leigas e especializadas). Contudo, as forças políticas hegemônicas, a regulação do mercado e as informações de massa de certa forma manipulam profissionais e cidadãos criando falsas necessidades (Marcuse, 1964), fazendo os medicamentos fitoterápicos parecerem o único meio seguro, eficaz e racional de consumo e cuidado com plantas medicinais, o que deságua em restringir a fitoterapia à prescrição profissional na APS. Este pensamento unidirecional cultiva ideias, anseios e objetivos que reduzem o universo de ações de fitoterapia ao campo científico, reforçando uma monocultura biomédica médico-centrada. Neste sentido, quanto mais racional, cientificista, técnica e rígida for a gestão dos serviços e a formação dos profissionais de saúde, tanto mais inimagináveis se tornam ações e meios de se inserir a fitoterapia na APS para além do conhecimento técnico-científico.

Diversamente, a inserção da fitoterapia na APS poderia contribuir para a “ecologia de saberes” na APS. Segundo Santos e Meneses (2010), a ecologia de saberes não propõe excluir ou diminuir a credibilidade do saber técnico-científico, mas não o considera como única verdade (monocultura). O saber técnico-científico deve ser entendido como parte de uma ecologia mais ampla de saberes e que possibilita um diálogo qualificado. Isso não significa que tudo vale do mesmo modo, mas que o saber técnico-científico não é o único, pois há outros saberes circulantes na sociedade que poderiam ser valorizados quanto ao uso de plantas medicinais, particularmente na APS.

### **Métodos**

Realizou-se uma revisão de literatura reconhecida como metaestudo (Partenson et al., 2001), tendo a busca sido direcionada pela pergunta: *Quais ações/programas com plantas medicinais na APS foram descritos na literatura no período 1988-2012?*

A busca deu-se nas bases de dados: Scielo, Lilacs, PubMed, Scopus, Web of Science e Portal de Teses Capes, no período entre 01/01/1988 a 18/08/2012, utilizando Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e palavras-chaves. A figura 1 apresenta a estratégia de busca e uma síntese do processo de obtenção dos artigos selecionados para o metaestudo, mapeando e justificando as exclusões.

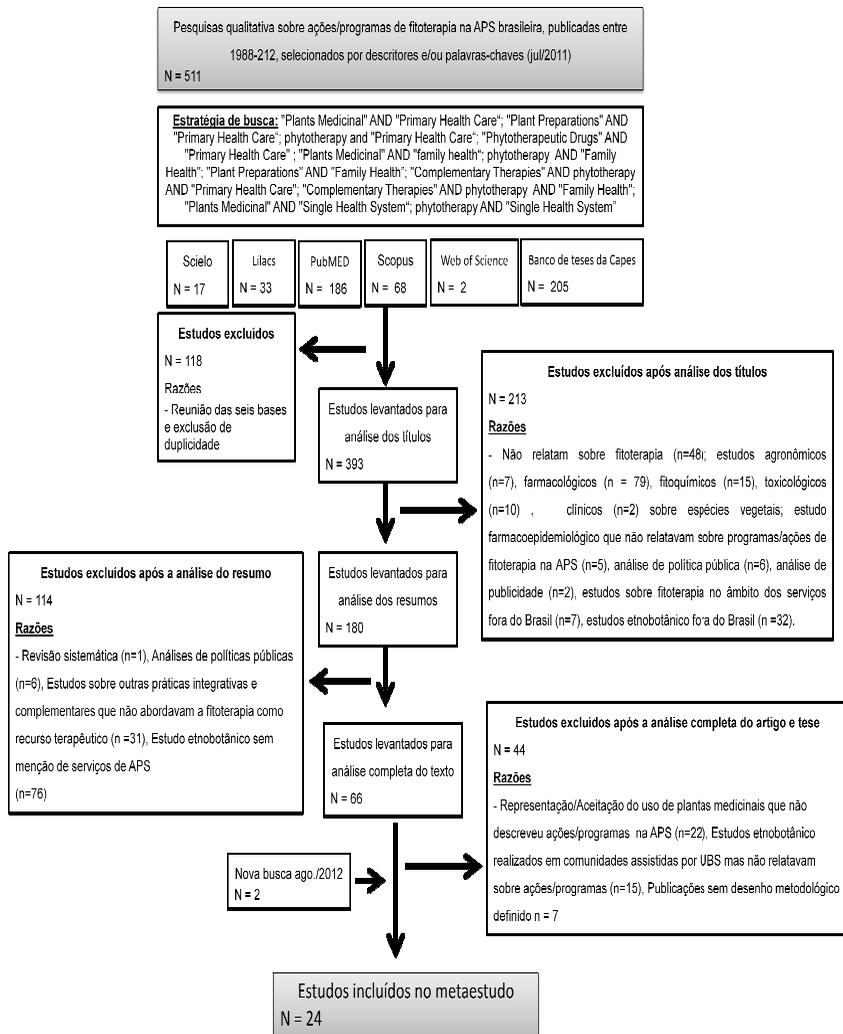


Figura 1 - Síntese do processo de obtenção dos artigos selecionados para o metaestudo

Foram identificados 511 trabalhos, porém, após a leitura dos títulos, resumos e textos completos, foram selecionados 24 publicações de acordo com os critérios de inclusão (pesquisas qualitativas sobre ações/programas com plantas medicinais nos serviços de APS, publicadas entre 1988-2012) e de exclusão, tais como: editoriais,

matérias jornalísticas, protocolos cínicos, resenhas, comentários, revisão, manuais, pesquisas agronômicas, etnobotânicas, fitoquímicas, farmacológicas, toxicológicas, estudos fora do Brasil, pesquisa de percepção, aceitação e/ou representação social que não se referem a uma ação ou programa específico.

Os artigos selecionados foram analisados a partir dos pressupostos teóricos (metateoria), abordagem metodológica (metamétodo) e resultados dos estudos (meta-análise dos dados). Por intermédio dessas sínteses parciais, foi elaborada uma síntese final, adiante apresentada (Spadacio et al., 2010; Castellanos et al., 2011).

### Resultados

Verificou-se uma concentração das publicações entre 2004 a 2008 publicadas em periódicos na área de Saúde Coletiva e Farmácia com participação de pesquisadores de diferentes área (quadro 1). Este fato pode estar relacionado ao estímulo institucional concretizado pela edição da PNPIC e da PNPMF em 2006.

1º autor	Ano	Revista/Instituição	Formação do Primeiro Autor	Local da ações/programas	Total / ano
Araújo	2000	Interface (Botucatu)	Antropóloga	Londrina/PR	2
Negreiro	2002	Universidade Federal Ceará	Enfermeira	Pereiro/CE	
Ogava	2003	Rev. bras. farmacogn.	Farmacêutica	Maringá/PR	2
Teixeira	2003	Universidade Estadual do Rio de Janeiro	Farmacêutico	Juiz de Fora/MG	
Graça	2004	Saúde debate	Médica	Curitiba/PR	6
Reis	2004	Saúde debate	Médica	Rio de Janeiro/RJ	
Moretti-Pires	2004	Saúde debate	Enfermeira	Ribeirão Preto/SP	6
Sacramento	2004	Saúde debate	Médica homeopata	Vitória/ES	
Carneiro	2004	Saúde debate	Farmacêutica	Itapipoca/CE	2
Michiles	2004	Rev. Bras. Farmacogn.	Farmacêutica-sanitarista	Rio de Janeiro/RJ	
Damas	2005	Universidade Federal de Santa Catarina	Médico	Florianópolis/SC	2
Leite	2005	Saúde debate	Farmacêutica	Itajaí/SC	
Cavalazzi	2006	Universidade Federal de Santa Catarina	Médica	Florianópolis/SC	6

Diniz	2006	Saúde debate	Médico de família	Londrina/PR	
Silva	2006	Rev. Bras. de farmacogn.	Farmacêutica	Maracanaú/CE	
Matos	2006	Rev. Ciências Agroveterinárias	Farmacêutico	Fortaleza/CE	
Guimarães	2006	Saúde debate	Farmacêutica homeopata	Betim/MG	
Oliveira	2006	Rev. bras. plantas med.	Secretária Municipal	São Paulo/SP	
Brasil	2008a	Rev. Bras. Saúde da Família	-	Campinas/SP	
Brasil	2008b	Rev. Bras. Saúde da Família	-	Amapá/AP	
Brasil	2008c	Rev. Bras. Saúde da Família	-	Quatro Varas/CE	4
Guizardi	2008	Inteface (Botucatu)	Psicóloga	Vila Velha/ES	
Nagai	2011	Ciência saúde colet.	Enfermeira	Campinas/SP	1
Santos	2012	Universidade Federal de Santa Catarina	Farmacêutica	Florianópolis/SC	1

Quadro 1 - Caracterização dos artigos analisados, segundo ano de publicação, revista, tipo de publicação, local da realização, formação do primeiro autor (SC).

É interessante o fato de que no país com a maior biodiversidade do mundo, com extensão continental e grande riqueza cultural e de saberes sobre plantas medicinais, oriunda das suas três matrizes étnicas (indígena, africana e europeia, conforme Ribeiro [1997]), a fitoterapia na APS disponha de apenas 24 experiências analisadas e disponíveis na literatura científica. Algumas hipóteses gerais podem ser levantadas a respeito. Deve haver subregistro e ou pouco interesse acadêmico sobre o tema em relação à quantidade e diversidade maior de experiências com fitoterapia na APS no país. Também há pouco ou nenhum apoio governamental e das instituições de fomento para o tema, o que deve ser lamentado frente ao grande potencial de uso, de produção de conhecimento e de tecnologia desperdiçados (Santos, 2000; Viegas, Bolzani, Barreiro, 2006). O tema das plantas medicinais é persistentemente subvalorizado no Brasil, pois há predomínio de uma visão centrada na quimioterapia (princípios ativos únicos), o que faz o uso das plantas medicinais parecer um resquício de tempos subdesenvolvidos e, portanto, pouco aberto a modos mais complexos de entendimento da ação das plantas sobre o ser humano. Mesmo,

buscando o isolamento de princípios ativos, que é melhor dirigido pelos usos tradicionais das plantas, esse pioneirismo potencial do país é evidente (Villas Boas, Gadelha, 2007; Viegas, Mello, 2008; Barreiro, Bolzani, 2009). Também deve estar envolvida nessa escassez de estudos a ausência de integração de áreas de conhecimento (química, bioquímica, farmacologia, botânica, tecnologia farmacêutica, etc.) necessários para obter um resultado efetivo na pesquisa e desenvolvimento de novos fitoterápicos (Villas Boas, Gadelha, 2007).

### **Metateoria**

Foram identificados dois eixos centrais de motivações e objetivos que impulsionaram diferentes práticas com fitoterapia. O primeiro (coluna da esquerda do Quadro 2) inclui programas com perspectiva educacional, social e ambiental; o segundo (coluna da direita do Quadro 2), programas com ênfase em saberes e práticas científicas.

**Síntese esquematizada de motivações, objetivos e práticas das ações/programas de plantas medicinais na APS analisados**

Ações/programas com diversidade de saberes e práticas, mais voltados a atividades para a comunidade, com perspectiva educacional, social e ecológica (ambiental)		Ações/programas com ênfase na prescrição profissional de medicamentos fitoterápicos e plantas medicinais cientificamente padronizadas	
Motivações	Objetivos	Motivações	Objetivos
Identificação botânica	Orientar o uso de plantas aos profissionais e usuários	Diversificar opções terapêuticas	Dispensar medicamentos fitoterápicos manipulados e industrializados
Desmedicamentização	Reduzir uso desnecessário de psicotrópicos		
Hortas caseiras para prevenir terrenos baldios	Prevenir animais peçonhentos e mosquitos	Políticas públicas	Estabelecer políticas públicas na área de preservação, pesquisa e utilização de plantas medicinais
Solidariedade e qualidade de vida	Promover diálogo entre diferentes saberes e solidariedade		
Vínculo, humanização	Estimular troca de experiências, vínculo da equipe de saúde com comunidade	Educação em saúde científica	Orientar o uso “correto” das plantas
Educação ambiental	Estimular a educação ambiental	Redução de custos	Ofertar a população uma alternativa medicamentosa segura, eficaz e barata
Agricultura familiar	Incentivar agricultura familiar como forma de melhorar a qualidade de vida		
Interculturalidade	Preservar a diversidade cultural brasileira		

**Ações e Práticas na APS**

Reuniões com a comunidade, horto florestal para preservação de espécies em extinção, hortas (escolas, creches, unidades de saúde, entidades comunitárias em conjunto a ESF, caseira, em terrenos baldios), laboratório de manipulação de fórmulas populares, agricultura familiar, viveiro, adubo orgânico de reciclagem de lixo, orientações aos usuários e estímulo ao uso autônomo	Farmácia de manipulação, palestras educativas, informativos, cartilhas para visitas domiciliares, banco de dados computadorizado, serviço de troca de informações com outros grupos que exerçam atividades afins, curso de noções de fitoterapia, horto didáticos (identificação botânica para isolamento de compostos)
---	---

**Quadro 2 – Objetivos e motivações para implantação de ações/programas com plantas medicinais na APS brasileira**

Os principais referenciais teóricos dos programas estudados seguiram a proposta de Farmácia-Viva de Fortaleza/CE idealizado por Francisco José de Abreu Matos e norteada pela etnofarmacologia e farmacognosia (Matos, 2006), bem como o Projeto Vida Verde de Curitiba/PR (Graça, 2004), baseado na educação ambiental.

### Metamétodo

A abordagem metodológica utilizada pelas pesquisas é variada. Dos estudos analisados no quadro 3, destacaram-se os relatos de experiências e os estudos de casos. O estudo de Santos (2012) utilizou o método da pesquisa-ação. Para Santos (2005) a pesquisa-ação consiste na definição, execução e participação de projetos de pesquisa, envolvendo as comunidades e organizações sociais ligados a um problema, cuja solução pode ser benefício dos resultados da pesquisa. Os interesses sociais são articulados com os científicos e a produção do conhecimento ocorre estreitamente ligada à satisfação de necessidades dos grupos sociais que não têm poder para pôr o conhecimento técnico e especializado ao seu serviço pela via mercantil.

Iº autor	Ano	Ação/programa	Método	Técnica de coleta
Araújo	2000	Londrina/PR	Estudo etnográfico	Entrevista, OP
Negreiro	2002	Pereiro/CE	EUM	Questionário
Ogava	2003	Maringá/PR	Relato de experiência	NI
Teixeira	2003	Juiz de Fora/MG	Estudo de caso	Entrevista
Graça	2004	Curitiba/PR	Relato de experiência	NI
Reis	2004	Rio de Janeiro/RJ	Relato de experiência	NI
Moretti-Pires	2004	Ribeirão Preto/SP	Relato de experiência	NI
Sacramento	2004	Vitória/ES	Relato de experiência	NI
Carneiro	2004	Itapipoca/CE	Relato de experiência	NI
Michiles	2004	Rio de Janeiro/RJ	Relato de experiência	NI
Damas	2005	Florianópolis/SC	Estudo transversal	Entrevista
Leite	2005	Itajaí/SC	Estudo de caso	Entrevista, OP
Cavalazzi	2006	Florianópolis/SC	Pesquisa qualitativa observacional	Entrevista
Diniz	2006	Londrina/PR	Relato de experiência	NI
Silva	2006	Maracanaú/CE	EUM	Entrevista
Matos	2006	Fortaleza/CE	Relato de experiência	NI
Guimarães	2006	Betim/MG	Relato de experiência	NI
Oliveira	2006	São Paulo/SP	Pesquisa documental	Entrevistas
Brasil	2008a	Campinas/SP	Relato de experiência	NI
Brasil	2008b	Amapá/AP	Relato de experiência	NI
Brasil	2008c	Quatro Varas/CE	Relato de experiência	NI
Guizardi	2008	Vila Velha/ES	Estudo de caso	Entrevista e questionário
Nagai	2011	Campinas/SP	Representação social	Entrevista
Santos	2012	Florianópolis/SC	Pesquisa-ação	Seminário

**NI = Não identificado; OP = Observação Participante; EUM = Estudo de utilização de medicamento**

**Quadro 3** - Caracterização da abordagem metodológica dos artigos revisados

Poucos estudos declararam a técnica de análise de dados utilizados. Dentre as exceções, mencionou-se a análise de conteúdo (Leite, Schor, 2005; Damas, 2005; Cavalazzi, 2006; Silva, 2006; Matos, 2008). Dentre os estudos que adotaram a análise de conteúdo, destacou-se a influência da representação social, da etnografia, dos estudos de utilização de medicamento e do estudo de caso (quadro 3).

### **Meta-análise**

As práticas de fitoterapia na APS giraram em torno de quatro focos. O primeiro refere-se a aspectos estruturais e políticos da organização das formas de trabalho com a fitoterapia; o segundo trata das plantas medicinais e seus derivados; o terceiro inclui as ações educativas; e o quarto as ações intersetoriais e a participação comunitária.

### **Gestão municipal, saber técnico-científico e trabalho na APS**

Os aspectos estruturais da gestão dos serviços de saúde e o predomínio do saber biomédico orientam, muitas vezes, a forma de organizar o trabalho com plantas medicinais e fitoterápicos na APS (Alvim, Cabral, 2001). Pode-se compreender essa situação considerando que esta associação gera uma hegemonia no campo institucional (Brasil, 2008c). Se tal hegemonia é forte, tende a direcionar o processo para a inserção da fitoterapia científica, médico-centrada (esquemático no quadro da direita na Figura 2). Neste caso, a fitoterapia reduz-se a mais um tipo de medicamento.

A expansão da fitoterapia científica pode ser vista aqui como o avanço da indústria farmacêutica para áreas pouco exploradas, por meio da expansão do domínio do saber científico de caráter regulatório atrelado a interesses comerciais. A fitoterapia familiar, popular e tradicional servem, nessa perspectiva, apenas como indícios para fitoterapia científica. Mas a situação não se restringe ao lado direito da figura 2. Há também espaços institucionais e sociais favoráveis à interação entre saberes e práticas locais com o saber técnico-científico (quadro à esquerda da Figura 2).

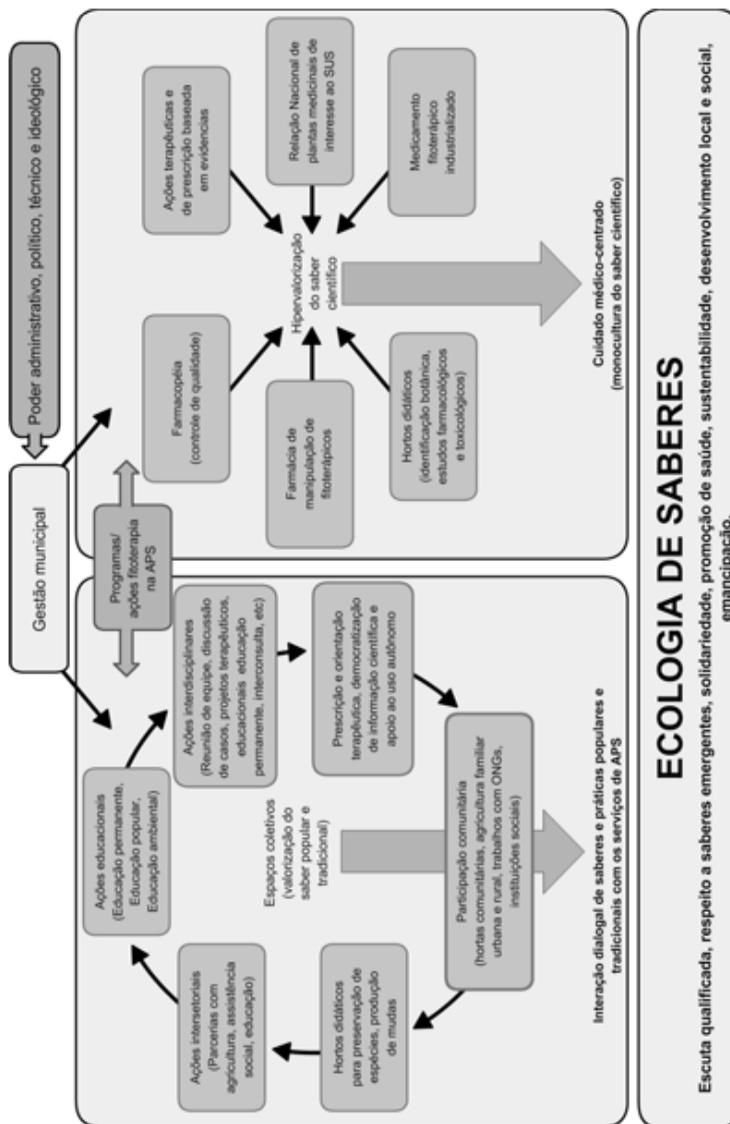


Figura 2– Enfoques, características e práticas dos programas e ações de fitoterapia e plantas medicinais na APS brasileira.

Verificaram-se na literatura analisada diferentes formas de trabalho com plantas medicinais no âmbito dos serviços de APS, que podem ser mais ou menos complementares entre si:

1) Farmácia-viva: atividades sistematizadas que realizam cultivo, coleta, processamento, armazenamento, manipulação e dispensação de plantas medicinais e fitoterápicos manipulados;

2) Farmácia de manipulação de fitoterápicos: área de manipulação dos derivados de matéria-prima vegetal processados conforme legislação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);

3) Dispensação de planta seca (droga vegetal): refere-se às atividades relacionadas à secagem e dispensação de planta seca em forma de chás industrializados;

4) Dispensação de medicamentos fitoterápicos: o elenco de fitoterápicos faz parte do componente básico da Assistência Farmacêutica da Relação Nacional de Medicamentos;

5) Hortos didáticos: áreas destinadas ao cultivo de plantas *in natura*, identificação botânica, preservação de espécies em extinção e estudos, ensino sobre plantas;

6) Hortas comunitárias: áreas destinadas ao cultivadas orgânico, secagem artesanal, troca ou doação de mudas de espécies vegetais em grande maioria sem identificação botânica, mas baseado na cultura popular e tradicional;

7) Oficinas de remédios caseiros: áreas e ações destinadas a preparo e distribuição de fórmulas tradicionais fitoterápicas e mudas de plantas por instituições não governamentais (por exemplo, pastoral da saúde);

8) Grupos de estudo e/ou rodas de conversas sobre plantas medicinais: espaço coletivo, sistematizado e organizado, de interação de saberes com finalidade educativa para discutir e orientar o uso de plantas medicinais, voltados aos profissionais e à comunidade.

As formas de trabalho 1,2, 3 e 4 acontecem sob supervisão do farmacêutico e possuem legislação específica (quadro 4). As atividades 1, 5 e 6 podem contar com o apoio técnico de um agrônomo, técnico agrícola e/ou botânico (Brasil, 2012). A atividade 7 e 8 representam iniciativas familiares, populares e tradicionais baseadas nos seus próprios conhecimentos que ocorrem com ou sem participação de profissionais de saúde. Tais possibilidades abrem espaço para diversas formas de trabalho que incluem e vão além do uso terapêutico da fitoterapia como remédio prescrito, mas todas elas precisam de algum

modo, administrar, ao menos no ambiente dos serviços públicos de saúde, a questão da segurança, da eficácia e da qualidade.

### **A planta medicinal e seus derivados**

A PNPMF foi elaborada buscando contemplar a diversidade biológica brasileira, aliada ao compromisso de seguir ou propor legislações específicas para o setor, visando a oferta de serviços com segurança, eficácia e qualidade, com o objetivo de garantir à população brasileira o acesso seguro, na perspectiva da integralidade da atenção à saúde, considerando o conhecimento tradicional sobre fitoterapia (Brasil, 2006a,b). Contudo, o excesso de exigências científicas para garantir a qualidade, eficácia e segurança de fitoterápicos presentes nas legislações vigentes no Brasil, conforme ilustra o Quadro 4, vem dificultando a inclusão das plantas medicinais na APS, pois não existem grandes centros de distribuição no país que cumprem todos os critérios exigidos para o fornecimento de matéria-prima vegetal aos municípios: laudo de instituto agrônomo, ausência de resíduos tóxicos, identificação botânica da planta, alvará de funcionamento da vigilância sanitária do local onde foi cultivada. Todas essas exigências fazem com que poucos produtores orgânicos e/ou agricultores locais consigam participar dos processos licitatórios (Silva et al., 2006).

Além disso, pode-se citar a falta de experiência dos profissionais para compra de mudas e sementes e cultivo das espécies vegetais, o que acaba prejudicando o acesso às plantas medicinais nos serviços de APS (Sacramento, 2004).

Produtos	Documento	Objetivo
Plantas medicinais	Lei nº 5991 17 de dezembro de 1973	Controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos e insumos farmacêuticos e correlatos.
	Decreto nº 5.813 de 22 de junho de 2006	Política Nacional de Plantas Medicinais
	Renusus	Relação Nacional das plantas medicinais de Interesse ao SUS
Droga Vegetal	Resolução RDC 10, de 9 de março de 2010	Notificação de droga vegetal na ANVISA
	Resolução RDC nº. 267 de 22 de setembro de 2005	Regulamento Técnico de Espécies vegetais para o preparo de chás
	Resolução RDC nº 219, de 22 de dezembro de 2006	Espécies vegetais e parte(s) de espécies vegetais para o preparo de chás.
	Resolução RDC 17, de 16 de abril de 2010	Boas Práticas de Fabricação de Drogas Vegetais sujeitas à notificação
Fitoterápico manipulado	RDC nº67, de 08 de outubro de 2007	Boas Práticas de Manipulação de Preparações Magistrais e Oficiais para

		Uso Humano em Farmácias
	Resolução RDC nº 87, de 21 de novembro de 2008.	Boas Práticas de Manipulação em Farmácias.
Medicamento fitoterápico	Resolução RDC nº 48 de 16 de março de 2004	Registro de medicamentos fitoterápicos.
	RE nº 90 de 16 de março de 2004.	Guia para os estudos de toxicidade de medicamentos fitoterápicos.
	RE nº 91, de 16 de março de 2004	Guia para realização de alteração, inclusões, notificações e cancelamento pós registro de fitoterápicos
	Resolução RDC nº 95, de 11 de dezembro de 2008	Texto de bula de medicamentos fitoterápicos.
	Instrução normativa nº 05, de 11 de dezembro de 2008	Lista de medicamentos fitoterápicos de registro simplificado.
	Instrução normativa nº 05, de 31 de março de 2010	Lista de referências bibliográficas para avaliação de segurança, eficácia de medicamentos fitoterápicos
	Resolução RDC nº 14, de 31 de março de 2010	Registro de medicamentos fitoterápicos (atual)
	Resolução RDC nº 17 de 16 de abril de 2010	Boas Práticas de Fabricação de Medicamentos (inclui parte específica de medicamentos fitoterápicos)
	Portaria GM/MS nº 533, de 28 de março de 2012 (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais)	Elenco de fitoterápicos na Atenção Básica: alcachofra ( <i>Cynarascolumus</i> L.), aroeira ( <i>Schinusterebinthifolius</i> Raddi), babosa ( <i>Aloe vera</i> (L.) Burm. F.), cáscara-sagrada ( <i>Rhamnuspurshiana</i> DC.), espinheira-santa ( <i>Maytenusofficinalis</i> Mabb.), guaco ( <i>Mikaniaglomerata</i> Spreng.), garra-do-diabo ( <i>Harpagophytum procumbens</i> ), hortelã ( <i>Mentha x piperita</i> L.), isoflavona-de-soja ( <i>Glycinemáx</i> (L.) Merr.), plantago ( <i>Plantagoovata</i> Forssk.), salgueiro ( <i>Salix alba</i> L.), unha-de-gato ( <i>Uncaria tomentosa</i> (Willd. ex Roem. &Schult.))
	<b>Serviço de Fitoterapia no SUS</b>	
Farmácia Viva	Portaria nº 886, de 20 abril de 2010	Farmácia Viva no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
	Resolução RDC nº 18, de 3 de abril de 2013	Boas práticas de processamento e armazenamento de plantas medicinais, preparação e dispensação de produtos magistrais e oficinais de plantas medicinais e fitoterápicos em farmácias vivas no SUS

Quadro 4 – Principais legislação atualizadas sobre plantas medicinais e fitoterápicos vigentes até 2013

Fonte:

[http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg\\_norma\\_pesq\\_consulta.cfm](http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm)

Outro ponto é a dificuldade na padronização das Relações Municipais de Fitoterápicos (REMUMEFITO) e momentos terapêuticos pré-estabelecidos pelo Ministério da Saúde, pautados no saber técnico-científico, sem levar em conta a coleta de informação local para adequar as listas ao perfil epidemiológico, as necessidades e valorização das plantas medicinais de cada localidade (Carneiro, Pontes 2004; Pires, Borella, Raya, 2004; Silva et al., 2006; Matos, 2006).

### **Educação em saúde**

As atividades educativas descritas envolveram tanto a comunidade quanto profissionais da saúde, conforme organização política-administrativa dos serviços de APS (Araújo, 2000; Oliveira, Simões, Sassi, 2006). Voltados à população, foram encontrados grupos de estudos, rodas de conversas, oficinas de troca de mudas de plantas, agricultura familiar, agroecologia, atividades intersetoriais e extensão universitária, valorizando a fitoterapia familiar, popular, tradicional e científica. Os referenciais utilizados foram educação popular, permanente e/ou ambiental (Carneiro, Pontes, 2004, Pires, Borella, Raya, 2004, Sacramento, 2004, Diniz, 2006, Santos, 2012).

Em ações voltadas aos profissionais, a educação permanente<sup>5</sup> (Ceccim, Feuerwerker, 2004) e a continuada<sup>6</sup> (Peduzzi et al., 2009) foram estratégias adotadas para minimizar as resistências à inserção da fitoterapia na APS (Santos, 2012). Muitas vezes, isso ocorre porque os profissionais não tiveram na graduação disciplinas sobre o tema. A

---

<sup>5</sup> Educação permanente em Saúde (EPS) é tomada com o significado de qualificação do pessoal da saúde estruturado a partir da problematização do seu processo de trabalho e das demandas do mesmo, com objetivo de transformação das práticas e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde (Ceccim, Feuerwerker, 2004)

<sup>6</sup> A Educação Continuada (EC) refere-se as ações educativas pontuais com enfoque na transmissão de conhecimento técnico-científico de acordo com a necessidades individuais de cada categoria profissional, com ênfase em cursos e treinamentos (Peduzzi et al., 2009).

opção adotada em alguns municípios foi o curso introdutório sobre plantas medicinais (Ogava et al., 2003; Reis et al., 2004; Rosa, Câmara, Béria, 2011).

Desse modo, a integração ensino-serviço, o momento da consulta, a visita domiciliar e as ações comunitárias foram citados como espaços favoráveis de troca, levando em consideração os saberes locais sobre os aspectos terapêuticos, agrônômicos, botânicos, químicos e farmacológicos das plantas medicinais para qualificar tanto o profissional quanto o usuário (Araújo, 2000; Pires, Borella, Raya, 2004; Reis et al., 2004; Nagai, Queiróz, 2011).

### **Ações intersetoriais e participação comunitária**

A fitoterapia extrapola o setor da saúde. Neste sentido, a falta de parcerias intersetoriais foi citada como uma dificuldade para avanço da fitoterapia na APS. Foram destacadas parcerias e cooperação técnica com: Instituto de Colonização e Reforma Agrária (INCRA), para desenvolver ações com assentamentos rurais (Pires, Borella, Raya, 2004); Secretaria Municipal do Meio Ambiente para o apoio às hortas caseiras, atividades de educação ambiental (Graças, 2004), sanear terrenos abandonados e controlar procriação de animais peçonhentos (Sacramento, 2004); horto didático para preservar e identificar espécies (Pires, Borella, Raya, 2004; Santos, 2012); de forma a valorizar o aspecto social e cultural da fitoterapia, envolvendo lideranças comunitárias, empresas e pesquisadores (Matos, 2006; Nagai, Queiróz, 2011).

Outros espaços como conselhos locais, assembleias comunitárias, projetos pedagógicos (Campos, 2007) foram citadas como estratégias que estimulam à participação comunitária para fortalecer inserção da fitoterapia na APS.

### **Fitoterapia na APS: interação de saberes e práticas de cuidado**

A análise da literatura revelou riqueza e diversidade de motivos de inserção da fitoterapia na APS. Dentre tais motivações e práticas sintetizadas no quadro 2, destaca-se o aspecto social e educativo da fitoterapia. Este aspecto vem semear uma perspectiva de promoção da saúde, cuidado autônomo e solidário, para além do saber científico. Todavia, o último não deve ser menosprezado. O enriquecimento das possibilidades terapêuticas para uso profissional (prescrição) é uma importante conquista da inserção das plantas medicinais na APS.

De qualquer forma, há que se tomar cuidado para que essa inserção não se centre no produto, apenas, para uso profissional, restringindo as ações ao universo regulatório científico-institucional (coluna da direita na Figura 2). Esse tipo de ação pode e deve estar associado ao diálogo com outros saberes e práticas sobre plantas medicinais existentes ou possíveis de fomento na comunidade, com outros significados e características (coluna da esquerda da Figura 2).

A promoção da saúde por meio da fitoterapia envolve o resgate de valores culturais, ao mesmo tempo em que estimula ações intersetoriais, facilitando vínculo equipe-comunidade, aproximação de profissionais e usuários, cuidado autônomo, desenvolvimento local, intersetorialidade e a participação comunitária. A inserção da fitoterapia, nesta perspectiva, demanda abordagens educativas que valorizem a criação de espaços que estimulem a valorização de saberes, a prudência e a análise crítica pelos profissionais e usuários sobre o uso de plantas medicinais (Carvalho, 2004). Mas, tal perspectiva parece encontrar no seu percurso obstáculos constantes interpostos pelo modelo de atenção médico-centrado e cientificista (Luz, 2005). Portanto, não basta a gestão municipal incentivar as ações de fitoterapia na APS ou regulamentar estas práticas por meio de instrumentos legais para garantir a sua oferta com qualidade. Faz-se necessário investimento na educação permanente e popular nos serviços, considerando as necessidades que emergem no cotidiano do processo de trabalho das equipes da APS a partir do vínculo e interação com as comunidades, para inserção de novas estratégias de cuidado que possibilitem também uma descentralização do poder-saber científico (Rosa, Câmara, Biéria, 2011; Santos et al., 2011).

Desse modo, é preciso incentivar ações de fitoterapia na APS que incluam e extrapolem a prescrição. Sua inserção talvez não represente uma diminuição de custos, mas antes a aceitação do saber do outro, o respeito por valores culturais e tradições e a construção de um vínculo solidário com a comunidade, de forma que se rompa com a dicotomia popular *versus* científico (Rosa, Câmara, Biéria, 2011). Elas propõem práticas mais holísticas com participação ativa da comunidade e com diversas formas de trabalho com as plantas medicinais para além do saber científico, incluindo-o (Sicoli, Nascimento, 2003).

No entanto, tais ambições exigem uma prática educativa centrada no diálogo, na solidariedade, na construção de parcerias, fomentando a corresponsabilidade e a politização individual e coletiva, componente da promoção de saúde que está ligada ao princípio do empoderamento

(Sícoli, Nascimento, 2003). Neste sentido, a educação popular pode ser um dispositivo que valoriza o saber de cada sujeito sem considerar o grau de formação escolar (Albuquerque, Stotz, 2004); o que é fundamental para reforçar a ecologia de saberes. A educação popular contribui, assim, para não se produzir práticas de divulgação de informação com enfoque apenas na transmissão de conhecimento técnico-científico (Peduzzi et al., 2009).

Aqui aparece um grande desafio e tensão, uma vez que a formação dos profissionais em saúde fundamenta-se no saber técnico-científico, vinculada, no geral, à perspectiva de conhecimento-regulação, unidirecional e prescritivo. Sua prática, influenciada e dominada pelo poder administrativo-político e orientado ideologicamente pelo saber biomédico, contribui para a resistência às mudanças. O que se observa nas universidades e serviços é que ainda não há um espaço significativo para a discussão sobre a validade do acervo cultural não-científico sobre plantas medicinais ou partes dele (Sena, 2007).

Bastos e Lopes (2010) discutem a insuficiência da formação dos enfermeiros da APS sobre fitoterapia. A rara inserção do tema das plantas medicinais nos cursos de medicina reflete a postura negativa destes frente aos saberes familiares, populares e tradicionais que circulam na sociedade (Rosa, Câmara, Béria, 2011).

A monocultura científica cria um contexto restrito com pouca abertura a novas possibilidades e alimenta a insegurança da corporação médica no que diz respeito à prescrição e às orientações. Tais representações fortalecem atitudes negativas ou receosas quanto à intenção da utilização de fitoterápicos na APS. Por isso, reforça-se a importância da educação permanente para este tema emergir das demandas cotidianas da prática assistencial e da relação profissional-usuário, além de atividades de educação popular para que se estimule a problematização de forma contextualizada, atendendo as singularidades dos lugares e pessoas (Ceccim, Feuerwerker, 2004; Peduzzi, et al., 2009).

A difusão do tema “fitoterapia” em atividades de educação permanente com as equipes de saúde nos serviços da APS é uma estratégia a ser adotada pelos gestores municipais (Thiago, Tesser, 2011; Santos, 2012). Também o incentivo às ações educativas com a comunidade ajuda a qualificar o trabalho com fitoterapia, implicando absorção de novos conhecimentos sobre o tema. A educação permanente e a popular em relação à fitoterapia podem proporcionar democratização

dos saberes, diálogo, aprendizado, orientação, escuta e enfrentamento criativo dos problemas de saúde presentes no cotidiano dos serviços, com melhoria da qualidade do cuidado. Elas fomentam a construção de práticas críticas, éticas e solidárias, suprindo a deficiência da formação dos cursos que omitem ou consideram a fitoterapia como disciplina optativa. Isso leva muitos acadêmicos a considerarem-na pouco importante, quando é particularmente relevante e pode ser realizada tanto nas práticas profissionais individuais quanto coletivas, com o objetivo de ampliar a autonomia e a capacidade de intervenção das pessoas sobre suas próprias vidas (Campos, 2007).

Esta interação entre diferentes saberes parece ser o caminho para o fortalecimento de uma política que “não visa só redução de custo” e validação e certificação de produtos fitoterápicos tecnicamente elaborados, mas, sobretudo, aponta para a promoção da saúde, a escuta qualificada, a solidariedade e a emancipação social. As ações educativas, intersetoriais e com participação ativa da comunidade podem contribuir na articulação de projetos de fitoterapia que reforçam a ecologia de saberes.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Numa perspectiva ampla, a fitoterapia pode e deve ser considerada como um campo de interação de saberes e práticas que valoriza os recursos culturais, práticas e saberes locais, a preservação das riquezas naturais e da biodiversidade, a interação dos usuários com a natureza e com os profissionais da equipe de saúde, além de enriquecer as possibilidades terapêuticas autônomas e heterônomas. Também pode promover a socialização da pesquisa científica e desenvolver visão crítica na população sobre o uso de plantas medicinais na APS e no setor familiar. A diversidade das experiências na APS registradas corroboram essas potencialidades.

Esta forma de pensar o tema pode contribuir, ainda, para geração de empregos e renda e para o fortalecimento da APS, como estratégia visando qualificar a escuta a outros saberes circulantes na comunidade, importantes para promoção de saúde e o cuidado tanto institucional quanto não institucional. Assim, os saberes leigos, populares e tradicionais podem ser vistos como uma possibilidade de aproximação do profissional da saúde a do usuário. Neste contexto, o princípio que orienta as relações de cuidado deve ser a solidariedade, a reciprocidade, o respeito e a valorização mútua. Esta interação entre comunidade e equipe de saúde pode ocorrer em encontros para compartilhar

experiências, tais como: identificação das plantas, o modo como são preparadas e indicadas e de que forma são usadas pela comunidade. Por seu turno, os profissionais de saúde capacitados apresentam evidências científicas disponíveis no momento, correlacionando os saberes populares com os estudos de composição química, ação farmacológica e nutricional, toxicidade, interação medicamentosa, contraindicações, posologia, aspectos botânicos e agrônômicos de espécies vegetais, além de identificar as diferentes espécies que podem ser reconhecidas com o mesmo nome popular.

As articulações intersetoriais favorecem a introdução da fitoterapia na APS. Com isso, a comunidade e os usuários organizados, com suas tradições, valores e saberes, bem como as instituições acadêmicas, de pesquisa e ensino, com seus critérios científicos, podem contribuir na construção de uma ecologia de saberes sobre plantas medicinais, em diálogos e decisões sobre os usos/orientações/prescrições das plantas medicinais e fitoterápicos na APS e no uso autônomo. Isso certamente contribuirá na construção de um conhecimento-emancipação que contrabalance e compense a forte tendência atual de enfatizar o aspecto de regulação dos saberes/práticas científicas sobre fitoterapia na APS.

## Referências

- ALBUQUERQUE, P. C.; STOTZ, E. N. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface (Botucatu)**, v. 8, n. 15, p.259-74, mar/ago 2004. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832004000200006>>. Acesso em: 23 jun. 2013
- ALVIM, N. A. L.; CABRAL, I. E. A aplicabilidade das plantas medicinais por enfermeiras no espaço do cuidado institucional. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 5, n. 2, p.201-210, 2001.
- ARAÚJO, M. A. M. de. Bactrins e quebra-pedras. **Interface (Botucatu)**, v. 4, n. 7, p.103-110, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v4n7/08.pdf>>. Acesso em: 23 jun. 2013.
- BARREIRO, E., BOLZANI, V. da S. Biodiversidade: fonte potencial para a descoberta de fármacos. **Quím. Nova**, v. 32, n. 3, p.679-688, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/qn/v32n3/a12v32n3.pdf>>. Acesso em: 23 jun. 2013.
- BASTOS, R. A.A, LOPES, A.M.C. A Fitoterapia na Rede Básica de Saúde: o Olhar da Enfermagem. **Rev. Bras. de Ciências da Saúde**, v.

14, n. 2, p.21-28, 2010. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/viewFile/3877/5299>>. Acesso em: 23 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 971, de 03 de maio de 2006a**. Dispõe sobre a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Disponível em: <[portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PNPIC.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PNPIC.pdf)>. Acesso em: 23 jun. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Decreto Presidencial nº 5813, 26 de junho de 2006b**. Dispõe sobre a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e dá outras providências. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/geral/fitoterapia\\_no\\_sus.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/geral/fitoterapia_no_sus.pdf)>. Acesso em: 23 jun. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 687 MS/GM, de 30 de março de 2006. Política Nacional de Promoção da Saúde. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pactovolume7.pdf>>. Acesso em: 5 jul. 2013.

\_\_\_\_\_. Terapias integrativas fazendo história em Campinas. **Rev. bras. Saúde da Família**, Ano XI, ed. especial, p.20-25, mai., 2008a. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/revcapa3.pdf>>. Acesso em: 23 jun. 2013.

\_\_\_\_\_. Amapá conta com centro de referência para toda a região Norte. **Rev. bras. Saúde da Família**, Ano XI, ed. especial, p.30-34, mai. 2008b. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/revcapa3.pdf>>. Acesso em: 23 jun. 2013.

\_\_\_\_\_. Terapia Comunitária se torna ferramenta essencial para tratamento de pequenos conflitos. **Rev. bras. Saúde da Família**, Ano XI, ed. especial, p.36-43. 2008c. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/revcapa3.pdf>>. Acesso em: 23 jun. 2013.

\_\_\_\_\_. Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica. **Cad. de Atenção Básica**, n. 31, p.27-84, 2012. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/miolo\\_CAP\\_31.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/miolo_CAP_31.pdf)>. Acesso em: 23 jun. 2013.

CAMPOS, G. W. D. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2007.

- CARNEIRO, S. M. O., PONTES, L.M.L. Da planta ao medicamento: experiência da utilização da fitoterapia na Atenção Primária à Saúde no município de Itapipoca/CE. **Saúde debate**, n. 30, p.50-55, mar. 2004.
- CARVALHO, S. C. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 4, p.1088-1095, jul-ago, 2004. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000400024>>. Acesso em: 23 jun. 2013.
- CAVALLAZZI, M. L. **Plantas medicinais na atenção primária à saúde**. 2006. Dissertação (Mestrado) - Pós-graduação em Ciências Médicas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.
- CASTELLANOS, M. E. P, et al. Evidências produzidas por pesquisas qualitativas sobre diabetes tipo 2: revisão da literatura. **Interface (Botucatu)**, v. 15, n. 36, p.257-273, jan./mar., 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n36/aop4810.pdf>>. Acesso em: 23 jun. 2013.
- CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, v. 14, n. 1, p.41-65, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>>. Acesso em: 23 jun. 2013.
- DAMAS, F.B **A fitoterapia com estratégia terapêutica na comunidade do Saco Grande II, Florianópolis/SC**. 2005. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Curso de graduação em Medicina, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.
- DINIZ, R. C. Programa Municipal de Fitoterapia no município de Londrina, Paraná. **Saúde debate**, n. 34, p.73-80, maio 2006.
- FERNANDES, T. M. D. **Plantas medicinais: memória da ciência no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.
- FREITAS, J. D. de; PORTO, M. F. Por uma epistemologia emancipatória da promoção da saúde. **Trab. educ. saúde (Online)**, v. 9, n. 2, p.179-200, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v9n2/02.pdf>>. Acesso em: 23 jun. 2013.
- GRAÇA, C. Treze anos de Fitoterapia em Curitiba. **Saúde debate**, n. 30, p.36-41, mar. 2004.
- GUIMARÃES G., MEDEIROS, J.C, VIEIRA, L. A. Programa fitoterápico Farmácia Viva no SUS, Betim-Minas Gerais. **Saúde debate**, n. 36, p.41-47, ago. 2006.
- GUIZARDI, F.L.; PINHEIRO, R. Novas práticas sociais na constituição do direito à saúde: a experiência de um movimento fitoterápico

- comunitário. **Interface (Botucatu)**, v. 12, n. 24, p.109-22, jan./mar. 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832008000100009>>. Acesso em: 23 jun. 2013.
- KLEINMAN, A. **Patients and healers in the context of culture**. Berkeley: University of California, Press, 1980.
- LAPLANTINE, F.; RABEYRON, P.L. **Medicinas Paralelas**. São Paulo: Brasiliense, 1989.
- LEITE, S. N.; SCHOR, N. Fitoterapia no Serviço de Saúde: significados para clientes e profissionais de saúde. **Saúde debate**, v. 29, n. 69, p.78-85, 2005.
- LUZ, M.T. Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no Fim do Século XX. **Physis**, v. 7, n. 1, p.145-176, 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73311997000100002>>. Acesso em: 23 jun. 2013.
- LUZ, M. T.; BARROS, N. F. **Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2012.
- MARCUSE, H. **A ideologia da sociedade industrial**. 4. ed. Rio de Janeiro : Zahar Editores, 1964
- MATOS, F. J. d. A. O projeto Farmácias-Vivas e a fitoterapia no nordeste do Brasil. **Rev. Ciências Agroveterinárias**, v. 5, n. 1, p.24-32. 2006.
- MENÉNDEZ, E. Modelos, saberes e formas de atenção ao padecimento: exclusões ideológicas e articulações práticas. IN: \_\_\_\_\_. **Sujeitos, saberes e estruturas: uma introdução ao enfoque relacional no estudo da Saúde Coletiva**, São Paulo: Hucitec, 2009, p. 17-70.
- METCALF, C.; BERGER, C.B; NEGRI, A.A. Medicina alternativas e complementares. In: Ducan, B. B. et al. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências**. 3. ed. Porto Alegre : Artmed, 2004.
- MICHILES, E. Diagnóstico situacional dos serviços de fitoterapia no Estado do Rio de Janeiro. **Rev. bras. farmacogn.**, v. 14, n. 1, p.16-19, 2004.
- NAGAI, S. C.; QUEIROZ, M. S. Medicina complementar e alternativa na rede básica de serviços de saúde: uma aproximação qualitativa. **Ciênc. saúde colet.**, v. 16, n. 3, p.1793-1800, 2011. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000300015>>. Acesso em: 23 jun. 2013.
- NEGREIRO, M. do S C. **Uso do medicamento fitoterápico na Atenção primária do município de pereiro-Ceará**. 2002. Monografia

(Especialização) - Pós-graduação em Saúde Pública, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2002.

OGAVA, S.E. N, et al. Implantação do programa de fitoterapia "Verde Vida" na secretaria de saúde de Maringá (2000-2003). **Rev. bras. farmacogn.**, v. 13, n. 1, p.58-62, 2003. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-695X2003000300022>>. Acesso em: 23 jun. 2013.

OLIVEIRA, M. J.R, SIMÕES, E C. SASSI, C.R.R. Fitoterapia no sistema de saúde público (SUS) no estado de São Paulo, Brasil. **Rev. bras. plantas med.**, v. 8, n. 2, p.39-41, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **The world medicines situation 2011**: tradicional medicines global, issues and challenges, Genebra, 2011.

PARTENSON, B. L. et al. **Meta-study of qualitative health research: a practical guide to meta-analysis and meta-synthesis**. Thousand Oaks, CA: Sage, 2001.

PEDUZZI, M. et al. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. **Interface (Botucatu)**, v. 13, n. 30, p.121-134, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000300011>>. Acesso em: 23 jun. 2013.

PIRES, A. M., BORELLA, J. C., RAYA, L. C. Práticas alternativas de saúde na atenção básica na rede SUS - Ribeirão Preto/SP. **Saúde debate**, n. 30, p.56-58, mar. 2004.

REIS, M. C.P, et al. Experiência na implantação do Programa de Fitoterapia do Município do Rio de Janeiro. **Saúde debate**, n. 30, p.42-49, mar. 2004.

RIBEIRO, D. **O povo brasileiro**: a formação e o sentido do Brasil. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

ROSA, C.; CÂMARA, S.G; BÉRIA, J. U. Representações e intenção de uso da fitoterapia na atenção básica à saúde. **Ciênc. saúde colet.**, v. 16, n.1, p.311-318, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000100033>>. Acesso em: 23 jun. 2013.

SACRAMENTO, H. T. do. O programa de fitoterapia do município de Vitória (ES). **Saúde debate**, n. 30, p.59-65, mar. 2004.

SANTOS, B. S. **A crítica da razão indolente**: contra o desperdício da experiência, 7 ed. v. 1, São Paulo: Cortez, 2000.

\_\_\_\_\_. **Semear outras soluções**: os caminhos da biodiversidade e dos conhecimentos rivais. *Civiliz. Brasil*, v. 4, 2005, p.21-121.

\_\_\_\_\_. **Renovar a teoria crítica e reinventar a emancipação social**. São Paulo: Boitempo, 2007. 62p.

SANTOS, B. S.; MENESES, M.P. (org.). **Epistemologia do Sul**. São Paulo: Cortez, p.31-84, 2010.

SANTOS, R. L. et al. Análise sobre a fitoterapia como prática integrativa no Sistema Único de Saúde. **Rev. bras. plantas med.**, v. 13, n. 4, p.486-491, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbpm/v13n4/a14v13n4.pdf>>. Acesso em: 23 jun. 2013.

SANTOS, M.C. **Práticas Integrativas e complementares na Atenção Primária à saúde de Florianópolis/SC: implantação, cogestão e educação permanente em saúde**. 2012. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

SENA J, et al. Política Intersetorial de Plantas Medicinais do Estado do Rio Grande do Sul. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, v. 28, n. 1, p.62-9, 2007.

SÍCOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. R. do. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface (Botucatu)**, v. 7, n. 12, p.101-122, 2003. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832003000100008>>. Acesso em: 23 jun. 2013.

SILVA, M. I. et al. Utilização de fitoterápicos nas unidades básicas de atenção à saúde da família no município de Maracanaú (CE). **Rev. bras. farmacogn.**, v. 16, n. 4, p.455-462, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbfar/v16n4/a03v16n4.pdf>>. Acesso em: 23 jun. 2013.

SPADACIO, C. et al. Medicinas Alternativas e Complementares: uma metassíntese. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n.1, p.7-13, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000100002>>. Acesso em: 23 jun. 2013.

TESSER, C. D.; BARROS, N. F. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. 5, p.914-20, 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008000500018>>. Acesso em: 23 jun. 2013.

THIAGO, DE C. S, TESSER, C. D. Percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre terapias complementares. **Rev. Saúde Pública**, v. 45, n. 2, p.249-257, 2011.

Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000002>>. Acesso em: 23 jun. 2013.

VIEGAS, C. Jr; BOLZANI, V. da S. BARREIRO, E.J. Os produtos naturais e a química moderna. **Quím. Nova**, v. 29, n. 2, p.326-337, 2006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-40422006000200025>> Acesso em: 23 jun. 2013.

VEIGA, V. J, MELLO, J.C. As monografias sobre plantas medicinais. **Rev. bras. farmacogn.**, v. 18, n. 3, p.464-471, jul./set. 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-695X2008000300022>>. Acesso em: 23 jun. 2013.

VILLAS BOAS, G. de K.; GADELHA, C. A. G. Oportunidades na indústria de medicamentos e a lógica do desenvolvimento local baseado nos biomas brasileiros: bases para a discussão de uma política nacional. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 6, p.1463-1471, 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000600021>>. Acesso em: 23 jun. 2013

ARTIGO 4 - ANÁLISE DOS FATORES FACILITADORES E DIFICULTADORES NO DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES/PROGRAMAS COM PLANTAS MEDICINAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE BRASILEIRA

O quarto “*Análise dos fatores facilitadores e dificultadores da inserção de ações/programas com plantas medicinais na Atenção Primária à Saúde brasileira*” será submetido à Revista da Saúde e Sociedade, Qualis **CAPES B1**, na área da Saúde Coletiva.



## **Resumo**

O objetivo do estudo foi conhecer os fatores facilitadores e dificultadores no desenvolvimento de ações/programas com plantas medicinais no âmbito do serviço de APS brasileira, bem como suas contribuições para o cuidado e a promoção da saúde nesse ambiente, a partir do olhar de profissionais de saúde de municípios selecionados. A pesquisa de abordagem qualitativa foi com 25 informantes-chaves. Os fatores facilitadores da organização de ações/programas com plantas medicinais foram: APS organizada via Estratégia Saúde da Família, existência de parcerias intersetoriais, infraestrutura adequada, ampla utilização das plantas pela população, interesse pelo tema por profissionais e aproximação do profissional com o usuário. Dentre os fatores dificultadores, destacaram-se: ausência de formação em plantas medicinais, legislação exigente, falta de recursos, falta de habilidade na identificação botânica, multiplicidade de nomes populares, ausência de estudos clínicos e falta de habilidade do profissional para conversar sobre o tema. Os resultados indicaram que o estímulo à educação permanente sobre plantas medicinais auxilia no diálogo profissional-usuário e os hortos didáticos contribuem para a identificação correta e o estímulo ao reconhecimento das espécies. Para maior inserção das plantas medicinais na APS, faz-se necessário incentivo às pesquisas clínicas, maior número de fitoterápicos na RENAME, inserção de plantas brasileiras nas farmacopeias e investimentos na capacitação dos profissionais. Dessa forma, será possível ampliar o uso de planta medicinal e fitoterápico como uma alternativa terapêutica, além de apoiar seu uso autônomo e aproximar os profissionais das comunidades.

**Palavras-chave:** Atenção primária à saúde, formas de trabalho com plantas medicinais, programas de fitoterapia.

## **Abstract**

The aim was to study the factors facilitating and inhibiting the development of a-ções/programas with medicinal plants in the Brazilian APS service, as well as their contributions to the care and health promotion in this environment, from the look of professional health of selected municipalities. A qualitative study was with 25 key informants. The factors that facilitate the organization of actions / programs with medicinal plants were organized APS via the Family Health Strategy, the existence of intersectoral partnerships, adequate infrastructure, extensive use of plants by the population, interest in the topic by professionals and professional approach to the user. Among the major

obstacles stood out: lack of training in medicinal plants, demanding legislation, lack of resources, lack of skill in botanical identification, multiple popular names, the absence of clinical studies and lack of ability of professionals to discuss the matter. The results indicated that the stimulus to continuing education about medicinal plants helps in user-professional dialogue and didactic nurseries help to identify and correct stimulus to species recognition. For greater inclusion of medicinal plants in APS, it is necessary incentive to clinical research, many of the herbal RENAME, inserting the pharmacopoeia Brazilian plants and investments in the training of professionals. That way, you can extend the use of medicinal plant and an alternative herbal therapy, and support its use autonomous and professional approach the communities.

**Key-words:** Primary health care, ways of working with medicinal plants, herbal medicine programs.

## INTRODUÇÃO

O trabalho dos profissionais de saúde na Atenção Primária à Saúde (APS) se constrói dinamicamente por meio da gestão dos serviços, da organização das rotinas dos profissionais e da relação destes com os usuários. Comumente, antes dos serviços de saúde, as pessoas podem usar outras práticas de saúde não biomédicas (Menéndez, 2009). Com isso, verifica-se o uso simultâneo de medicamentos e plantas medicinais, muitas vezes por desconhecimento das interações e efeitos adversos tanto pelo profissional quanto pelo usuário (Tomazzoni e col., 2006).

O uso de fitoterápicos ainda não é uma realidade ampla no âmbito dos serviços de APS. Além disso, as instituições formadoras não têm preparado adequadamente os profissionais para atuar com práticas integrativas e complementares, mantendo o enfoque numa formação hospitalocêntrica, especializada e centrada na tecnologia biomédica dura, provocando um estado de opinião negativa em relação a inclusão de práticas não-biomédicas na APS (Otani e col., 2011), apesar dos esforços institucionais brasileiros.

Para Santos (2000), o saber científico não se distribui socialmente de forma equitativa. As intervenções tecnológicas e científicas tendem a favorecer e servir grupos sociais que têm maior acesso ao saber científico. Este saber torna-se, então, uma força produtiva na sociedade contemporânea (tecnologismo, formação profissional, cultura

empresarial). Isto implica domínio, influência e relações interpessoais desiguais em instituições formadoras, gestores de serviços e entre profissionais, tornando invisível saberes emergentes, “do sul”, não científicos, conforme Santos e col. (2010). Esses autores designam a valorização da diversidade epistemológica do mundo como “Epistemologia do Sul”. A “Epistemologia do Sul” é o conjunto de intervenções epistemológicas que denunciam a desigualdade da relação saber-poder responsáveis pela supressão de muitas formas de saber próprios dos povos e/ou nações colonizadas. A ideia de ecologia de saberes proposta pelo autor valoriza os saberes emergentes estimulando um diálogo horizontalizado entre conhecimentos.

A fitoterapia pode ser um campo nobre de construção da ecologia de saberes no âmbito dos serviços de APS. Nesta perspectiva, a busca da credibilidade não compromete o saber científico. Trata-se, por um lado, de explorar a pluralidade interna da ciência, isto é, as práticas científicas que têm tornado visíveis outros saberes delas distintos por meio de pesquisas antropológicas e das etnociências; e, por outro lado, de promover a interação entre saberes científicos e outros saberes circulantes na sociedade (Santos e col., 2010), particularmente na APS. Por isso, o reconhecimento dos diferentes contextos de uso de plantas medicinais e dos saberes associados por parte dos profissionais contribui para uma comunicação clínica qualificada e para inserção da fitoterapia contextualizada, culturalmente, enriquecida na APS.

Para Damian e col. (2013), além da racionalidade biomédica, há outros contextos de uso e saberes que podem ser valorizados na APS: familiar, popular, tradicional e de outras racionalidades médicas (cf. Luz e col., 2012). Estes contextos direcionam as formas de uso de plantas medicinais, tanto o uso autônomo (realizada pelo próprio usuário) como o uso heterônomo (realizado por curadores tradicionais, populares, médicos – e outros profissionais de saúde - ou terapeutas de outras racionalidades), praticados no contexto comunitário, familiar e ou institucional. Ambos (profissional e usuário) cumprem papel decisivo na organização do trabalho com plantas medicinais no contexto desses serviços. Os usuários (uso autônomo) conhecem e compartilham saberes familiares, populares e tradicionais sobre plantas medicinais, enraizadas na cultura da sua comunidade. Os profissionais (uso heterônomo), por sua vez, portam ou devem portar saberes e práticas de origem científica e exercem influência na forma de inserção das plantas na APS (Santos F. e col., 2010).

Nos últimos 20 anos, registrou-se a inserção de ações/programas com plantas medicinais com diversas abordagens, motivações e práticas na APS, de alta relevância para promoção de saúde e para o cuidado profissional. A análise dessa diversidade faz expandir o olhar sobre as plantas medicinais e pensá-la como um recurso terapêutico (produto) a ser prescrito na lógica biomédica, pois introduz a discussão sobre a inserção das plantas medicinais como um dispositivo de discussão e aproximação de sujeitos ativos, ampliador da autonomia dos usuários e dos profissionais (Damian e col., 2013). O objetivo deste estudo foi analisar os principais fatores facilitadores e dificultadores, bem como as contribuições da fitoterapia para a APS.

## **MÉTOD**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa (Minayo e col., 2008) com 25 informantes-chaves (IC) (Who, 1994) que atuam em ações/programas com plantas medicinais na APS em quatro municípios brasileiros selecionados, por conveniência. Para a seleção, procurou-se identificar, dentre o universo de experiências descritas na literatura científica e nos documentos oficiais do Ministério da Saúde brasileiro, duas ações/programas paulistas e duas catarinenses que apontassem diversidade de práticas com plantas medicinais: 1 - farmácia de manipulação de fitoterápicos pública; 2 - prescrição de fitoterápicos por especialista; 3 - educação permanente em plantas medicinais; e 4 - ações intersetoriais com plantas medicinais. Alguns fatores restringiram a coleta de dados nos municípios paulistas: contexto político-administrativo, atraso na tramitação de liberação da pesquisa, insucesso no agendamento, suspensão temporária das atividades da farmácia, período eleitoral, desligamento de funcionários. Em função disso, optou-se pelo envio de um roteiro de entrevista escrita para Campinas/SP. Os IC de Ribeirão Preto/SP foram selecionados para entrevista por critério de inserção na formulação da política municipal que instituiu o programa. Tais limitações indicam a grande fragilidade das ações/programas com plantas medicinais (mesmo em experiências antigas e, supostamente, mais consolidadas) e sua dependência da conjuntura político-administrativa local, bem como das adequações nem sempre rápidas às normatizações (consideradas promotoras de melhorias para o setor) surgidas após a publicação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, em 2006.

A coleta de dados foi realizada entre dezembro/2011 a dezembro/2012. As entrevistas foram norteadas por três questões

centrais: *Fale de suas experiências com plantas medicinais na APS; fale sobre os fatores facilitadores e dificultadores da inserção da fitoterapia na APS e quais as contribuições das plantas medicinais para APS?*

Para as entrevistas, foram selecionados inicialmente 4 IC (um em cada cidade), identificados por meio de estudos publicados em revistas brasileiras indexadas e por critério de atuação ou por participação nas ações de implantação locais. A seleção de novos IC deu-se pela técnica de seleção *Snowball sampling* (Who, 1994), em que os primeiros entrevistados indicaram outros que, por sua vez, indicaram terceiros e assim sucessivamente, até se atingir uma saturação teórica, o que ocorreu na vigésima quinta entrevista (Fontenella e col., 2008).

Os depoimentos foram gravados, transcritos e categorizados por afinidade temática, a fim de aperfeiçoar a compreensão dos dados. Os entrevistados não foram identificados e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, de acordo com o Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (protocolo nº 2258/11).

A análise temática realizada deu-se em três fases: 1) leitura flutuante das entrevistas/grupos focais de modo a possibilitar um contato exaustivo com o material; 2) categorização das informações e agrupamento dos achados em tópicos semelhantes por frequência e relevância; 3) inferências e interpretações sobre o tema investigado (Minayo e col., 2008).

Os eixos temáticos foram previamente definidos: 1- fatores facilitadores e dificultadores da inserção de ações/programas com plantas medicinais na APS e 2 - Contribuições da fitoterapia e plantas medicinais na APS. As categorias emergiram da análise e constituíram temas recorrentes ou muito significativos e estão sistematizadas no quadro 1.

Eixo Temáticos	Categorias	
Fatores facilitadores	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Gestão, organização e rotinas de trabalho na perspectiva da ESF;</li> <li>✓ Existência ou realização de parcerias intersetoriais;</li> <li>✓ Existência hortos didáticos;</li> <li>✓ Oferta de ações de educação permanente aos profissionais;</li> <li>✓ Existência e ou confecção de guias, cartilhas, manuais terapêuticos;</li> <li>✓ Existência de infraestrutura e insumos adequados à demanda para garantia da qualidade, segurança e eficácia dos produtos e dos serviços ofertados à população (farmácia e insumos).</li> </ul>	Aspectos organizacionais/institucionais
	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Interesse, aceitação de profissionais qualificados nos serviços;</li> <li>✓ Ampla utilização das plantas pela população, participação comunitária fácil e a valorização do saber popular pelo profissional de saúde;</li> <li>✓ Incentivo à organização de ações educativas dialógicas e participativas nas UBS;</li> <li>✓ Presença de Comunicação profissional-usuário qualificada/dialógica (escuta, prescrição, orientação, indicação, apoio ao uso e cuidado).</li> </ul>	Cotidiano do trabalho dos profissionais de saúde
Fatores dificultadores	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Indústria farmacêutica, gestão das rotinas médico-centrada voltados para prescrição por especialista;</li> <li>✓ Regulamentação de fitoterápicos, normas de boas práticas de manipulação muito exigentes;</li> <li>✓ Falta de estrutura e recurso financeiro.</li> </ul>	Aspectos organizacionais/institucionais
	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Profissional sem formação em plantas medicinais e com resistência ao tema;</li> <li>✓ Falta de estudos clínicos sobre plantas brasileiras, dificuldades na identificação botânica e confusão gerada pelo nome popular.</li> </ul>	Cotidiano do trabalho dos profissionais de saúde
Contribuições	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Vínculo profissional-comunidade;</li> <li>✓ Educação em saúde, aprendizado mútuo (profissional e usuário);</li> <li>✓ Autoatenção, autonomia/empoderamento.</li> </ul>	Promoção de saúde
	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Prescrição, orientação, apoio ao uso adequado e adesão ao tratamento;</li> <li>✓ Ampliação dos recursos terapêuticos e otimização de recurso.</li> </ul>	Cuidado à saúde

**Quadro 1.** Eixos temáticos, categorias e subcategorias do estudo qualitativo.

**Fatores facilitadores e dificultadores da inserção da fitoterapia na APS**

O primeiro resultado que chama a atenção foi o fato de que os fatores dificultadores e facilitadores concentraram-se em dois eixos de preocupações: 1 - aspectos organizacionais e estruturais das ações/programas com plantas medicinais; e 2 - aspectos relacionados aos processos de trabalho na APS. O primeiro eixo refere-se às questões ligadas à garantia da qualidade, segurança e eficácia dos produtos e infraestrutura dos serviços ofertados à população. O segundo versa sobre o cotidiano de trabalho dos profissionais na prescrição, indicação, orientação e apoio ao uso, bem como no cultivo, ações educativas, identificação das plantas, manipulação e dispensação de plantas medicinais. Em relação ao cotidiano de trabalho com plantas medicinais na APS, observaram-se duas perspectivas: a) ações/práticas com ênfase educativa, social e ambiental voltadas à comunidade; e b) ações/serviços com ênfase na oferta de produtos fitoterápicos para população, como esquematizado na figura 1.

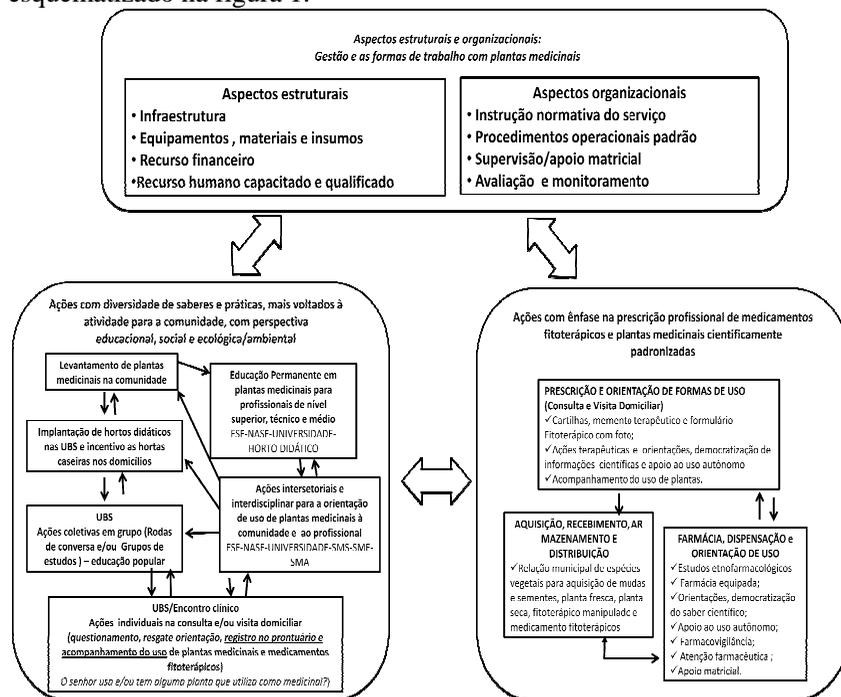


Figura 1 – Formas de trabalho com plantas medicinais na APS

Verificou-se que o trabalho com plantas medicinais é influenciado por questões políticas-ideológicas relacionado à gestão

municipal, à organização das rotinas e formação dos profissionais e em relação à interação da equipe de saúde com a comunidade. Estes achados corroboram com os estudos realizados por Santos R. e col. (2011), Silvello (2010), Santos F. e col. (2011), Batista e col. (2012), Damian e col. (2013).

Os entrevistados relataram que o contexto da APS favorece a inserção de diferentes ações com plantas medicinais, sintetizados no quadro 2.

Ações com ênfase em apoio à prescrição e à dispensação de plantas medicinais, fitoterápicos e medicamentos no contexto institucionalizado dos serviços de saúde de APS.	Ações	Finalidade	
		Dispensação de planta seca, medicamentos fitoterápicos industrializados.	Planta seca e medicamentos fitoterápicos do elenco do da Relação Nacional de Medicamentos e Lista de plantas da Resolução 10/10 (IC1, IC5).
		Farmácia de manipulação de fitoterápicos.	Área de manipulação e dispensação de plantas medicinais e seus derivados (IC1, IC5).
		Farmácia-viva.	Área destinada ao cultivo, coleta, processamento, armazenamento, manipulação e dispensação de plantas medicinais e fitoterápicos manipulados, conforme Portaria 886/2010 (IC4, IC5).
	Consulta/Prescrição, visita, domiciliar	Apoio, indicação e prescrição de plantas medicinais, fitoterápicos e medicamentos fitoterápicos numa consulta ou visita domiciliar de profissionais de atenção primária à saúde (IC17, IC18, IC15, IC5).	
Ações com ênfase em orientação e fomento ao uso de plantas medicinais e seus derivados no contexto comunitário e dos serviços de APS		Rodas de conversa sobre plantas medicinais.	Local de interação de saberes para discutir, apoiar e orientar o uso adequado plantas medicinais (IC4, IC9, IC11, IC34).
		Hortas comunitárias e em instituições de ensino.	Área destinada ao cultivo orgânico, doação de mudas e resgate cultural, popular e tradicional de plantas medicinais (IC34, IC10).
		Educação Permanente em plantas medicinais.	Capacitação de profissionais no trabalho para discutir o uso popular e científico das plantas medicinais, facilitando o reconhecimento das potencialidades e sua aplicabilidade segura e adequada na prática clínica (IC16, IC1, IC10).
		Horto didático	Áreas de plantio de plantas <i>in natura</i> , identificação botânica, preservação de espécies em extinção e estudos, ensino sobre plantas. Os hortos didáticos podem ser criados em escolas, universidades, unidades básicas de saúde com finalidade pedagógica. Há diferentes formas de organizá-los: vasos, forma de mandala, espiral, relógio biológico, corpo humano, garrafas recicladas (IC10, IC34).

**Quadro 2** - Possibilidades de trabalho com plantas medicinais na APS

Os serviços de saúde de APS são entendidos aqui na concepção abrangente proposta pela Conferência de Alma-Ata, que converge com os atributos da APS descritos por Starfield (2002) e que são orientados, no Brasil, pelos princípios e diretrizes do SUS e políticas nacionais respectivas: universalidade, acessibilidade, vínculo, longitudinalidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social, tomando por base o sujeito em sua singularidade e o contexto sociocultural em que ele está inserido. Assim, torna-se estratégica a oferta de ações e serviços de fitoterapia na APS, enquanto prática integrativa e complementar como relata IC7: *“a fitoterapia na APS aproxima a equipe de saúde da família, do local de onde as pessoas vivem. É neste contexto [comunidade] que acontecem as ações de fitoterapia”*.

Neste sentido, o contexto sociocultural no qual os serviços da APS estão inseridos é entendido como um espaço de aprendizagem, troca de saberes, contato e participação da comunidade. O encontro dos saberes locais com o saberes técnico-científico, no contexto institucionalizado, leva a ruptura da acomodação e da alienação tanto do profissional quanto do usuário, proporcionando um processo de “ação-reflexão-ação” com indagações e experimentações, através dos quais todos ensinam e também aprendem (Colliselli e col., 2009).

No entanto, a vivência prática com plantas medicinais no ambiente profissional, ainda, é percebida, mantida e estimulada por um pequeno grupo de profissionais. Muitas vezes, o interesse pelo tema está ligado à experiência de vida e às pessoas que acreditam que este conhecimento possa qualificar a interação profissional-usuário: *“eu sempre fui afim do tema, por isso a vontade de ter este contato”* (IC16). *“Se não houvesse o trabalho dela, não haveria este programa, com certeza”* (IC3). *“O médico trouxe este trabalho de conhecer o uso popular, orientar o usuário, fazer o estudo continuado [Florianópolis/SC]”* (ICE 8).

O trabalho dos Agentes Comunitários de saúde (ACS) foi pouco destacado pelos informantes-chave. Houve uma citação sobre o trabalho dos ACS em relação ao nível de formação em plantas medicinais: *“As ACS só tinham muita informação da casa da mãe”* (GF1). Segundo Paranaçu et al. (2009), a crença dos ACS a respeito dos saberes populares em plantas medicinais levam-nas a indicá-las às famílias assistidas. No entanto, observa-se a ausência do protagonismo deste profissional nas falas dos participantes desta pesquisa. Isto pode estar relacionado a uma desvalorização dos ACS, talvez por eles serem “os

menos escolarizados e profissionalizados, os menos “empoderados” nos serviços” (Silva e col., 2011, p. 4312). Entende-se que os ACS e líderes da comunidade têm um importante papel no levantamento e reconhecimento de espécies vegetais mais utilizadas pela população. Também são importantes no sentido de sua atuação junto à comunidade para mudar a concepção comum de “se é natural não faz mal” (Rossato e col., 2012). Todavia, pouco registro na literatura foi encontrado a respeito e os achados deste trabalho indicaram pouca participação desses profissionais nas ações estudadas. Os ACS podem assumir um papel de interlocutores, no sentido que vai do universo científico ao popular (Nunes e col., 2002) e vice-versa. Para isso, os profissionais de saúde e gestores deveriam incentivar e qualificar a atuação destes profissionais no tema das plantas medicinais, como promotores do uso (adequado) de plantas medicinais e seus derivados na comunidade.

A literatura aponta crescente aceitação dos profissionais de saúde quanto à inserção das plantas medicinais como um recurso terapêutico na APS (Thiago e col., 2011; Rosa e col., 2011; Bruning e col., 2012). Três fatores poderiam explicar este aumento. O primeiro seria os avanços ocorridos na área científica que permitiram o desenvolvimento de medicamentos fitoterápicos (Klein e col., 2009). O segundo é a crescente tendência de procura, pela população, por terapias naturais, impulsionada pela mídia, pela sua própria legitimidade e pelos insucessos, limites e iatrogenias da biomedicina (Luz e col., 2012). O terceiro é o interesse por parte dos gestores municipais na utilização de fitoterápicos associado a uma perspectiva de que esta seria uma opção para suprir a falta de medicamentos, contabilizando ganhos em custos pela utilização desta terapêutica (Bruning e col., 2012).

A industrialização, a urbanização e o avanço da tecnologia contribuíram para o aumento da utilização dos medicamentos de sínteses e medicamentos fitoterápicos pela população, com certa desvalorização do conhecimento familiar, popular e tradicional (Tomazzoni e col., 2006). Com isso, tende-se a direcionar a inserção de medicamentos fitoterápicos nos serviços de saúde por interesses de redução de custo (nem sempre o medicamento fitoterápico é mais barato que o medicamento de síntese) e para suprir a falta de medicamentos sintéticos em grandes centros urbanos: *“aquí foi montado um laboratório de manipulação e compramos uma variedade de fitoterápicos, com embalagem certinha, como os medicamentos alopáticos. Plantar no horto era muito incipiente, muito irregular. O preço na época era muito pequeno”* [em 1996] (IC5). Em Campinas, optou-se pela farmácia de

manipulação pública: *as matérias-primas [vem] de fornecedores idôneos que vendem para farmácias de manipulação, através de processos públicos. Não temos cultivo. A prescrição dos medicamentos [fitoterápicos] é feita por médicos, enfermeiros (no caso de tópicos) e dentistas (IC1).*

Diferente dos municípios paulistas, em Florianópolis e Presidente Castello Branco, em Santa Catarina, o uso de plantas medicinais está presente na cultura, na riquíssima biodiversidade local e no interesse (variável) dos profissionais da APS para o aprendizado, contribuindo para a inserção de hortos e oferta de plantas *in natura*: *“a comunidade é muito forte ligada às plantas medicinais, motiva fazer um resgate cultural e aprofundar o estudo” (IC16).* IC18 aponta que o trabalho em municípios de pequeno porte diferencia-se do trabalho em grandes centros urbanos: *em cidades grandes os questionamentos sobre plantas não era tanto grande como em municípios pequenos como aqui [Presidente Castello Branco]. “Aqui as pessoas têm no quintal de casa, plantam e conhecem as plantas. Só me deparei com esta questão aqui e vi necessidade ter este conhecimento [sobre as plantas]” (IC18).*

Segundo IC 10, sugere-se que os profissionais estejam atentos aos costumes e cultura da comunidade: *“comecei a perceber que ela tinha um conhecimento sobre plantas e eu não tinha como responder e conversar sobre isso. Comecei a identificar o que eles utilizavam e ver as discrepâncias que me levaram a estudar mais”.* As práticas populares agem e se disseminam nos interstícios dos serviços de saúde: *“a população demanda, é rotina dos usuários falar, conversar, pedir, perguntar onde pode pegar a planta, no grupo, no acolhimento, na consulta. A unidade de saúde é um espaço de troca” (IC9).*

É importante os profissionais estarem abertos às práticas populares, pois são um recurso local importante para a promoção e o cuidado à saúde. Além disso, que registrem e estimulem a população a compartilhar resultados, o que conhecem e onde encontram as plantas: *“isso vira uma rede, um coletivo de pessoas que se conhecem” (IC19).* *“Se um vizinho tem uma planta, a gente vai a casa dele, troca, se a gente tem outra planta, a gente dá, é assim que acontece” (IC13).* Nesse meio, o princípio que orienta as relações pessoais é a reciprocidade (Araújo, 2000).

Esta aproximação recíproca entre profissionais e comunidade permite alianças, a participação comunitária, a educação em saúde e os trabalhos em grupo: *“a planta medicinal é uma ferramenta mediadora para educação popular e promoção de saúde” (IC11).* Uma simples

conversa sobre o uso de plantas medicinais no contexto comunitário pode favorecer a interação com o usuário, pois a ação terapêutica já se inicia. Mesmo nas conversas ocasionais, há estímulo por parte do usuário ao se expressar, tirar dúvidas, relatar sobre o uso, simultaneamente com outros recursos terapêuticos: *“o usuário ainda tem medo de dizer para o profissional que usa planta. Conversando a gente vai resgatando, se a avó usava, a mãe usa, isso vai afinando o relacionamento com o paciente”* (IC25). Este clima de valorização e diálogo sobre os recursos e práticas autônomas e populares locais sobre plantas é um fator favorável na inserção das plantas medicinais. Porém, quando ausente, torna-se um grande fator dificultador da abordagem do tema.

As articulações intersetoriais são também altamente facilitadoras do processo de inserção das plantas e podem contribuir na capacitação sobre elas nos serviços de APS. Elas podem ocorrer por meio da construção de parcerias entre diferentes setores e segmentos sociais como: educação, cultura, esporte, lazer, empresas privadas, organizações não governamentais (ONGs), fundações, *“assistência farmacêutica, secretaria municipal do meio-ambiente, vigilância sanitária, a associação de bairro, pastorais e outros”* (IC 2).

Para Lima e col. (2011), o desenvolvimento de ações intersetoriais contribui para organização dos serviços e a gestão das rotinas dos profissionais, não somente centrada na assistência, mas, sobretudo, na promoção da saúde e prevenção de agravos. No entanto, a efetivação da intersectorialidade depende da ação articuladora do governo municipal, pois é uma estratégia que envolve planejamento, execução e avaliação de diversos atores e setores em resposta a problemas identificados em determinado território: *“para fazer as coisas acontecerem é preciso trabalhar com todos os setores, planejar, traçar metas. O trabalho intersetorial é utilizado para desenvolver projetos, eventos, ações com escolas, comunidade, entre outras ações no município”* (IC17). É um trabalho que demanda tempo, articulação, algum poder e iniciativa política, e que é mais facilmente realizado pelas coordenações dos serviços de APS e secretarias municipais, mas que demanda também atuação dos profissionais das equipes da APS.

O apoio técnico de outros setores pode auxiliar na inserção de hortas e hortos, rodas de conversa, educação permanente e participação comunitária. Estas iniciativas auxiliam na identificação correta das espécies, no resgate histórico e popular e no estudo das plantas mais utilizadas na comunidade, fortalecendo o vínculo e as ações educativas:

*“o horto didático ligado a uma unidade pode ajudar a orientar a espécie mais adequada”* (IC 10), *“é uma ferramenta de educação popular”* (IC 7), *“estimula as pessoas a cuidarem da natureza”* (IC4), *“a se cuidar e a cuidar do outro* (IC9); *“as rodas de conversa valorizam as tradições culturais da comunidade”* (GF1).

Nestes espaços coletivos, as pessoas adquirem informação, autonomia, visão crítica sobre a própria saúde e sobre os recursos terapêuticos à disposição. São estratégias educativas que reforçam o diálogo, a comunicação, a troca de saberes (Campos, 2007) e a aproximação da equipe com a comunidade: *“as ações educativas na UBS são uma via de mão dupla, é uma troca”* (IC9).

A existência de guias, cartilhas, manuais e mementos terapêuticos auxiliam a prescrição de fitoterápicos e plantas medicinais: *“a cartilha vai instrumentalizar, dar uma segurança sobre o uso, dar visibilidade e legitimação para este conhecimento”* (IC16). Estes materiais de apoio podem ser pautados nas plantas medicinais locais e úteis, reconhecidas nas rodas de conversas e usadas pela comunidade. Além disso, contribuem para a socialização dos estudos científicos no âmbito dos serviços.

O Brasil apresenta o Formulário Nacional de Fitoterápicos da Farmacopeia (Brasil, 2012) e a lista de plantas medicinais (Brasil, 2010a), recomendadas para o SUS, importantes para a construção destes materiais de apoio. No entanto, verifica-se que a grande maioria das plantas listadas nas farmacopeias e literatura internacional são espécies exóticas oriundas de países europeus (Klein e col., 2009). Dessa forma, se por um lado a legislação consegue reforçar o critério de segurança e eficácia dos fitoterápicos registrados no Brasil (Carvalho, 2011), também privilegia de certa forma a incorporação, no nosso mercado farmacêutico, daquelas plantas que não fazem parte da flora brasileira, uma vez que a maioria das referências não contemplam estudos clínicos de plantas da flora brasileira utilizadas na medicina popular e tradicional, restringindo o número de opções terapêuticas disponíveis para o SUS, como coloca IC1: *“[...] há um número pequeno de fitoterápicos incluídos na RENAME. Os recursos possibilitam apenas a aquisição de nove fitoterápicos, todo o resto não”*.

Apesar de haver um vasto número de pesquisas científicas em animais e *in vitro* que comprovam a ação farmacológica e a composição química de plantas exóticas e algumas brasileiras, há, ainda, um número reduzido de estudos clínicos: *“faltam indícios de ‘benefícios superiores [das plantas] em relação aos medicamentos industrializados*

(*efetividade*)” (IC 11). Frente a isso, IC10 aponta a necessidade de orientar o profissional para que eles se voltem para a comunidade e *“perguntem quais plantas o senhor usa e tem no seu quintal com finalidade medicinal?”* Isto é o primeiro passo para aprofundar o estudo e registrar os resultados clínicos sobre as plantas brasileiras mais utilizadas na APS”. A falta de informações clínicas sobre as plantas torna imprescindível o incentivo à pesquisa científica, que priorize e respeite as condições e espécies vegetais inerentes a um país continental, com suas diversas peculiaridades, e a educação contínua para o atendimento desta demanda, contribuindo para o uso seguro das plantas medicinais e a qualificação dos profissionais (Klein e col., 2009).

A existência de formação em fitoterapia é uma condição *“sine qua non”* para o trabalho com plantas medicinais. Sena et. al.(2006a, 2006b) apontam sobre o fato de que ainda é pequena a parcela de universidades que estão investindo na formação em plantas medicinais: *“se o aparelho formador ventila o assunto, ele vai ter uma visão diferente das plantas”* (IC10). Entretanto, quando ausente, torna-se um fator dificultador para as ações educativas e para prescrição de fitoterápicos: *“alguns profissionais não tiveram disciplinas de plantas medicinais na graduação e são resistentes a essa iniciativa”* (IC16). *“A formação é centrada no conhecimento biológico, na consulta médica, na queixa-conduta, em procedimentos técnicos”* (IC 3), *“só nos é apresentada uma opção terapêutica, não são duas opções, é o medicamento de síntese”* (GF1).

Destaca-se, aqui, o papel do docente para esta construção de saberes, enquanto possibilidade que deve ser repensada. Segundo IC4 *“precisa ter uma reciclagem do modo de pensar a relação ensino-aprendizagem. Há resistência. Será o medo de mostrar o não saber, o ‘não acredito’?”* (ICE 4). A não abordagem deste tema no âmbito acadêmico pode suscitar a ideia de que apenas o saber científico possui validade: *“há um contracenso na formação na área da saúde: uma população que utiliza plantas como recurso terapêutico [80% da população usa e reconhece as plantas medicinais como primeira opção terapêutica no Brasil e outros países (WHO, 2011)] e um aparelho formador que aborda muito pouco sobre o assunto. Nas farmácias há produtos de síntese nas prateleiras e uma gôndola cheia de plantas medicinais; se o profissional não tiver conhecimento sobre o assunto, não vai ter condições técnicas de informar o uso correto. Se você pegar o médico é a mesma coisa”* (IC10). Destaca-se que a visão crítica, a prudência, o registro e acompanhamento do uso de plantas medicinais

pelo profissional, no âmbito dos serviços de APS, podem contribuir para o uso adequado dos recursos terapêuticos e para a qualificação do encontro clínico.

Moretti-Pires (2009) reforça que a formação reducionista das universidades não contempla as capacidades requeridas para atuar na Estratégia da Saúde da Família (ESF), um indício da importância da Educação Permanente em Saúde (EPS) para suprir este déficit na formação. Assim, torna-se urgente que a formação acadêmica respalde essa prática por meio da inclusão formal de conteúdos curriculares para o profissional de saúde adquirir competência técnica para “*conhecer, olhar, cheirar, palpar, mascar, escutar que existem diferentes espécies com o mesmo nome popular*” (IC15) e dialogar com as comunidades quanto aos benefícios e riscos de sua utilização (Alvim e col., 2006).

Diante da falta de formação, os profissionais de saúde reconhecem a importância da educação permanente em saúde (EPS) no trabalho: “*o curso ajuda a diminuir a limitação do conhecimento*”, “*deu informações para conversar sobre isso [plantas]*” (GF1). “*Agora, as senhoras que gostam de plantas vêm ao consultório e perguntam, conversam*” (IC15). “*Agora ficou interessante saber qual planta que eles [os usuários] usam no dia-a-dia*” (GF2). Para Thiago e Tesser (2011) a EPS é uma estratégia de gestão necessária para qualificação das equipes, que subsidia, legitima e atualiza os conhecimentos sobre plantas medicinais no dia-a-dia do serviço de saúde, não sendo responsabilidade apenas das universidades a formação para o trabalho.

Recomenda-se que as capacitações em plantas medicinais sejam realizadas e definidas localmente para toda a equipe ou específicas para profissionais de nível superior (Brasil, 2006). O Ministério da Saúde conta com estratégias para formação, por exemplo: “ *cursos de EaD para os profissionais atuarem nestas áreas*” (IC18), módulos ou disciplinas de *sensibilização sobre o estudo de plantas medicinais*” (GF1) em cursos de graduação e especialização e o Programa Nacional de Telessaúde, que oferta ações educativas à distância, apoiando a “*aprendizagem dos aspectos terapêuticos das plantas*” (GF2).

Segundo Ceccim e col. (2004), a EPS opera no que os autores chamaram de quadrilátero da formação: a interação entre a formação, a atenção, a gestão e o controle social em saúde. Ela deve ressignificar as características locais, valorizar as capacidades instaladas, desenvolver as potencialidades existentes em cada realidade, estabelecer a aprendizagem crítica, bem como produzir cogestão, estimulando, assim, a busca por estratégias de governabilidade da equipe para alcançar

melhores resultados, satisfação dos usuários e valorização dos profissionais.

A existência de uma farmácia com manipulação fitoterápica ou que dispense medicamentos fitoterápicos facilita o acesso a produtos de qualidade, seguros à população. *O objetivo da farmácia é garantir o abastecimento dos medicamentos fitoterápicos com qualidade e [de modo] contínuo [Campinas/SP]*” (IC1). No entanto, a legislação vigente dificulta a falta de estruturação, a adequação e o acesso da população ao produto fitoterápico. A prática da manipulação de fitoterápicos na área pública, do ponto de vista legal, pode ser contestada perante a legislação brasileira. Primeiro, o preparo das formulações que não estão descritas na farmacopeia ou formulário (oficiais), antes do recebimento das prescrições, contraria a RDC 67/2007, a qual proíbe tal procedimento em estabelecimentos farmacêuticos (Brasil, 2007). Segundo, o processo licitatório é dificultado pela falta de fornecedores qualificados, falta de estrutura dos mesmos para atender as solicitações requeridas pelas prefeituras, problemas na entrega individualizada (por prescrição/paciente): *“aqui em Ribeirão Preto tem várias farmácias de manipulação. Poderia fazer uma licitação de fornecimento? Poderia, mas para fazer licitação, precisa ter certo número ou pelo prazo de validade, não pode comprar um produto fora das especificações para jogar fora. É um problema de logística e de legislação”*.

Este fato leva os municípios a optarem por medicamentos fitoterápicos industrializados ou descontinuar o programa. Para o IC5, a falta de fornecedores é uma questão de mercado: *“Por que não tem hoje? Porque ninguém compra, mas a partir do momento que começar a aumentar o volume (quero comprar 10 lotes de 10.000 potes de calêndula), vai ter alguém para vender”* (IC5).

A ausência de uma regulamentação específica para Farmácia-viva (termo institucionalizado pelo MS na Portaria 886/2010) no setor público, até 2012, dificultou a estruturação desta atividade na APS como é relatado pelos entrevistados: *“É difícil adequar a farmácia de manipulação do serviço público de acordo com a RDC 67/2007 ANVISA”* (IC 1). *“A parte da gestão complicou e ficou difícil para a rede”* (ICE 3).

Para IC7, a elaboração de uma resolução específica para as Farmácias-vivas conforme preconiza a Portaria 886/2010 (Brasil, 2010b) *“pode facilitar a estrutura e o funcionamento dos programas, por ser um serviço diferenciado que apresenta cultivo de plantas. O*

*cultivo dificulta que os municípios se adequem a norma vigente”* (em 2012).

Além disso, a legislação internacional a respeito das plantas medicinais apresenta divergências nos critérios de classificação. Para a Bolívia, Jamaica e México as plantas são consideradas medicamento de uso tradicional; Estados Unidos e México como complemento alimentar; Brasil, Argentina e Paraguai como medicamento fitoterápico. O Brasil também considera algumas plantas como alimentos (chás industrializados). Na Alemanha, os medicamentos de origem vegetal estão pouco vinculados à apresentação de prescrição e não há legislação que restrinja a prescrição destes produtos por um profissional habilitado. Japão e Portugal entendem que o registro de fitoterápico deve cumprir com todos os requisitos para registro dos demais medicamentos (Gonçalves, 2009).

Cabe ressaltar que a indústria farmacêutica pode, por um lado, influenciar as rotinas dos serviços de saúde e as relações dos usuários e profissionais, tendo uma parcela de responsabilidade no incentivo do uso de medicamentos, sejam eles fitoterápicos ou de síntese<sup>21</sup>: “[O medicamento é] imposto por uma massificação de tratamentos de laboratórios farmacêuticos e médicos. A modernidade está rápida, exige rapidez e competição. Os usuários não querem mais ter dificuldade na resposta dos serviços de saúde. Não são só eles, os profissionais também querem remédio, querem tudo rápido” (IC11). Percebe-se que a cientificização do cuidado desqualifica os saberes populares, influencia os profissionais e usuários para prescrição e uso de medicamentos cientificamente comprovados e industrializados, gera uma desarmonia entre usuário-profissional (Tesser, Barros, 2008): “antes a gente dava a plantinha verde, depois a seca, mas a adesão era pouca, agora damos a tintura e a adesão já dobrou. Isso simbolizava o remédio, algo em forma engarrafada, um símbolo de saúde. O que parecia é que a saúde era engarrafada” (IC 11).

Por outro lado, o estímulo à produção de medicamentos fitoterápicos em escala industrial favorece a produção nacional e conseqüentemente diminui a dependência tecnológica internacional (Klein e col., 2009). Este incentivo poderá fortalecer toda a cadeia produtiva de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos no Brasil. No entanto, para a oferta de medicamentos fitoterápicos “de qualidade e em quantidade suficiente para tornar o recurso amplamente disponível” (IC1) na rede pública de saúde, é necessário investir-se na qualificação de agricultores e fornecedores de plantas medicinais orgânicos (com a

inclusão da agricultura familiar) nos arranjos de produção local de plantas medicinais.

A falta de comprovação de segurança e eficácia clínica das plantas medicinais, devido à complexidade química, forma de cultivo, diversidade de espécimes com o mesmo nome popular, identificação botânica e poucos estudos referentes a plantas brasileiras diminui a credibilidade delas nos serviços de APS: “[...] *tem muitas espécies com nomes populares iguais. Isso dificulta a prescrição. Há plantas com 10 a 15 indicações populares*” (IC 16); “*Por exemplo, se eu tiver um paciente com tosse, o que eu vou fazer? Posso indicar uma planta que tem no meu território. Mas, será que ela tem esta planta na casa dela?*” (IC16).

O financiamento ainda é insuficiente para o setor e, sem dúvida, apresenta-se como uma das dificuldades a ser superada pela gestão municipal dos ações/programas com plantas medicinais na APS: “*a política que não tem financiamento próprio; é uma política que está no CTI [moribunda]*” (ICE 4). “[...] *não se tem apoio nem estadual nem federal e isto fragiliza muito o serviço. Os recursos da farmácia básica não são utilizados para o financiamento do programa (IC 1), há outras prioridades que a compra de fitoterápicos para a rede*” (GF1).

A regulamentação desejável e viabilizadora da oferta e manipulação de fitoterápicos, plantas e drogas vegetais com qualidade e segurança ainda não está adequadamente equilibrada, uma vez que os resultados mostraram haver dificuldades para os serviços públicos municipais cumprirem as exigências das regulamentações em vigor.

### **Contribuições das plantas medicinais para o cuidado e a promoção de saúde**

O trabalho dos profissionais de saúde na APS é baseado em relações humanas, configura uma “rede de comunicação” complexa e dinamicamente interligada. O desenvolvimento destas relações de vínculo entre a equipe de saúde, a família e a comunidade pressupõe o reconhecimento dos saberes e práticas tanto do profissional quanto do usuário como protagonistas na corresponsabilidade pela saúde.

As plantas medicinais aproximam as equipes de saúde do seu território. “*A fitoterapia é uma prática da comunidade que gera vínculo com a unidade. A partir do momento que as pessoas começam a frequentar a unidade e que existe tratamento por meio das plantas medicinais, eles ficam mais próximos, tem mais interesse, aderem melhor aos tratamentos*” (IC7). Isso permite a troca de saberes e a

construção do conhecimento sobre plantas medicinais, fortalecendo o seu uso racional.

Partindo-se do princípio da universalidade, espera-se que a APS seja a porta de entrada do sistema. A partir do primeiro contato do usuário com os serviços, estes são colocados tanto para acompanhamento de suas demandas quanto para identificar situações de agravos e riscos; a ideia de porta de entrada funciona como uma referência de cuidado para o usuário (Starfield, 2002). No encontro clínico nos serviços de APS, o elemento essencial é o diálogo (Schimith e col., 2011). *“Quando falamos de plantas medicinais, falamos de pessoas, de relacionamento”* (IC8). [A fitoterapia] *“é um tema que interessa aos dois lados [profissional e usuário]”* (IC9). A exploração deste espaço de diálogo possibilita a participação ativa dos sujeitos que se relacionam (Merhy, 2004), favorecendo o uso adequado de plantas medicinais. O diálogo sobre plantas medicinais transmite afeto, segurança, solidariedade, além de expressar a condição de estar disponível ao outro.

Estudos revelam que os usuários dos serviços de saúde buscam profissionais qualificados, comprometidos, preparados para escutá-lo (Tesser e col., 2010; Schimith e col., 2011). Assim, as plantas medicinais abrem caminhos à promoção e ao cuidado à saúde. Por um lado, as plantas medicinais e os fitoterápicos são recursos que complementam a prática médica convencional e, por outro, pode servir como um dispositivo de aproximação do profissional de saúde com o usuário (Araújo, 2000): *“as plantas medicinais podem ser o primeiro recurso, mas é uma abordagem que vai estimular o autocuidado para [o usuário] estar empoderado e resolver seus problemas menores de saúde, resgatar neste universo de vizinhos, familiares, pessoas mais antigas de outras gerações. Isso aí [cuidado no contexto familiar] pode ajudar na resolubilidade do próprio sistema* (ICE 8). Para IC10, *“as plantas medicinais são mais do que um produto na prateleira, é uma prática de saúde que contribui para o “empoderamento” tanto do profissional quanto da comunidade, tornando-os um pouco mais independente da indústria farmacêutica”* (IC22).

Os estudos que comprovam a eficácia e segurança dos medicamentos fitoterápicos incentivam os profissionais a aderirem e prescreverem estas terapias naturais destinadas ao atendimento primário à saúde (Klein e col., 2009): *“os fitoterápicos baseados em evidência científica favorecem a aceitação das plantas como recurso terapêutico”* (IC9).

As plantas medicinais e os medicamentos fitoterápicos, na APS, representam uma opção terapêutica que reúne saberes da ciência e da cultura.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para consolidação da fitoterapia na APS brasileira, foram relatadas como necessidades: estratégias de registro e acompanhamento de uso clínico (para que isso se reverta em evidências clínicas), estudo de plantas medicinais brasileiras, investimento na formação/qualificação dos recursos humanos, disponibilidade de recursos financeiros para estruturação das áreas físicas, compra de equipamentos e insumos (matéria-prima vegetal e de controle de qualidade), visando à oferta de um recurso terapêutico e uma prática de saúde de qualidade e em quantidade suficiente para atender a demanda da população.

O profissional precisa ser estimulado a conhecer as práticas mais relevantes e recorrentes entre os pacientes que atende. Desta maneira, poderá desenvolver estratégias adequadas de comunicação clínica e aproveitar os recursos locais existentes. Segundo os entrevistados é necessário que os profissionais aproximem-se de diferentes contextos de uso de plantas medicinais que interagem com os serviços de APS, mediante o diálogo com o usuário e a comunidade. Esta estratégia supõe um protagonismo do usuário no diálogo profissional-paciente, que irá proporcionar maior corresponsabilização dos próprios usuários. Cabe ressaltar que o profissional de saúde é o responsável pela escolha de recursos terapêuticos que atendam à população em suas necessidades, pois deve evitar práticas inadequadas que conduzam ao uso irracional, à crença nas propagandas midiáticas, às iatrogenias clínicas.

Neste sentido, deve-se pensar em ações educativas para profissionais e comunidade que abordem o uso adequado de plantas medicinais na APS de forma que não seja mera reprodução do conhecimento científico, mas que se configure como um dispositivo de diálogo entre os sujeitos. Para que isto aconteça, estes espaços precisam ser construídos pelo processo crítico e criativo, com responsabilidades compartilhadas por profissionais e usuários.

### REFERÊNCIAS

ALVIM, N. A. T. e col. *The use of medicinal plants as a therapeutical resource: from the influences of the professional formation to the ethical and legal implications of its applicability as an extension of nursing care practice*. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 316-323,

2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692006000300003>>. Acesso em: 6 Jul. 2013.
- ARAUJO, M. A. M. de. Bactrins e quebra-pedras. **Interface (Botucatu)**, v. 4, n. 7, p. 103-110, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v4n7/08.pdf>>. Acesso em: 23 jun. 2013.
- BRASIL. **Decreto Presidencial nº 5813, 26 de junho de 2006**. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/geral/fitoterapia\\_no\\_sus.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/geral/fitoterapia_no_sus.pdf)>. Acesso em: 23 jun. 2013.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC 67, de 8 de outubro de 2007**. Disponível em: <[http://www.farmacia.ufg.br/uploads/130/original\\_RDC\\_67\\_de\\_2007.pdf](http://www.farmacia.ufg.br/uploads/130/original_RDC_67_de_2007.pdf)>. Acesso em: 6 jul. 2013.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 10, de 10 de março de 2010a**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/>>. Acesso em: 6 jul. 2013.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 886, de 18 de outubro de 2010b**. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2010/prt0886\\_20\\_04\\_2010.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2010/prt0886_20_04_2010.html)>. Acesso em: 6 jul. 2013.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 533, de 28 de março de 2012**. Relação Nacional de Medicamentos. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/anexos\\_rename\\_2012\\_pt\\_533\\_27\\_09\\_12.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/anexos_rename_2012_pt_533_27_09_12.pdf)>. Acesso em: 06 jul.2013.
- BRUNING, M. C. R.; e col. A utilização da fitoterapia e de plantas medicinais em unidades básicas de saúde nos municípios de Cascavel e Foz do Iguaçu - Paraná: a visão dos profissionais de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, n. 10, p. 2675-2685, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001000017>>. Acesso em: 06 jul.2013.
- CAMPOS, G. W. D. S. **Um método para análise e cogestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2007.
- CARVALHO, A. C. B. **Plantas medicinais e fitoterápicos: regulamentação sanitária e proposta de modelo de monografia para espécies vegetais oficializadas no Brasil**. 2011. Doutorado (Tese) - Programa de pós-graduação em Ciências da Saúde, Universidade de Brasília. 2011. Disponível em: <[http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/8720/1/2011\\_AnaCec%C3%ADliaBezerraCarvalho.pdf](http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/8720/1/2011_AnaCec%C3%ADliaBezerraCarvalho.pdf)>. Acesso em: 6 jul. 2013.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>>. Acesso em: 23 jun. 2013.

COLLISELLI, L. e col. Estágio curricular supervisionado: diversificando cenários e fortalecendo a interação ensino-serviço. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 62, n. 6, p. 932-7, nov./dez., 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n6/a23v62n6.pdf>>. Acesso em: 23 jun. 2013.

DAMIAN, G. A.; TESSER D. C.; MORETTI-PIRES, R. O. Contribuições das plantas medicinais para o cuidado e a promoção da saúde na atenção primária à saúde. **Interface**, v.17, jul./set. 2013.

FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre : Artmed, 2009, p. 187-189.

FONTANELLA, B.J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R.. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>>. Acesso em: 23 jun. 2013.

GONÇALVES, M. de L. Q. **Boas Práticas para medicamentos fitoterápicos em escala magistral no setor público**. 2009. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/16066/000693161.pdf?sequence=1>> Acesso em: 6 jul. 2013.

KLEIN, T. e col. Fitoterápicos: um mercado promissor. **Rev. Ciênc. Básica Apl.**, v. 30, n. 3, p. 241-248, 2009. Disponível em: <[http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien\\_Farm/article/viewFile/713/888](http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/viewFile/713/888)> . Acesso em: 6 jul. 2013.

LIMA, E. C. de; VILASBOAS, A. L. Q. Implantação das ações intersetoriais de mobilização social para o controle da dengue na Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 8, p. 1507-1519. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000800006>>. Acesso: 6 jul. 2013.

LUZ, M. T.; BARROS, N. F. de (Org.). Racionalidade médica e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2012.

MENÉNDEZ, E. Modelos, saberes e formas de atenção ao padecimento: exclusões ideológicas e articulações práticas. **In.**:\_\_\_\_\_. Sujeitos,

- saberes e estruturas: uma introdução ao enfoque relacional no estudo da Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec, 2009, p. 17-70.
- MERHY, E. E. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Rev. – SUS Brasil: cadernos de textos. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p. 108-137. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- MINAYO, M. C. de S.; DESLANDES, S. F. (Orgs.). **Caminhos do pensamento:** epistemologia e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- MORETTI-PIRES, R. O. *Complexity in Family Healthcare and the training of future healthcare professionals*. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 13, n. 30, p.153-66, jul./set. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n30/v13n30a13>>. Acesso em: 6 jul. 2013.
- NUNES, M. de O. e col. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad. Saúde Pública**, v. 18, n. 6, p. 1639-1646, 2002. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2002000600018>>. Acesso em: 6 jul. 2013.
- OTANI, M. A. P.; BARROS, Nelson Filice de. A medicina integrativa e a construção de um novo modelo na saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, n. 3, p. 1801-1811, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000300016>>. Acesso em: 6 jul. 2013.
- PARANAGUÁ, T. T. de B. e col. As práticas integrativas na estratégia saúde da família: visão dos agentes comunitários de saúde. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 17, n. 1, p. 75-80, jan./mar., 2009. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v17n1/v17n1a14.pdf>>. Acesso em: 6 jul. 2013.
- ROSA, C.; CÂMARA, S. G.; BÉRIA, J. U. Representações e intenção de uso da fitoterapia na atenção básica à saúde. **Ciênc. saúde colet.**, v. 16, n. 1, p.311-318, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000100033>>. Acesso em: 23 jun. 2013.
- ROSSATO, A. E. e col. **Fitoterapia racional:** aspectos taxonômicos, agroecológicos, etnobotânicos e terapêuticos. Criciúma: DIOESC, 2012, p. 11-39.
- SANTOS, B. S. **A crítica da razão indolente:** contra o desperdício da experiência, 7. ed. v. 1, 2000.
- SANTOS, B. S.; MENESES, M.P. (Org.). **Epistemologia do Sul**. São

Paulo: Cortez, p.31-84, 2010.

SANTOS, F. A. da S. et al. Política de práticas integrativas em Recife: análise da participação dos atores. **Rev. Saúde Pública**, v. 45, n. 6, p. 1154-1159, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011000600018>>. Acesso em: 6 jul. 2013.

SANTOS, R. L. et al. Análise sobre a fitoterapia como prática integrativa no Sistema Único de Saúde. **Rev. bras. plantas med.**, v. 13, n. 4, p.486-491, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbpm/v13n4/a14v13n4.pdf>>. Acesso em: 23 jun. 2013.

SCHIMITH, M. D. e col. Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde. **Trab. educ. saúde**, v. 9, n. 3, p. 479-503, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462011000300008>>. Acesso em: 6 jul. 2013

SENA, J. e col. Visão docente sobre plantas medicinais como um saber e sua utilização como medicamento. **R. Enferm UERJ**, v. 14, n. 1, p.196-201, 2006. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v14n2/v14n2a07.pdf>>. Acesso em: 6 jul. 2013.

\_\_\_\_\_. Inclusão do tema plantas medicinais no currículo dos cursos da área da saúde: uma realidade necessária. **Rev.Min.Enf.**, v.10, n.3, p.280-286, 2006.

SILVA, R. M. da; LANDIM, F. L. P.; SOUSA, M. F. de. (deb.). **Ciênc. saúde coletiva**, v.16, n.11, p. 4307-4314, 2011 Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001200003>>. Acesso em 7 jul. 2013

SILVELLO, C. L. C. **O uso de plantas medicinais e de fitoterápicos no SUS: uma revisão bibliográfica**. 2010. Trabalho de conclusão de curso (Graduação) - Curso de Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/28232/000769371.pdf?sequence=1>> . Acesso em: 6 jul. 2013.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde; 2002.

TESSER, C. D. ; BARROS, N. F. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. 5, p.914-20, 2008. Disponível

em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008000500018>>. Acesso em: 23 jun. 2013.

TESSER, C. D.; POLI NETO, P.; CAMPOS, G. W. de S.. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 15, suppl.3, p. 3615-3624, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-1232010000900036>>. Acesso em: 6 jul. 2013.

THIAGO, de C. S.; TESSER, C. D. Percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre terapias complementares. **Rev. Saúde Pública**, v. 45, n. 2, p. 249-257, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000002>>. Acesso em: 23 jun. 2013.

TOMAZZONI, M. I.; NEGRELLE, R. R. B.; CENTA, M. de L.. Fitoterapia popular: a busca instrumental enquanto prática terapêutica. **Texto contexto-enferm.**, v. 15, n. 1, p. 115-121, 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000100014>>. Acesso em: 23 jun. 2013.

WHO - World Health Organization. Division of Mental Health. *Qualitative Research for health programmes*. Geneva: WHO, 1994.

\_\_\_\_\_. *The world medicines situation 2011: traditional medicines global, issues and challenges*. Geneva, 2011.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao término deste estudo, destacam-se algumas considerações finais:

1. O estudo apontou um crescimento, embora pequeno, da produção científica preocupada em analisar a inserção de ações/programas com plantas medicinais na APS (artigo 1). Pode-se perceber que a inserção da fitoterapia, nos últimos 20 anos, foi motivada por diferentes objetivos: aumentar os recursos terapêuticos, resgatar saberes populares, preservar as espécies em extinção, promover educação ambiental, popular, orientar o uso adequado de plantas medicinais, incentivar o desenvolvimento social e a autoatenção. Ressalta-se uma visão ampliada da fitoterapia que incorpore ações educativas (hortos didáticos e rodas de conversa) enfocadas na orientação adequada do uso de plantas medicinais e ações assistenciais com ênfase em promover o acesso de medicamentos fitoterápicos e plantas medicinais de qualidade, seguras e eficazes capaz de promover uma ecologia de saberes e práticas em saúde (artigos 1 e 3). Além disso, pode estimular a socialização da pesquisa científica para desenvolver visão crítica na população e nos profissionais sobre o uso de plantas medicinais nos serviços e no uso autônomo (artigo 2 e 4).

2. A partir do olhar dos profissionais de saúde dos ações/programas com plantas medicinais, selecionados neste estudo, no âmbito dos serviços de APS no Brasil identificou-se fatores dificultadores que merecem a atenção das instituições de ensino e pesquisa para o êxito dos programas e ações de fitoterapia na APS. Dentre os principais mencionados despontaram o déficit na formação dos profissionais de saúde, a falta de pesquisas científicas nesta área e as dificuldades operacionais em relação à regulamentação das farmácias vivas e de manipulação dos fitoterápicos. Em relação à primeira dificuldade, é imprescindível o estímulo de ações de educação permanente, no trabalho, para suprir o déficit da formação no ensino de graduações em plantas medicinais. Além disso, o profissional de saúde deve ser estimulado a dialogar com a comunidade na tentativa de identificar e orientar o uso das plantas medicinais (mais utilizadas), frente às possíveis interações, efeitos adversos e toxicidade que estas possam desenvolver quando administradas simultaneamente com medicamentos de síntese. Desta forma, recomenda-se que além da inserção de conteúdos sobre plantas medicinais nos currículos obrigatórios no ensino de graduação de saúde e áreas afins, que os

gestores apoiem estratégias educativas tanto para trabalhadores de saúde quanto para usuários, apoiando o uso adequado de plantas medicinais no contexto comunitário, familiar e institucionalizado do serviço de saúde, e que o Ministério da Saúde, instituições associativas, profissionais e de ensino público e pesquisa ofereçam cursos de qualificação nesta área para os profissionais. Em relação às pesquisas científicas, é imprescindível o incentivo financeiro de estudos de acompanhamento clínico e registro/estudo de uso de plantas medicinais brasileiras no tratamento de agravos de saúde comuns na APS. Isto favorece o uso autônomo e artesanal bem como a indústria nacional, e conseqüentemente reduz a dependência das multinacionais. Este incentivo poderá fortalecer toda a cadeia produtiva de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos no Brasil. Para isso, é necessário investir na qualificação de estratégias de cultivo e manejo de plantas medicinais com o fortalecimento da agricultura familiar, com apoio financeiro do governo (incentivo), nos arranjos de produção local de plantas medicinais, como preconizado na Portaria 886/2010 (artigo 4).

Doutra parte, a regulamentação desejável e viabilizadora da oferta e manipulação de fitoterápicos, plantas e drogas vegetais com qualidade e segurança ainda não está adequadamente equilibrada, uma vez que os resultados mostraram haver entraves e dificuldades para os serviços públicos municipais cumprirem as exigências das regulamentações em vigor.

Também há fatores facilitadores, dentre os quais destacam-se o uso disseminado pela população brasileira de plantas medicinais, a riquíssima biodiversidade, o interesse (variável) pelos profissionais para o aprendizado e especialmente o possível e desejável clima dialogal e de ampla comunicação sobre os recursos e práticas autônomas e populares locais, especialmente sobre plantas mais utilizadas, que quando ausentes se torna um grande fator dificultador da abordagem do tema. Articulações intersectorais diversas são também altamente facilitadoras do processo de inserção das plantas e de capacitação sobre elas nos serviços de APS (artigo 4).

3. Percebeu-se que o diálogo é o ponto chave da interação de saberes e práticas de cuidados, respeitoso e favorável a inserção de uma abordagem culturalmente enriquecedora da fitoterapia na APS. As ideias de Boaventura Santos reforçaram a argumentação no que diz respeito há inserção de estratégias no contexto dos serviços de APS que promovam a ecologia de saberes e valorizem os diferentes contextos, formas de uso de plantas medicinais e seus saberes associados, entre eles: a) uso

biomédico, b) uso por outras racionalidades médicas, c) uso popular, d) uso tradicional; e) uso familiar. A valorização das diversas formas de saberes sobre plantas medicinais é importante para a construção de um equilíbrio ecológico necessário para o enriquecimento do cuidado e a promoção de saúde na APS (artigo 2).

4. A interação de saberes e práticas com plantas medicinais na APS (entre comunidade e equipe de saúde) podem ocorrer em encontros para compartilhar experiências, tais como: levantamento de plantas nos quintais das famílias pelas ACS, orientação, apoio e indicação do modo uso e precauções (na consulta e/ou visita domiciliar), organização de hortas e hortos na comunidade ou na UBS, rodas de conversas, grupo de estudos, reunião de equipe, educação permanente e continuada, parceria com instituições não-governamentais e outras secretarias municipais (educação, agricultura, assistência social, meio ambiente). Por sua vez, os profissionais de saúde capacitados podem compartilhar com o usuário e a comunidade evidências científicas disponíveis no momento, correlacionando os saberes populares (do usuário) com os estudos de composição química, ação farmacológica e nutricional, toxicidade, interação medicamentosa, contraindicações, posologia, aspectos botânicos e agrônômicos de espécies vegetais, além de identificar as diferentes espécies que podem ser reconhecidas com o mesmo nome popular (artigo 3 e 4). Tal iniciativa fortalece o uso adequado de plantas medicinais, muitas vezes, usadas simultaneamente com medicamentos de síntese, podem levar à interação medicamentosa como resultados imprevisíveis.

5. A valorização e reconhecimento dos diferentes contextos, saberes, atores e formas de uso das plantas medicinais é um primeiro passo necessário para o desenvolvimento de ações e programas com plantas medicinais na perspectiva de uma ecologia de saberes nos serviços de APS. A fitoterapia, numa perspectiva de “ecologia de saberes”, pode contribuir não só para redução de custos dos cuidados profissionais como outra opção terapêutica de cuidado autônomo e heterônomo nos serviços de APS, mas como estratégia de qualificar a escuta a outros saberes circulantes na comunidade, importantes para promoção de saúde e o cuidado institucional e autônomo. Nas comunidades ainda são encontrados saberes sobre plantas medicinais, valores e práticas de cuidado não regulamentadas cientificamente, administrativamente ou pelo mercado. Valores como colaboração, solidariedade e autonomia são exercitados nas comunidades e podem ser cultivados e enriquecidos com os saberes científicos para a construção

de um novo senso comum emancipatório, convergindo com o discurso da promoção da saúde, vista em uma perspectiva de “empoderamento”, intersetorialidade e participação comunitária (artigo 2). O trabalho intersetorial, interdisciplinar e a participação comunitária na APS são essenciais para se promover práticas voltadas à autoatenção, à vivência sustentáveis, ampliando os horizontes de ações e alternativas que qualifiquem a agricultura familiar, a solidariedade, as práticas agroecológicas, importantes para melhoria da vida (artigo 3).

Por fim, reconhece-se a fitoterapia como um campo de interação de saberes e práticas que valoriza os recursos culturais, práticas e saberes locais. A inserção das plantas medicinais na APS estimula o diálogo, a aproximação do profissional de saúde da comunidade e enriquece as possibilidades terapêuticas autônomas e heterônomas. Cabe ressaltar que a fitoterapia científica é uma dentre outras formas de uso, as quais não precisam ser criticadas ou combatidas. O saber científico merece ser socializado e contextualizado criticamente, para desenvolver visão crítica na população sobre o uso de plantas medicinais na APS, no setor familiar e no contexto comunitário. O diálogo entre saberes, certamente, contribui para a construção de um conhecimento-emancipação que equilibre a forte tendência de se enfatizar o aspecto de regulação dos saberes/práticas científicos sobre fitoterapia na APS.

## REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, U.P.; ANDRADE L.H.C. Conhecimento Botânico Tradicional e Conservação em uma Área de Caatinga no Estado de Pernambuco, Nordeste do Brasil. **Acta Bot. Bras.** v.16, n.3, p.273-285, 2002.
- ALBUQUERQUE, P. C.; STOTZ, E. N. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface (Botucatu)**, v.8, n.15, p.259-74, mar/ago. 2004. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832004000200006>>. Acesso em: 23 jun. 2013
- ALONSO, J. **Fitomedicina**: curso para profissionais da área da saúde. São Paulo: Pharmabooks, 2008, p.21-25.
- ALVES, G.G., AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. saúde colet.** v.16, n.1, p.319-325, 2011. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000100034>>. Acesso em: 6 jul. 2013
- ALVIM, N. A. L.; CABRAL, I. E. A aplicabilidade das plantas medicinais por enfermeiras no espaço do cuidado institucional. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.** v.5, n.2, p.201-210, 2001.
- ARAÚJO, C.A.. Bibliometria: evolução histórica e questões atuais. **Em Questão**, Porto Alegre, v.12, n.1, p.11-32, jan./jun. 2006.
- ARAUJO, M. A. M. de. Bactrins e quebra-pedras. **Interface (Botucatu)**, v. 4, n. 7, p.103-110, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v4n7/08.pdf>>. Acesso em: 23 jun. 2013.
- BAPTISTA, T.W.de F., FAUSTO, M.C.R, CUNHA, M.S. Análise da produção bibliográfica sobre atenção primária à saúde no Brasil em quatro periódicos selecionados. **Physis**, v.19, n.4, p.1007-1028, 2009.
- BARREIRO, E., BOLZANI, V. da S. Biodiversidade: fonte potencial para a descoberta de fármacos. **Quim. Nova**, v.32, n.3, p.679-688, 2009.
- BARROS, N. F. de. **A construção da Medicina Integrativa**: um desafio para o campo da saúde, São Paulo: Hucitec, 2008.
- BARROS, N.F.; NUNES, E.D. Complementary and Alternative Medicine in Brazil: one concept, different meanings. **Cad. Saúde Pública**. v.22, n.10, p.2023-2028, 2006. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006001000002>>. Acesso em: 5 jul. 2013.
- BATISTA, Leônia Maria; VALENÇA, Ana Maria Gondim. A Fitoterapia no Âmbito da Atenção Básica no SUS: Realidades e Perspectivas. **Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr.**, João Pessoa, 12(2):293-96, abr./jun., 2012. Disponível

em:<<http://revista.uepb.edu.br/index.php/pboci/article/viewFile/1604/848>>. Acesso em: 6 jul. 2013.

BELL, I.R et al. Integrative medicine and systemic outcomes research: issues in the emergence of a new model for primary health care. **Arch. Intern. Med.** v.162, n.2, p.133-140, 2002. Disponível em:

<<http://integrativemedicine.arizona.edu/file/353.pdf?id=353>>. Acesso em: 5 jul. 2013.

BERGER PL, LUCKMANN T. **A construção social da realidade**. 13. ed. Petrópolis: Vozes, 1996.

BORGES, M. da S.; PINHO, D.L.M.; SANTOS, S.M. dos. As representações sociais das parteiras tradicionais e o seu modo de cuidar. **Cad. CEDES**. v..29, n.79, p.373-385, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0101-32622009000300007>>. Acesso em: 5 jul. 2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde**, 1986. Disponível em:

<[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_8.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf)>.

Acesso em 9 ago. 2011.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **10ª Conferência Nacional de Saúde, 1996**. Disponível em:<

[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_10.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_10.pdf)>.

Acesso em 9 ago. 2011.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **12ª Conferência Nacional de Saúde, 2003**. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CES\\_consolidado.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CES_consolidado.pdf)>.

Acesso em 9 ago. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde.

Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de medicamentos**, 2001, Brasília : Ministério da Saúde, 2001. 40 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n.25). Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_medicamentos.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_medicamentos.pdf)

> Acesso em 20 ago. 2012.

\_\_\_\_\_. **Seminário Nacional de Plantas medicinais, fitoterápicos e assistência farmacêutica: preparatório à Conferência Nacional de medicamentos e Assistência Farmacêutica**, 28 a 30 ago, 2003a, Brasília, 11p. Disponível

em:<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/recomendacoes\\_conf\\_nac\\_medica.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/recomendacoes_conf_nac_medica.pdf)>. Acesso em: 9 ago 2011.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde**. 2003b. Disponível em:

<[http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/politica\\_portugues.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/politica_portugues.pdf)>.

Acesso em: 10 jul. 2011.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004a**. Política Nacional de Assistência Farmacêutica. 2004.

Disponível em: <

[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/resolucao\\_338\\_politica\\_as\\_s\\_farmaceutica.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/resolucao_338_politica_as_s_farmaceutica.pdf)>. Acesso em: 20 ago. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RE 90, de 16 março de 2004b. **Guia para a realização de estudos de toxicidade pré-clínica de fitoterápicos**.

Disponível em:

<[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/re\\_90\\_guiatox.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/re_90_guiatox.pdf)>

Acesso em: jul. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RE nº 89, de 16 de março de 2004**. Lista de registro simplificado de fitoterápicos. 2004c. Disponível em:

<[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/RE\\_89\\_16\\_03\\_2004.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/RE_89_16_03_2004.pdf)

>. Acesso em: 5 jul. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 971, de 03 de maio de 2006**. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. 2006a. Disponível em:

<<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencobasica.php>>. Acesso em: 20

mar. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Decreto Presidencial nº 5813, 26 de junho de 2006**. Dispõe sobre a Política Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos e dá outras providências. 2006b. Disponível em:

<[http://189.28.128.100/dab/docs/geral/fitoterapia\\_no\\_sus.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/geral/fitoterapia_no_sus.pdf)>. Acesso

em: 23 jun. 2013

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **A fitoterapia no SUS e o Programa de Pesquisa de Plantas Mediciniais da Central de Medicamentos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

Disponível em:

[http://189.28.128.100/dab/docs/geral/fitoterapia\\_no\\_sus.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/geral/fitoterapia_no_sus.pdf)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº67, de 08 de outubro de 2007**, Boas Práticas de Manipulação de Preparações Magistrais e Oficiais para Uso Humano em Farmácias e seus Anexos, 2007<sup>a</sup>.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos Departamento De Assistência Farmacêutica.

**Políticas Públicas na área de plantas medicinais e fitoterápicos.**

XXII Congresso Nacional das secretarias municipais de saúde, Joinville, 2007b

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Disponível em:

<[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria\\_1996-de\\_20\\_de\\_agosto-de-2007.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_1996-de_20_de_agosto-de-2007.pdf)> Acesso em: 6 jul. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Instrução normativa nº 05, de 11 de dezembro de 2008.**

Determina a publicação da "Lista de medicamentos fitoterápicos de registro simplificado". 2008a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 95, de 11 de dezembro de 2008.** Regula o texto de bula de medicamentos fitoterápicos. 2008b

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 87, de 21 de novembro de 2008.** Altera o regulamento técnico sobre Boas Práticas de Manipulação em Farmácias, 2008c

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC 39, 5 de junho de 2008d. **Regulamento para realização de pesquisa clínicas.** Disponível em:

<<http://www.dga.unicamp.br/Html/Importacao/rdc3908.pdf>>. Acesso em: jul. 2008

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Revista Brasileira de Saúde da Família** - ano IX, edição especial, maio, 2008e. Disponível em:

[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/revistas/revista\\_saude\\_familia18\\_especial.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/revistas/revista_saude_familia18_especial.pdf)

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 2.982, de 26 de novembro de 2009.** Brasília: Departamento de Assistência Farmacêutica, 2009a

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Relatório do 1º seminário**

**Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde** – PNPIC, 2009b. Disponível em:

[http://189.28.128.100/dab/docs/geral/relatorio\\_1o\\_sem\\_pnpic.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/geral/relatorio_1o_sem_pnpic.pdf)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC 10, de 9 de março de 2010,** Relação de Plantas Medicinais de Interesse para o SUS (RENISUS), BRASIL, 2010a

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Normas e Manuais Técnicos, Série Pactos pela Saúde, v. 4, Brasília : Ministério da Saúde, 2011b, 60p

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 886, de 20 abril de 2010,** Farmácia Viva no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), 2010c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 14, de 31 de março de 2010,** Registro de medicamentos fitoterápicos, 2010d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde. Resolução nº 17, de 16 de abril de 2010. Dispõe sobre as Boas Práticas de Fabricação de Medicamentos. Disponível em:<

[http://www.farmacotecnica.ufc.br/arquivos/RDC17\\_2010e.pdf](http://www.farmacotecnica.ufc.br/arquivos/RDC17_2010e.pdf)> .

Acesso em: 4 ago. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica.

**Relatório de Gestão 2006/2010 da Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares.** 2011b Disponível em:

[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/rel\\_gestao2010\\_final.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/rel_gestao2010_final.pdf)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica.

**Reunião com coordenadores Municipais e Estaduais de Programas de Práticas Integrativas e Complementares co SUS,** 7 a 9 de junho de 2011c, Brasília. Disponível em:

[http://dab.saude.gov.br/cgat/reuniao\\_tecnica.php](http://dab.saude.gov.br/cgat/reuniao_tecnica.php)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia de implantação para gestores.** 2011d Disponível em:

[http://dab.saude.gov.br/cgat/orientacoes\\_implantacao.php](http://dab.saude.gov.br/cgat/orientacoes_implantacao.php)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica,** n. 31, 2012a. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Relação Nacional de Medicamentos, 2012b. Disponível em:<

[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/anexos\\_rename\\_2012\\_pt\\_533\\_11\\_06\\_2012.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/anexos_rename_2012_pt_533_11_06_2012.pdf)>

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Reunião de planejamento CGAT:**

Núcleo de Práticas Integrativas e Complementares. 2012 Disponível em: [darimore@hotmail.com](mailto:darimore@hotmail.com), Acesso: 15 abr. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Sala de Apoio à Gestão Estratégica.

Campinas. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>>. Acesso em: 5 jul. 2013.

\_\_\_\_\_. Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde. **Farmácia-viva**. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br>; <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0132>> . Acesso em: 6 jul. 2013.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc. saúde coletiva**. v.5, n.1, p.163-177, 2000. Disponível em:

<<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000100014>>. Acesso em: 5 jul. 2013.

CALIXTO, J.B. Efficacy, safety, quality control, marketing and regulatory guidelines for herbal medicines (phytotherapeutic agents). *Braz J Med Biol Res*, v.33, n.2, p.179-189, 2000.

\_\_\_\_\_. Biodiversidade como fonte de medicamentos. **Cienc. Cult.** v.55, n.3, p. 37-39, 2003. Disponível em:

<[http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0009-67252003000300022](http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252003000300022)>. Acesso em: 3 set. 2013.

CAMARGO-JR. KRD. Sobre palheiros, agulhas, doutores e o conhecimento médico: o estilo de pensamento dos clínicos. **Cad. Saúde Pública**. jul-ago, v.19, n.4, p.1163-74, 2003.

CAMPINAS. **Botica da Família**. Disponível em: <

<http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/>> . Acesso em: 20 ago. 2012.

CAMPOS, G. W. D. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2007.

CARNEIRO, S. M. O., PONTES, L. M. L., GOMES FILHO, V. A. F., GUIMARÃES, M.A. V.. Da planta ao medicamento: experiência da utilização da fitoterapia na Atenção Primária à Saúde no município de Itapipoca/CE. **Saúde debate**, n. 30, p. 50-55, mar. 2004:

CARVALHO, A.C.B, BALBINO, E.E, MACIEL, A. PERFEITO, J.P.S. Situação do registro de medicamentos fitoterápicos no Brasil. **Rev. Bras. Farm.**, v. 8, n. 2, p. 314-319, abr./jun. 2008

CARVALHO, A.C.B. **Plantas medicinais e fitoterápicos:**

regulamentação sanitária e proposta de modelo de monografia para espécies vegetais oficializadas no Brasil. 2011. Doutorado (Tese) - Programa de pós-graduação em Ciências da Saúde, Universidade de Brasília. 2011. Disponível em:

<[http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/8720/1/2011\\_AnaCec%C3%ADliaBezerraCarvalho.pdf](http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/8720/1/2011_AnaCec%C3%ADliaBezerraCarvalho.pdf)> Acesso em: 6 jul. 2013

CARVALHO, S. C. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.4, p.1088-1095, jul-ago.2004. Disponível em: <

<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000400024>>. Acesso em: 23 jun. 2013.

CASTELLANOS, M. E. P, et al. Evidências produzidas por pesquisas qualitativas sobre diabetes tipo 2: revisão da literatura. **Interface (Botucatu)**, v. 15, n. 36, p.257-273, jan./mar. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n36/aop4810.pdf>>. Acesso em: 23 jun. 2013.

CAVALLAZZI, M.L. Plantas medicinais na Atenção Primária à Saúde. 2006. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pósgraduação em Ciências Médicas, Universidade Federal de Santa Catarina. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/88822/267124.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 13 jul. 2011.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, v. 14, n. 1, p.41-65, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>>. Acesso em: 23 jun. 2013.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface (Botucatu)**, v.9, n.16, p.161-168, 2005a.

\_\_\_\_\_. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciênc. saúde colet.**, v.10, n.4, p.975-986, 2005b.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (org.) **Promoção de saúde: conceitos, reflexões , tendências**. Rio de Janeiro : Fiocruz, 2003. p. 15-53

DAMAS, F.B **A fitoterapia com estratégia terapêutica na comunidade do Saco Grande II, Florianópolis/SC**. (Trabalho de Conclusão de Curso de Medicina) Universidade Federal de Santa Catarina, Damas, 121f, 2005, Florianópolis, 2005.

DAMIAN, G.A. A contribuição da fitoterapia para a saúde pública - normatizações. IN: **XIII Congresso brasileiro e I internacional de biomedicina, São Paulo, 2012**.

DAMIAN, G.A. et al. Fitoterapia: reconhecendo as plantas medicinais. IN: **12º Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade**, IV Mostra de Vídeos Saúde da Família, Belém do Pará, mai./junho de 2013. Disponível

em:<[http://www.youtube.com/watch?v=Xy64WVfE\\_KI&feature=youtu.be](http://www.youtube.com/watch?v=Xy64WVfE_KI&feature=youtu.be)>. Acesso em: 12 jul 2013.

DAMIAN, G.A.; TESSER, D.C.; PIRES, R.O.M. Uso de fitoterápicos na Atenção Primária à Saúde: produção científica de 1988 a 2012, **Rev. de Saúde Pública**, 2013a (submetido em 1 mai.2013).

\_\_\_\_\_. Contribuições das plantas medicinais para o cuidado e a promoção da saúde na atenção primária à saúde. **Interface (Botucatu)**, v.17, jul/set. 2013b.

DAMIAN, G.A.; TESSER, D.C. Plantas medicinais: formas de cuidado, sabers e contextus de uso na Atenção Primária à Saúde, **Cad. Saúde Pública**, 2013 (submetido em jul 2013).

DENZIN, N.K., LINCOLN, Y.S. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. Porto Alegre: Artmed, 2006., p. 48-73.

DESLANDES, S.F, GOMES, R. A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde. In: BOSI, M.L.M, MERCADO, F.J. **Pesquisa qualitativa em serviços de saúde**, 2.ed. Petrópolis: Vozes, p.99-121, 2007.

DI STASI, L. C. (org.). **Plantas medicinais: arte e ciência, um guia de estudo interdisciplinar**. São Paulo: UNESP, 2007.

DINIZ, Rui Cenil. Programa municipal de fitoterapia do município de Londrina, no Paraná. **Saúde debate**, n. 34, p.73-80, mai.2006.

FERNANDES, T. M. D. **Plantas medicinais: memória da ciência no brasil**. Rio de janeiro: fiocruz, 2004.

FERRO, Degmar. **Fitoterapia: conceitos clínicos**, São Paulo: Atheneu, p. 151-175, 2008.

FLECK ,L. **La génesis y el desarrollo de un hecho científico**. Alianza Editorial- Madrid-1986

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3 ed. Porto Alegre : Artmed, 2009, p. 187-189.

FONTANELLA, B.J.B.; RICAS, J.; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, v.24, n.1, p.17-27, 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>>. Acesso em: 5 jul. 2013.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 43.ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

FREITAS, J. D. DE; PORTO, M. F. Por uma epistemologia emancipatória da promoção da saúde. **Trab. educ. saúde**, v. 9, n. 2, p. 179-200, 2011. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462011000200002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462011000200002)

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório da VI Conferência Municipal de Saúde**. Florianópolis, 2003. Disponível

em:<<http://cms.pmf.sc.gov.br/?p=conferencias>>. Acesso em: 12 dez. 2012.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório da VII Conferência Municipal de Saúde**.

Florianópolis, 2006. Disponível em:<

<http://cms.pmf.sc.gov.br/?p=conferencias>>. Acesso em: 12 dez. 2012.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2007 – 2010** / Bastos Jr. Mário José e Kawase, Patrícia Rocha (org). Florianópolis: 2007. Disponível em: <

[http://portal.pmf.sc.gov.br/arquivos/documentos/pdf/23\\_10\\_2009\\_8.56.05.507300075b626a567d3a21d38c5c49c7.pdf](http://portal.pmf.sc.gov.br/arquivos/documentos/pdf/23_10_2009_8.56.05.507300075b626a567d3a21d38c5c49c7.pdf)> . Acesso em: Acesso

em: 12 dez. 2012.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. **Portaria/SS/Gab/ 010/2010**. Nomeação da Comissão de Implantação do Programa Municipal de Práticas Integrativas e Complementares. Florianópolis, 2010.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. **Portaria 947/2010**. Disponível em:

<[http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/28\\_03\\_2011\\_17.11.15.09e3252eee513041fb6dd3d5e03189f7.pdf](http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/28_03_2011_17.11.15.09e3252eee513041fb6dd3d5e03189f7.pdf)>. Acesso em: Acesso em:

12 dez. 2012.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. **Instrução normativa no. 004/2010**. Disponível em:

<[http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/PDF/28\\_03\\_2011\\_17.12.00.60d5ba403d4f2df64b2e41705b0d64ca.PDF](http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/PDF/28_03_2011_17.12.00.60d5ba403d4f2df64b2e41705b0d64ca.PDF)> Acesso em: Acesso em:

12 dez. 2012.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório da VIII Conferência Municipal de Saúde**.

Florianópolis, 2011. Disponível

em:<<http://cms.pmf.sc.gov.br/?p=conferencias>>. Acesso em: 12 dez. 2012.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**, LCT, 1989 323p.

GIOVANELLA L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n.5, p. 951-963, 2006.

\_\_\_\_\_. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. sup 1, p. 21-27, 2008

- GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciênc. saúde colet.**, v. 14, n. 3, p. 783-794, 2009
- GOMES, L.B.; MERHY, E. E. Compreendendo a educação popular em saúde: um estudo na literatura brasileira. **Cad. Saúde Pública**. v.27, n.1, p.7-18, 2011.
- GONÇALVES, M. de L. Q. **Boas Práticas para medicamentos fitoterápicos em escala magistral no setor público**. 2009. Dissertação (Mestrado) - Programa de pós-graduação em Ciências Farmacêuticas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/16066/000693161.pdf?sequence=1>> Acesso em: 6 jul. 2013
- GRAÇA, C. Treze anos de Fitoterapia em Curitiba. **Saúde debate**, v. 30, p. 36-41, mar. 2004
- GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R. Novas práticas sociais na constituição do direito à saúde: a experiência de um movimento fitoterápico comunitário. **Interface (Botucatu)**. v.12, n.24, p. 109-122, 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832008000100009>>. Acesso em: 12 ago. 2012.
- GUIMARÃES G., MEDEIROS, J.C, VIEIRA, L. A. Programa fitoterápicos Farmácia Viva no SUS-Betim-Minas Gerais. **Saúde debate**, n. 36, p. 41-47, 2006
- HELMAN, Cecil. **Cuidado e cura**: os setores de atenção à saúde, 2003, p. 79-111.
- HERNÁEZ, Ángel Matínez. Medicina, ciência y creencia. IN: \_\_\_\_\_. **Antropología médica**: teorías sobre La cultura, El poder y la enfermedad. Esoanha : Anthropos, 2008, p.11-44.
- KLEIN, T. LONHGINI, R. BRUSCH, M.L, MELLO, J.C.P. Fitoterápicos: um mercado promissor. **Rev Ciênc Farm Básica Apl.**, v. 30, n. 3, p. 241-248, 2009
- KLEINMAN, Arthur. **Patients and healers in the context of culture**. Berkeley, University of California Press, 1980
- LAPLANTINE, F. & RABEYRON, P.L. **Medicinas Paralelas**. São Paulo: Brasiliense, 1989.
- LEITE, J.P.V. **Fitoterapia**: bases científicas e tecnológicas, São Paulo : Atheneu, 2009, p. 3-18.
- LEITE, S. N. **Além da medicação**: a contribuição da fitoterapia para a saúde pública. Dissertação (mestrado) - Departamento de Saúde Pública de Saúde Materno Infantil, Faculdade de São Paulo, São Paulo, 2000.

- LÉVI-STRAUS C. **O pensamento selvagem**. São Paulo: Ed. USP, 1970.
- LEVIN, J. S.; JONAS, W. B. (editores) **Tratado de medicina complementar e alternativa**. São Paulo: Manole, 2001.
- LOYOLA, M.A. **Médicos e curandeiros: conflito social e saúde**. São Paulo: Difel, 1984.
- LOPES, R.; TOCANTINS, F.R. Health Promotion and Critical Education. **Interface (Botucatu)**, v.16, n.40, p.235-46, jan./mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n40/aop1312.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2013
- LUNA, B. F. Seqüência Básica na Elaboração de Protocolos de Pesquisa. **Revista Arq. Bras. Cardiol.**, v. 71, n. 6, p. 735-740, 1998.
- LUZ, M. T.; BARROS, N. F. **Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2012.
- LUZ, M.T. Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no Fim do Século XX. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15 (Suplemento) p.145- 176, 2005
- LUZ, M.T. **Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1996. (Série Estudos em Saúde Coletiva, 62)
- MARCUSE, H. **A ideologia da sociedade industrial**. 4. ed. Rio de Janeiro : Zahar Editores, 1964
- MATOS, F. J. d. A. O projeto Farmácias-Vivas e a fitoterapia no nordeste do Brasil. **Rev. Ciências Agrovet.**, v. 5, n. 1, p.24-32. 2006.
- MENÉNDEZ, E. 2003. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. **Ciênc.saúde.colet.**, v. 8, n.1, p. 185-208.
- METCALF, C.; BERGER, C.B.; NEGRI , A.A. A medicina tradicional, alternativa e complementar. In: DUNCAN, B.B.; SCHIMIDT, M.I.;GIUGLIANI, E.R.J; e cols. **Medicina ambulatorial**, 3 ed.. Porto Alegre: Artmed, 2004, 160-5.
- MICHILES, E. Diagnóstico situacional dos serviços de fitoterapia no Estado do Rio de Janeiro. **Rev. Bras. Farmac.** 14, n. supl. 01 (2004): 16-19.
- MINAYO, M.C.de S.; DESLANDES, S.F. (Orgs.). **Caminhos do pensamento: epistemologia e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- MONTEIRO, Elziwaldo Lobo. Amapá conta com centro de referência para toda a região Norte. IN: BRASIL. Ministério da Saúde. Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na

- Atenção Básica. **Cad. At. Bás.** n.31, p. 30-34, mai. 2012. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)
- NAGAI, S. C.; QUEIROZ, M. S. Medicina complementar e alternativa na rede básica de serviços de saúde: uma aproximação qualitativa. **Ciênc. saúde colet.**, v. 16, n. 3, p.1793-1800, 2011. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000300015>>. Acesso em: 23 jun. 2013.
- NAGAI, S.C. **Terapias complementares e alternativas no processo de cuidar:** análise das representações sociais dos profissionais da rede pública de saúde do município de Campinas. Dissertação (mestrado), Universidade Estadual de Campinas - Faculdade de Ciências Médicas Campinas, São Paulo, 2005. 197.
- NATIONAL CENTER FOR COMPLEMENTARY AND ALTERNATIVE MEDICINE. Disponível em: < [nccam.nih.gov](http://nccam.nih.gov) > . Acesso em: 14 abr.2010.
- NOGALES-GAETE, J. Medicina alternativa y complementaria. **Rev Chil Neuro-Psiquiatria**, v.4, p.243-25, 2004
- OGAVA, S.E. N, et al. Implantação do programa de fitoterapia "Verde Vida" na secretaria de saúde de Maringá (2000-2003). **Rev. Bras. Farmac.**, v.13, n. supl., p. 58-62, 2003.
- OLIVEIRA, E.R. **O que é medicina popular.** São Paulo : Brasilienses, 1985,
- OLIVEIRA, M. J.R, M. J.S SIMÕES, E C. R.R SASSI. Fitoterapia no sistema de saúde público (SUS) no estado de São Paulo, Brasil. **Rev. Bras. Plant. Med.**, v. 8, n. 2, p. 39-41, 2006.
- ORGANIZAÇÃO MUDIAL DA SAÚDE. Declaração de Alma-Ata. Genebra, 1978.
- \_\_\_\_\_. **Estratégia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005.** Genebra, 2002.
- \_\_\_\_\_. The world medicines situation 2011: tradicional medicines global, issues and challenges, Genebra, 2011
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **I Conferência internacional sobre promoção de saúde:** Carta de Ottawa. Ottawa, Nov. 1986. Disponível em:<[http://www.mpba.mp.br/atuacao/cidadania/gesau/legislacao/internacionais/carta\\_ottawa.pdf](http://www.mpba.mp.br/atuacao/cidadania/gesau/legislacao/internacionais/carta_ottawa.pdf)>. Acesso em: 5 jul. 2013.
- \_\_\_\_\_. **II Conferência internacional sobre promoção de saúde,** Adelaide, Áustria, 5 a 9 abr., 1998. Disponível em:<<http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/1988-Adelaide.pdf>>. Acesso em: 5 jul. 2013.

- \_\_\_\_\_. Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas. Washington, DC: World Health Organization; 2005.
- OTANI, M.A.P.; BARROS, N.F.de. A Medicina Integrativa e a construção de um novo modelo na saúde. **Ciênc. saúde colet.**, v.16, n.3, p.1801-1811, 2011. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000300016>>. Acesso em: 6 jul., 2013.
- PARTENSON, B. L. et al. *Meta-study of qualitative health reserach: a practical guide to meta-analisy and meta-synthesis*. 2001.
- PEDUZZI, M. et al. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. **Interface (Botucatu)**, v. 13, n. 30, p.121-134, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000300011>>. Acesso em: 23 jun. 2013.
- PIRES, A. M., BORELLA, J. C.. Práticas alternativas de saúde na atenção básica na rede SUS - Ribeirão Preto/SP. **Saúde debate**. v. 30, p. 56-58, 2004.
- PIRES, A.M.Programa fitoterapia e homeopatia. IN: **V Jornada Catarinense de Plantas Mediciniais**, Florianópolis, 21 jul 2012.
- PRESIDENTE CASTELLO BRANCO. Projeto educando para a sustentabilidade. 2012, 35p.
- \_\_\_\_\_. Relatório das atividades. 2012. 27p.
- \_\_\_\_\_. Projeto político pedagógico.2012. 134p.
- QUEIRÓZ, M.S. Estratégias de consumo em saúde entre famílias trabalhadoras. **Cad. Saúde Pública**, v.9, n.3, p.272-282, 1993. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/esp/v9n3/15.pdf>
- RATES, S.M.K. Promoção do uso racional de fitoterápicos: uma abordagem no ensino de farmacognosia. **Rev. Bras. Farm.** v. 11, n. 2, p. 57-69, 2001
- REIS, M. C., et al. Experiência na implantação do Programa de Fitoterapia do Município do Rio de Janeiro. **Saúde debate**, v. 30, p. 42-49, 2004.
- RIBEIRO D. **O povo brasileiro: a formação e o sentido do Brasil**. São Paulo: Companhia das Letras; 1995.Rosa, Câmara, Béria, 2011
- RIBEIRO, Marli. Terapias integrativas fazendo história em Campinas. **Rev. Bras. Saúde da Família**, p. 20-25, 2008.
- RIBEIRÃO PRETO. Reunião extraordinária do Conselho Municipal de Saúde, 5 nov. 1993, 2p.
- \_\_\_\_\_. 3ª Conferência Municipal de Saúde: relatório final. 3 a 5 dez. 1993, p.5

\_\_\_\_\_. Programa de Governo: frente popular e democrática de Ribeirão Preto. Antonio Palocci Filho, Joaquim Rezende, 1996.

\_\_\_\_\_. Lei complementar 378, de 23 de setembro de 1994. Cria o cargo de coordenador de fitoterapia e homeopatia junto à secretaria municipal da saúde e da outras providências. 1994.

\_\_\_\_\_. IV Conferência Municipal de Saúde. Qualidade de vida é saúde. 17 a 19 mai. 1996. p.14.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. **Lei 8106, de 23 de junho de 1998**. Dispõe sobre a inclusão da homeopatia. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/686649/lei-8106-98-ribeirao-preto-sp>>. Acesso em: 12 ago. 2011.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. **Lei 8778, de 3 de maio de 2000**. Dispõe sobre a inclusão da fitoterapia nas unidades básicas de saúde. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/685974/lei-8778-00-ribeirao-preto-sp>>. Acesso em: 12 ago. 2011.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde 2010-2013**. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/vigilancia/planeja/pms-rp-2010-2013.pdf>> . Acesso em: 12 ago. 2012.

\_\_\_\_\_. Sala de apoio à gestão estratégica. Ribeirão Preto. Disponível em:< <http://189.28.128.178/sage/>>. Acesso em: 5 jul. 2013.

ROSEN, G. **Uma história da Saúde Pública**. São Paulo: Ed. Unesp, 1994

SACRAMENTO, H. T. do. O programa de fitoterapia do município de Vitória (ES). **Saúde debate**, v. 30, p. 59-65, mar. 2004.

SANDELOWSKI, M.; BARROSO, J.; CORRINE, I. V. **Using Qualitative Metasummary to Synthesize Qualitative and Quantitative Descriptive Findings**. v.30, n.1, p.99-111, fev. 2007

SANTOS, B. de S. **Um Discurso sobre as Ciências**; Afrontamento: Porto; 1988.

\_\_\_\_\_. **A crítica da razão indolente**: contra o desperdício da experiência. 7.ed. São Paulo:Cortez; 2000.

\_\_\_\_\_. **Reconhecer para libertar**: os caminhos do cosmopolismo multicultural. Rio de Janeiro: Civilizações brasileiras, v.3, p. 13-44, 2003

\_\_\_\_\_. **O fórum social mundial**: manual de uso. 2004. Disponível em: <<http://www.ces.uc.pt/bss/documentos/fsm.pdf>> Acesso em: 20 mai. 2013

\_\_\_\_\_. **Semear outras soluções:** os caminhos da biodiversidade e dos conhecimentos rivais. Civiliz. Brasil, v. 4, p. 21-121, 2005

\_\_\_\_\_. **Renovar a teoria crítica e reinventar a emancipação social** São Paulo: Boitempo, 2007. 62p.

\_\_\_\_\_. **Pelas mãos de Alice:** o social e o político pós-moderno, 12.ed. São Paulo: Cortez, p. 284-314, 2008.

SANTOS, B. S.; MENENSES, M.P. (org.). **Epistemologia do Sul.** São Paulo: Cortez, p. 31-84, 2010

SANTOS, M.C. **Práticas Integrativas e complementares na Atenção Primária à saúde de Florianópolis/SC:** implantação, cogestão e educação permanente em saúde. 2012. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

SANTOS, F. A. da S. et al. Política de práticas integrativas em Recife: análise da participação dos atores. **Rev. Saúde Pública**, v. 45, n. 6, p. 1154-1159, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011000600018>>. Acesso em: 6 jul. 2013.

SANTOS, R. L. et al. Análise sobre a fitoterapia como prática integrativa no Sistema Único de Saúde. **Rev. bras. plantas med.**, v. 13, n. 4, p.486-491, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbpm/v13n4/a14v13n4.pdf>>. Acesso em: 23 jun. 2013.

SANTOS, M. C.; TESSER, C. D. Um método para a implantação e promoção de acesso às Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v.17, n.11, p. 3011-3024, 2012, Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001100018>>. Acesso em: 20 set., 2012

SARTORI, C. **Intersetorialidade** – Experiência Exitosa do Municipal de Castello Branco. 2011, Disponível em:< <https://www.telemedicina.ufsc.br/rctm/stt/index/interno#>>. Acesso em: 17 jul. 2013.

\_\_\_\_\_. Município de Presidente Castello Branco (SC): um novo olhar para gestão pública através do trabalho intersetorial em rede. **Saúde Transform. Soc.**, Florianopolis, v. 3, n. 1, jan. 2012 . Disponível em

<[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2178-70852012000100002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-70852012000100002&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 18 jul. 2013.

SÍCOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. R. do. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface (Botucatu)**, v. 7, n. 12, p.101-122, 2003. Disponível em:

<<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832003000100008>>. Acesso em: 23 jun. 2013.

SILVA, M. I. G., GONDIM, A. P. S, NUNES, I. F., SOUSA, F. C.F Herbal Therapy in Primary Health Care in Maracanaú, Ceará, Brazil, **The Annals of Pharmac.**, v. 39, jul./ago. 2005.

SILVELLO, C. L.C. **O uso de plantas medicinais e de fitoterápicos no SUS:** uma revisão bibliográfica. 2010. Trabalho de conclusão de curso (Graduação) - Curso de Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010.

Disponível

em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/28232/000769371.pdf?sequence=1>> Acesso em: 6 jul. 2013.

SIMÕES, C.M.O et al. **Farmacognosia:** da planta ao medicamento. Florianópolis: UFSC, 1999, 821p.

SPADACIO, C. et al. Medicinas Alternativas e Complementares: uma metassíntese. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n.1, p.7-13, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000100002>>. Acesso em: 23 jun. 2013.

STARFIELD, B. **Atenção Primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde; 2002.

TESSER CD, LUZ MT. Racionalidades médicas e integralidade. **Ciênc. Saúde Col.** v.3, n.1, p.195-206, 2008.

TESSER, C. D.; BARROS, N. F. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. 5, p.914-20, 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008000500018>>. Acesso em: 23 jun. 2013.

TESSER, C.D. (org). **Medicalização social e a atenção à saúde no SUS**, São Paulo : Hucitec, 2010, 245p.

\_\_\_\_\_. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. **Interface (Botucatu)**,. v. 10, n. 19, p. 61-76, jan/jun; 2006.

TESSER, C.D. et al. Estratégia saúde da família e análise da realidade social: subsídios para políticas de promoção da saúde e educação permanente. **Ciênc. saúde coletiva**. v.16, n.11, p.4295-4306, 2011.

Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001200002>>. Acesso em: 5 jul. 2013.

- TEXEIRA, J.B.P **Memória institucional da fitoterapia em Juiz de Fora**. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Medicina Social, Universidade do estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.
- UCHÔA SADC, CAMARGO-JR KR D. Os protocolos e a decisão médica: medicina baseada em vivências e ou evidências? **Ciência & Saúde Coletiva**. v.15, n.4, p. 2241-2249, 2010.
- VERDI, M.; CAPONI, S. Reflexões sobre a promoção da saúde numa perspectiva bioética. **Texto contexto - enferm**. v.14, n.1, p.82-88, 2005, Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072005000100011>>. Acesso em: 6 jul. 2013.
- VEIGA, V. J, MELLO, J.C. As monografias sobre plantas medicinais. **Rev. Bras. Farma**. v. 18, n- 3, p. 464-471, jul./set. 2008.
- VIEGAS, C.J.; BOLZANI, V. da S. BARREIRO, E.J. Os produtos naturais e a química moderna. **Quim. Nova**,v.. 29, n. 2, p. 326-337, 2006
- VIEGAS, F. J.; PINTO, A.; MACIEL, M.A Plantas medicinais: cura seguras? **Quim. Nova**, v. 28, n. 3, p. 519-528, 2005.
- YIN, Robert K. **Estudo de Caso: planejamento e métodos**, 4.ed. Porto Alegre : Bookman, 2010, 245p.
- WHO. World Health **Association. Division of Mental Health**. Qualitative Research for health programmes. Geneva: WHO; 1994



## APÊNDICE 1 APROXIMAÇÃO, OBSERVAÇÃO DIRETA E CONTEXTO HISTÓRICO DA INSERÇÃO AÇÕES/PROGRAMAS DE FITOTERAPIA NOS QUATRO MUNICÍPIOS SELECIONADOS

Para entender a organização, os fatores facilitadores, os dificultadores e as contribuições da inserção de ações/programas com plantas medicinais na APS nas localidades selecionadas, consideraram-se necessário, primeiramente, fazer uma descrição e resgate histórico do processo de implantação destas ações nos quatro municípios selecionados. Para esta reconstrução foram utilizados documentos oficiais, sites dos municípios, notícia de jornal, publicação em artigos e congressos e os depoimentos coletados nas entrevistas-narrativas com coordenadores, profissionais de saúde, gestores/ex-gestores que participaram da construção dos projetos nos municípios de Campinas/SP, Ribeirão Preto/SP, Florianópolis/SC e Presidente Castello Branco/SC.

### **Farmácia de manipulação Botica da Família - Campinas/SP**

Campinas/SP tem uma população de 1.098.630 habitantes distribuídos numa área de 794,433km<sup>2</sup> (BRASIL, 2013). O município é dividido em cinco distritos de saúde: norte, sul, leste, sudeste e noroeste. Campinas possui sessenta e dois centros de saúde (CS) responsáveis pelos atendimentos de atenção primária a saúde e alguns procedimentos de média complexidade. Apresenta 113 equipes de saúde. Apresenta vinte unidades de referência com atendimento especializado, sendo duas policlínicas e ainda conta com um Hospital e Maternidade (CAMPINAS, 2012). Sua cobertura populacional é de 35,49% (BRASIL, 2013).

O contato inicial foi com a farmacêutica responsável da Botica da Família – Campinas/SP. A visita na Botica da Família foi realizada no dia 18 de agosto de 2011. O projeto foi encaminhado ao Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde (CETS) da Secretaria Municipal de Saúde/Prefeitura Municipal de Campinas, recebendo parecer favorável para coleta de entrevistas com os profissionais da Botica da Família e unidades básicas de saúde do município de Campinas/SP. A farmacêutica indicou dois novos IC: um coordenador e uma médica.

Devido problemas com a gestão municipal, no período definido para as entrevistas, não foi possível contatar os dois IC indicados e ir à coleta de campo. Optou-se pela coleta de informações por meio de um roteiro de entrevista escrita, encaminhado por email à farmacêutica

contatada (Apêndice 2). O roteiro foi enviado por email dia 28/06/2012 e o retorno das respostas ocorreu no dia 17/07/2012.

A inserção da fitoterapia em Campinas/SP está em consonância com o Projeto Farmácia Viva desenvolvida pela Universidade Federal do Ceará e o Projeto Verde Saúde da prefeitura de Curitiba/PR, ambos com hortos de plantas medicinais para distribuição à população por meio das UBS e com mais de dez anos de implantação (NAGAI, 2005). Em Campinas/SP, não existe um Programa específico de Fitoterapia, e sim uma farmácia de manipulação exclusivamente fitoterápica. A Fitoterapia faz parte do Projeto Saúde Integrativa, cujo coordenador no momento é o Dr William Hippolyto (IC1).

As ações com plantas medicinais em Campinas/SP iniciaram em 1990 com a formação de um horto no CS Joaquim Egidio, que chegou a ter 60 espécies de plantas medicinais. Em 1993 foi criada a Comissão de Programas de Fitoterapia Municipal. Esta Comissão elaborou a padronização das plantas medicinais a serem utilizadas na rede pública de Saúde. Em 1995, foi firmado um convênio com o Centro de Pesquisas Químicas, Biológicas e Agrícolas da Unicamp (CPQBA) que passou a distribuir os fitoterápicos para a prefeitura municipal de Campinas e apoiou a elaboração do Memento Terapêutico. Além disso, houve profissionais de saúde que se destacaram e acompanharam a iniciativa da fitoterapia desde o início, dentre elas: Dra Eloisa Cavassani Pimentel (médica), a Enfermagem em geral, a Enfermeira Lisandra Porto, Hospital Cândido Ferreira e outros (IC 1).

O acesso aos medicamentos fitoterápicos à população campinense foi favorecido inicialmente com a terceirização da produção dos medicamentos fitoterápicos. Em 2001/2002 feita feita a institucionalização da fitoterapia no serviço público de saúde de Campinas com a publicação da Portaria 13/01, de novembro de 2001. É um dos programas pioneiros do Brasil e colaborou para a construção da PNPMF. Neste mesmo ano, foi firmada a parceria com o Hospital Dr. Cândido Ferreira tendo como objetivo a ressocialização dos pacientes por meio do trabalho de plantio e cultivo de plantas (IC1).

No Hospital Dr. Cândido Ferreira são desenvolvidas atividades de cultivo orgânico de algumas espécies de plantas medicinais. O cultivo é feito pela oficina agrícola do Serviço de Saúde Mental. Os usuários que participam do projeto recebem bolsa trabalho, o que promove um retorno social a essas pessoas. Neste local, é desenvolvida a Ciranda das Ervas. É um espaço de troca de saberes com a população com o objetivo de resgate do conhecimento popular. Nos encontros os participantes

levam as plantas, relatam sua experiência e recebem orientação sobre o uso adequado e a forma de cultivo, além de tocar, cheirar e ver as plantas de perto para não confundi-las com outras espécies com o mesmo nome popular (CAMPINAS, 2010).

Além disso, foram criados hortos didáticos em alguns CS como o Jardim dos afetos no Centro de Referência em saúde do trabalhador, a Ciranda das Virtudes no Centro de Referência em Reabilitação Física (Distrito Sosas) e em cinco UBS no Distrito Sudoeste (CAMPINAS, 2010).

A Semana Municipal de Fitoterapia de Campinas foi instituída pela Lei Municipal 11.385/02 de autoria da vereadora Delegada Teresinha. A Semana Educativa de Fitoterapia vem sendo desenvolvida anualmente e encontra-se na sua décima edição (CAMPINAS, 2010).

A Botica da Família foi inaugurada no ano de 2004. É uma farmácia de manipulação de fitoterápicos, que manipula para todos os 76 centros de saúde e um hospital municipal Mário Gatti; uma média de 8000 fórmulas por mês (IC1). A rede municipal de saúde de Campinas disponibiliza nos CS, os medicamentos fitoterápicos produzidos na farmácia de manipulação Botica da Família: arnica (creme), aloe vera (gel), calêndula (gel), camomila, ginkgo biloba, espinheira santa (planta seca), guaco (xarope), hamamelis, hipericum, malva (folhas secas), maracujá, quebra pedra (folha seca), tanchagem, papaya. Os treze medicamentos fitoterápicos são adquiridos de fornecedores e manipulados em trinta apresentações farmacêuticas (CAMPINAS, 2010). O objetivo dessa farmácia é garantir o abastecimento dos medicamentos fitoterápicos com qualidade e garantir o fornecimento gratuito contínuo dos mesmos. Cerca de 10 mil pessoas se beneficiam da fitoterapia como opção terapêutica no SUS em Campinas (NAGAI, 2005).

Campinas/SP disponibiliza para a rede pública de saúde: fitoterápicos manipulados, medicamentos fitoterápicos e plantas secas. Inicialmente, a lista de medicamentos fitoterápicos foi padronizada levando em consideração os fitoterápicos que não tinham similares aos medicamentos alopáticos. Atualmente a lista é padronizada conforme a recomendação do MS (IC1).

A rotina de trabalho na farmácia de manipulação de medicamentos fitoterápicos de Campinas/SP está descrita nos procedimentos operacionais padrão do manual de boas práticas da Farmácia Botica da Família. A Farmácia Botica da Família é responsável pela rotina de aquisição, recebimento, armazenamento,

manipulação, distribuição e dispensação dos fitoterápicos manipulados. Este fluxo segue as normas da Portaria 67/07, Portaria 87/07 da ANVISA, as diretrizes da Portaria 971/2006 do MS e farmacopeias para garantir a qualidade dos produtos dispensados para rede pública de saúde de Campinas/SP.

A matéria-prima vegetal e seus derivados são adquiridos de fornecedores idôneos especializados em matéria-prima para farmácias de manipulação. A aquisição é feita por processos de licitação pública. Nos editais é exigido a apresentação do registro sanitário do produto ou comprovante de isenção junto ao Ministério da Saúde, laudo de controle de qualidade, certificado Boas Práticas de Fabricação e/ou cópia da publicação no Diário Oficial da União. Não há cultivo das plantas medicinais. Para o armazenamento observa-se a temperatura, a umidade relativa e a luminosidade. No recebimento dos medicamentos fitoterápicos e matéria-prima de origem vegetal é verificado: prazo de validade; condições recomendadas na embalagem quanto ao transporte, inspeção visual obedecendo às especificidades das diferentes formas farmacêuticas, laudo de controle de qualidade. Ainda, é feito o arquivamento do laudo de controle de qualidade durante o período em que o produto estiver em estoque.

Todos os fluxos descritos acima são padronizados em Procedimentos operacionais padrão (POPs). A prescrição dos medicamentos é feita por médicos, enfermeiros (no caso de tópicos) e dentistas. A dispensação dos medicamentos fitoterápicos é descentralizada. A orientação quanto aos cuidados referentes ao seu armazenamento, modo de uso, efeitos adversos, contraindicações e interações é realizada nas farmácias das unidades básica de saúde (IC 1).

A Botica da Família não desenvolve atividades de interação com a comunidade, movimentos sociais e outras instituições. As ações de plantas medicinais são exclusivamente de produção de medicamento fitoterápico. As ações de interação com a comunidade são feitas pelos profissionais das unidades básicas de saúde, campo empírico este que não foi possível explorar nem investigar pelas dificuldades mencionadas acima.

### **Programa de Fitoterapia e Homeopatia de Ribeirão Preto/SP**

Ribeirão Preto/SP tem uma população de 619.746 habitantes (BRASIL, 2013) distribuídos em um território de 652Km<sup>2</sup>. O município conta com 47 estabelecimentos básicos de saúde distribuídos em cinco distritos de saúde; das quais, cinco são unidades básicas distritais de

saúde, 13 unidades / núcleos de saúde da família com um total de 30 ESF (BRASIL, 2013); e vinte e uma unidades básicas tradicionais com 26 EACS (RIBEIRÃO PRETO, 2013). A cobertura populacional atual (jul/2013) para as equipes de saúde da família (ESF) é de 16,7% e a cobertura populacional total com agentes comunitários de saúde – ESF e EACS – são de 32,1% (RIBEIRÃO PRETO, 2012).

Em Ribeirão Preto, o primeiro contato foi feito por telefone com a enfermeira do Programa de Fitoterapia e Homeopatia. A visita a campo foi realizada no período de 20/07/2012 à 26/07/2012. Foram indicados dez novos informantes-chaves (quatro ex-gestores municipais que participaram da implantação do projeto do Programa de Fitoterapia e Homeopatia, em 1993, um técnico agrícola, um farmacêutico, um agrônomo, dois médicos e um docente da UNAERP).

Dos 11 IC selecionados para coleta de informação em Ribeirão Preto/SP, foram entrevistados cinco IC por que dois IC estavam com problemas familiares, um encontrava-se de férias, um não teve autorização da gestão municipal para dar depoimento devido o ano eleitoral, um não quis assinar o termo de consentimento livre esclarecido e 1 tinha se aposentado e estava fora do Brasil (figura 2). Em Ribeirão Preto não foi possível fazer a visita ao laboratório de manipulação, pois encontrava-se em reforma. Foram visitados, na ocasião, apenas o Horto Florestal, o horto e o laboratório de biotecnologia da UNAERP, a Farmácia Oficina da Erva e a Farmácia-Viva da Casa Terra de Ismael, ações de fitoterapia desenvolvidas em Ribeirão Preto/SP, além do Programa de Fitoterapia e Homeopatia deste município, indicadas pelos IC entrevistados.

O Programa de Homeopatia e Fitoterapia de Ribeirão Preto foi um dos projetos pioneiros no interior do Estado de São Paulo. Foi implantado na Secretaria da Saúde de Ribeirão Preto, a partir de 1993, com apoio do Sasama/Cadaiis da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, Conselho Municipal de Saúde e Entidades Comunitárias, com o objetivo de oferecer a opção de tratamento de saúde com terapias naturais à população. As principais ações desenvolvidas são o atendimento ambulatorial em homeopatia, fitoterapia e acupuntura, orientação da comunidade através de palestras, encontros e divulgação das práticas integrativas e complementares em escolas, universidades, entidades comunitárias, cultivo de plantas medicinais no Horto Florestal, implantação da farmácia-viva com a comunidade e ESF, manipulação de produtos fitoterápicos (Ribeirão Preto - Folder institucional).

*Além disso, são desenvolvidas pesquisas sobre pomada de calêndula, levantamento de plantas no cerrado, uso popular de plantas medicinais em conjunto com a Faculdade de Medicina - USP (IC 2 - Enfermeira/Coord do Programa em apresentação no VI JCPM, Florianópolis).*

As atividades do Programa de Fitoterapia e Homeopatia de Ribeirão Preto são integradas com: Assistência Farmacêutica, Secretaria do Meio Ambiente, Vigilância Sanitária, Programa Saúde da Família, Programa Criança e Adolescente, Ministério Público (IC 2 - Enfermeira/Coord do Programa em apresentação no VI JCPM, Florianópolis).

Em 1993, a gestão municipal de Ribeirão Preto estava comprometida com a mudança de modelo de assistência e a fitoterapia fazia parte deste plano de governo, segundo IC4. Até então, não havia municipalização e gestão semi-plena em Ribeirão Preto/SP (IC5).

A municipalização foi aprovada na III Conferência Municipal de Saúde, junto com um conjunto de propostas, pautadas em ideias inovadoras para uma gestão participativa. Neste contexto, surgiu a ideia da inserção da fitoterapia na rede pública de Ribeirão Preto/SP (IC3, IC5).

*Eu fui o relator desta III Conferência Municipal de Saúde - o “SUS que temos, o SUS que queremos” foi nós que organizamos. Eu participei de toda a organização de toda a conferência municipal. E foi óbvio que a influência da Área foi determinante, né e toda a equipe lá. (...), enfim, saiu como uma das propostas a implantação da fitoterapia etc. Está lá escrito tudo (IC5).*

*“A fitoterapia entrou muito pelo interesse e atuação, muito particular, da Área Moretti, ela que carregou sempre isso aí. Se não houvesse o trabalho dela, não haveria este programa, com certeza” (IC3)*

A enfermeira e o técnico agrícola foram os principais articuladores da proposta da Fitoterapia junto ao governo municipal de Ribeirão Preto/SP. A habilidade de negociação e articulação política destes profissionais conquistou e influenciou o governo para apoiar a proposta. Além disso, as ações com plantas medicinais no horto de plantas medicinais no Horto Florestal de Ribeirão Preto fortaleceram a aprovação desta iniciativa (IC5).

*(...) “ela que tinha esta vontade de implantar a fitoterapia, porque ela já estava trabalhando com esta questão ao governo anterior ao nosso, ela vinha tentando implantar alguma coisa, eles tinham tentado fazer uma plantação no horto, mas as coisas lá estavam muito incipientes” (IC5).*

O projeto do Programa de fitoterapia de Ribeirão Preto/SP foi elaborado com base no modelo de Farmácia-Viva de Francisco Matos da Universidade Federal do Fortaleza/CE e no referencial ideológico e autodidata da enfermeira Áurea Moretti, como relata os IC 4, IC5:

*... a minha convicção é que a Áurea ela trouxe isso para Ribeirão Preto, ela trouxe com paixão, ela acreditava, ela tem paixão, ela se infiltrou da cultura popular com os raizeiros e foi estudar, eu acho que o pulo do gato dela foi conseguir isso, sem desmerecer a cultura popular (...) A Áurea fez uma articulação brilhando do saber técnico, político e sua habilidade para que o governo na época colocasse na agenda. Não foi fácil eu acompanhei, a Áurea não dormia, era dia e noite, ela fazia, ela batia na porta de quem fosse necessário, né, para ela conseguir mínimas coisas, a Áurea é a enfermeira (IC4).*

O projeto foi apresentado na reunião do Conselho Municipal de Saúde (CMS), realizada em 25 de novembro de 1993, conforme registrado em ata (Ribeirão Preto, 1993, linha, 74).

Quanto ao projeto de implantação do Programa de Fitoterapia em Ribeirão Preto/SP na reunião do CMS, houve um momento de discussão e divergências, segundo a IC 4:

*... ele tinha muita preocupação que se implantasse um programa de fitoterapia que ficasse sem um respaldo de um cunho científico e ficasse sendo uma fitoterapia que qualquer coisa, ...se a gente implantar sem estes critérios, isso seria implantar uma atenção básica para pobre, qualquer coisa era fitoterapia (IC 4)*

O projeto do Programa de fitoterapia em Ribeirão Preto/SP foi aprovado contemplando a perspectiva de interação entre medicina tradicional e biomedicina proposta no projeto inicial. Este projeto foi encaminhado para a Câmara de Vereadores pelo Poder Executivo.

A Câmara Municipal, também, teve papel importante nesse processo, com a criação do cargo de Coordenador de Fitoterapia e Homeopatia junto à Secretaria Municipal de Saúde, em 1994.

Posteriormente, legislou a implantação na rede municipal de saúde da Homeopatia (Lei nº 8.106) em 1998, e a Fitoterapia (Lei nº 8.778) em 2000 (IC2), regulamentando a estruturação de um laboratório de fitoterapia no Ambulatório de Especialidades Médicas, um Horto de plantas medicinais no Horto Florestal e a elaboração de uma lista de fitoterápicos para rede pública de saúde, pautado no saber científico e recomendações do Ministério da Saúde, para garantir o acesso das plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos à população, segundo IC3, IC5:

*“Não adianta aprovar o programa se não tem o produto para oferecer. Este programa foi implantado de uma forma muito cuidadosa (...) dentro da unidade de saúde, mas, era fornecido aos pacientes que aceitavam ou queriam usar, talvez estes iriam participar, não havia nenhum direcionamento (...) Dentro deste clima, (...)eu acho que o programa se implantou, conseguiu criar raiz e quando a gente saiu ele ficou, as outras coisas foram adormecidas, abandonadas e não a fitoterapia (IC3).*

Alguns fatores favoreceram a implantação das ações propostas no Programa de Fitoterapia, destacando: o apoio da gestão municipal às inovações (plano de governo), interesse pelo tema por gestores municipais e profissionais de saúde (enfermeiro, médico, diretor de saúde da UBS); ter profissionais qualificados na rede de saúde para liderar o início das ações planejadas para a implantação do programa (enfermeira, médica, técnico agrícola), o custo dos produtos fitoterápicos em relação aos medicamentos sintéticos, a presença de um farmacêutico com experiência na área de licitação de plantas medicinais, a articulação entre universidade, comunidade e instituições locais para desenvolvimento de pesquisas em plantas medicinais e resgate do saber popular; além da estrutura física adequada para estruturação de um laboratório de manipulação de fórmulas fitoterápicas garantindo o acesso deste recurso terapêutico, como relata o IC 5.

*“A gente começou a montar um laboratório de manipulação. Plantar no horto era muito incipiente, muito irregular. Montamos uma lista de fitoterápico que tinha no mercado e compramos os fitoterápicos como compramos os medicamentos alopáticos... uma variedade, com embalagem uma coisa certinha .... O preço do*

*negócio na época era muito pequeno perto das nossas licitações, o” (IC5).*

As pesquisas desenvolvidas no departamento de farmácia da USP e no laboratório de biotecnologia da UNAERP contribuíram para legitimação e reconhecimento da fitoterapia no município, principalmente entre os profissionais de saúde que desconheciam esta prática de saúde (IC5). O resgate da sabedoria popular foi feito a partir de ações educativas na comunidade, através de palestras, encontros, hortas nas escolas, nas universidades e entidades comunitárias, com intuito de orientar sobre o uso adequado de plantas medicinais.

As atividades desenvolvidas neste programa contaram com a participação intersetorial da Assistência Farmacêutica, da Secretaria Municipal do Meio-Ambiente, da Vigilância Sanitária, do Programa Saúde da Família, do Programa Criança e Adolescência, o Ministério Público e outros (IC 2).

Entretanto, alguns entraves foram identificados no percurso da implantação do programa, tais como: a falta de financiamento federal, falta de pesquisas clínicas em plantas medicinais, a falta de formação dos profissionais de saúde da APS, a vinculação da fitoterapia à especialidade médica, o sistema de referência-contrareferência, a falta de interesse dos prescritores e baixo número de encaminhamento de usuários segundo os IC5:

*“a dificuldade que teve, era quem ia prescrever se não fosse o médico, e se não fosse o médico, teria que ter esta formação. Eu entendo que isso não tenha sido uma resistência. Poderia dizer que poderia ser uma reserva de mercado, que também só pode ser prescrito quem pode prescrever” (IC 4).*

*(...) “a Dr. Margarete, uma médica Alemã, ela era uma das poucas pessoas aqui que conhecia alguma coisa de fitoterapia mesmo, né, que era formada para isso” (IC5).*

Em relação ao sistema de referência e contra-referência e a procura pelo serviço, também, dificultaram a ampliação do Programa de Fitoterapia em Ribeirão Preto como relata o IC5.

*“Agora o que acabou acontecendo é na verdade a coisa não se desenvolveu como a gente pensava por falta de encaminhamento de paciente, tinha um movimento pequeno, talvez porque os profissionais não estavam sensibilizados com o problema, com esta questão né. Nós ficamos 2*

*anos 93 e 94 e depois a gente foi embora. Eu não sei se continuou, eu sei que a Aurea continuou com isso tudo” (IC5).*

Além disso, a Secretaria Municipal de Saúde tinha poucos convênios com instituições locais para garantir o acesso do recurso terapêutico (IC3), bem como laboratório de manipulação próprio. Para o IC 5, para que a fitoterapia na rede pública ser legitimada e reconhecida como uma opção terapêutica na rede pública, precisa estar bem estruturada, senão pode ser descontinuada:

*“Não adianta a gente ficar dizendo que isso bom, tem que ter que alguém prescreva, tem que ter a planta medicinal, que já tem um conhecimento, precisa ter a medicação para dar ao paciente. Se tu dá espinheira santa, não dá para ele pegar a espinheira por aí. A gente já dava os pacotinhos bem certinho para a pessoa fazer o chá, era bem organizado o negócio aqui. Mas, não sei se tem alguma coisa ainda.” (IC5).*

Para IC5, a falta de convênio com outras instituições privadas é um fator limitador aos programas de fitoterapia: *“imagina se a prefeitura for manipular medicamento para todas as pessoas que precisa.” (IC 5).*

Ainda, o Programa não contou com financiamento federal, a iniciativa foi custeada com recurso municipal. Em 2011, foi encaminhada a solicitação de recurso ao Ministério da Saúde por meio da elaboração do projeto intitulado “Plantando Saúde”. O objetivo deste projeto foi implantar um Viveiro no Horto Florestal para produção de Fitoterápicos na Secretaria Municipal de Saúde, incluindo resgate e preservação de espécimes de plantas medicinais em extinção na região, recompondo áreas degradadas do município. Este projeto foi elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde em conjunto com a Secretaria Municipal do Meio-Ambiente; enviado ao Ministério da Ciência e Tecnologia (IC2).

Atualmente, o Programa encontra-se sem um médico prescritor e o laboratório em reforma e desenvolve ainda uma pequena produção da pomada de calêndula. Para o IC 5, a fitoterapia em Ribeirão Preto/SP permanece ativa apenas em ações individuais com pouca divulgação nos últimos tempos. Também, considera o que está escrito no site da prefeitura “letra morta”.

Em 2012, tem-se a intenção de retomar o cultivo de plantas medicinais no Horto Florestal (desativado por problemas de

contaminação no riacho) e na comunidade de Assentamentos de Trabalhadores Rurais da Fazenda da Barra e Sepé Tiaraju foi reativado, bem como pesquisas sobre pomada de Calêndula e levantamentos do uso popular plantas medicinais do Cerrado em parceria com a UNAERP (IC 2).

### UNAERP

A UNAERP é uma universidade privada de Ribeirão Preto. Desde 1998, mantém um banco de gemosplasma *in vitro*, com finalidade didática, cujo acervo é superior a trezentas espécies de plantas medicinais exóticas e endêmicas dos diversos biomas brasileiros (PEREIRA, 2007).

*A UNAERP colocou o laboratório a disposição da USP na época (...), fazendo articulação com a rede para disponibilizar uma série de fitoterápicos aos usuários (IC4)*

*É um projeto grande. Eles têm um canteiro de produção. É um lugar legal, eles avançaram bem mais do que a gente (USP) na área de biotecnologia, eles têm um banco de gemoplasma, uma parte da biotecnologia bem desenvolvida (IC5).*

*Foi uma parceria significativa na época, a UNAERP, eu lembro que eles mandavam muitos medicamentos fitoterápicos (IC4)*

O Banco de Germoplasma *in vitro* é uma técnica de cultura de tecido cujo objetivo é preservar genótipos em bancos de gemosplasma sob condição de crescimento lento. O que torna essa técnica variável é a capacidade que uma ou um conjunto de células têm de se regenerar em um organismo completo. O banco de dados Sistema de Informação do Banco de Germoplasma *in vitro* (SIBAGi) é um banco estruturado em diversas categorias, com possibilidade de cruzamento de dados, a respeito de plantas medicinais armazenadas em um Banci de Germoplasma *in vitro*. O sistema pode ser acessado no endereço: <http://www.cerradoinvitro.net> (PEREIRA, 2007).

O SIBAGi foi estruturado com diversas categorias: ano, época de floração, época de frutificação, bioma, local de conservação, cor da flor, cor do fruto, diagnóstico, ecossistema, família, conservação, hábito, métodos de análise fitoquímica, métodos de indificação, mês, solo, tipo de cultura, tipo de fruto, uso potencial e vegetação (PEREIRA, 2007).

O SIBAGi, possibilita a otimização de tempo e recurso entre pesquisadores, recuperando informações de forma rápida e eficiente, além de permitir que membros da equipe compartilhem e discutam dados através de gerenciamento de conteúdo, que são vias efetivas para organizar informação.

### **Oficina das Ervas**

Em Ribeirão Preto, há farmácias de manipulação fitoterápicas famosas que poderiam atender a demanda das prescrições da rede pública, no entanto, não há convênios estabelecidos como relata o IC 5.

*“RP você vê tem um monte de farmácia de manipulação que. poderia fazer uma licitação de fornecimento. Mas é o problema é a vontade, o problema é o volume ninguém vai fazer uma licitação para comprar 5 pote de calêndula por mês. É mais um problema de logística (IC5)*

### **Ações com plantas medicinais na Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis/SC**

Florianópolis tem uma população de 433.158 habitantes distribuída em um território de 431,5Km<sup>2</sup> (BRASIL, 2013). A rede de saúde está dividida em cinco distritos sanitários, conta com 112 equipes de saúde distribuídas em 50 centros de saúde. A APS conta com 7 Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) distribuídos entre os distritos sanitários do município. Sua cobertura populacional é de 89,21%.

Em Florianópolis, o contato foi feito inicialmente com a coordenadora da Comissão de Práticas Integrativas e Complementares de Florianópolis (CPIC). O projeto foi submetido ao Comitê de Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis conforme normas da instituição. O período do estudo foi de 10 de julho de 2012 a 11 de março de 2013.

Em Florianópolis, as PICS foram institucionalizadas na rede pública de saúde com a publicação da Portaria n<sup>o</sup> 47, 12 de novembro 2010, implantando normas gerais para o desenvolvimento das ações na área, por meio da Instrução Normativa 004/2010, anexa a essa Portaria, em consonância com a PNPIC.

Segundo a IN 4/2010 a fitoterapia em Florianópolis/SC foi entendida como recurso terapêutico para ser utilizados por profissionais qualificados, de acordo com a legislação vigente.

O processo de implantação das PICS foram norteadas pelo referencial teórico da co-gestão, valorizando o empoderamento profissional em seus locais de trabalho, reforçando o sentido de “pertencer” ao processo e fortalecendo a rede como um todo. Isso refletiu no envolvimento e compromisso dos trabalhadores, além da melhoria das relações interpessoais (SANTOS, 2012).

A inclusão da fitoterapia e plantas medicinais teve um enfoque principal nas PICS. Dentre as ações relacionadas à fitoterapia contemplada no Plano de Implantação da CPIC-Florianópolis/SC, destacam-se: oficina de sensibilização em plantas medicinais com agentes comunitários, capacitação para os profissionais de saúde, elaboração de uma Cartilha Municipal de Plantas Medicinais. A atividade destinada aos ACS e comunidade teve o objetivo de debater os usos populares das plantas medicinais existentes nas comunidades. Além disso, os ACS foram orientados a realizarem um levantamento das hortas já existentes em cada comunidade; com o apoio dos moradores, igreja e outras instituições locais foram orientadas a estruturação de farmácias-vivas para uso da comunidade, com apoio de um profissional capacitado. O objetivo da cartilha municipal de plantas medicinais foi ser um guia de consulta rápida para os profissionais de saúde e usuários. Nesta cartilha o profissional encontrará informações como modo de uso, interações medicamentosas (outras drogas e alimento), restrições de uso, efeitos adversos.

Em relação à fitoterapia, foi nomeado em 7 de maio de 2010 um subgrupo de trabalho para abordar a temática. Este subgrupo ficou responsável em levantar estruturação da rede, estrutura física mínima, medicamentos, insumos e equipamentos necessários, tempo da consulta, alterações na consulta, organização do atendimento, fatores favoráveis e limitantes da prática, pactuações com equipes etc em relação à fitoterapia.

O resgate e a valorização do conhecimento e participação comunitária no desenvolvimento das práticas relacionadas com o uso de plantas medicinais e a necessária mudança do paradigma biomédico para outro menos consumista e medicalizador, com um pensamento mais ecológico e solidário foi uma preocupação levantada pelos membros da CPIC. Desta forma, foi sugerido um mapeamento de pessoas das comunidades que poderiam contribuir com seu

conhecimento a cerca do plantio das plantas selecionadas por cada unidade de saúde. Além disso, foi apontada como necessária a elaboração de uma lista de plantas e fitoterápicos, levando em consideração as formas de obtenção e compra de fitoterápicos. Para o fornecimento regular das plantas medicinais secas, in natura e como matéria-prima para a manipulação de fitoterápicos pensou-se no desenvolvimento de hortas e uma arranjo de produção local (farmácia-viva), além de buscar parcerias intersetoriais como Empresa de pesquisa Agropecuária e Extensão Rural de Santa Catarina (EPAGRI), Associação dos funcionários fiscais de Santa Catarina (AFFESC), Horto didático do Hospital Universitário da UFSC, (Florianópolis/SC - Ata CIPIC 11/07/2010), Companhia de melhoramento da Capital (COMCAP) Organização não governamental - Centro de Estudos e Promoção da Agricultura de Grupo (ONG-CEPAGRO). A COMCAP e Horto Didático do HU/UFSC foram articulados para orientar no reaproveitamento de lixo orgânico do município para produção de compostagem. O adubo orgânico seria utilizado nas hortas didáticas estruturadas nas UBS (Florianópolis/SC - Ata CIPIC 25/06/2010).

O NASF foi levantado como apoio estratégico na disseminação e sensibilização do uso de plantas medicinais aos profissionais envolvidos com a prescrição deste recurso terapêutico. Desta forma, optou-se por sensibilizar os farmacêuticos inicialmente nas reuniões mensais do NASF. Foi realizado um treinamento a estes profissionais para multiplicarem e sensibilizarem outros profissionais de saúde nas UBS. A VI Jornada Catarinense de Plantas medicinais foi divulgada para os profissionais de saúde como uma estratégia de Educação Permanente no município (Florianópolis/SC - Ata 11/06/2010).

Nos dias 13 e 14 de maio de 2010 foi realizada a Oficina de sensibilização em plantas medicinais para os farmacêuticos, com carga horária de 4hs/aula. Nesta oficina, além dos temas relacionados às plantas medicinais, foi abordada a inserção da fitoterapia na rede de saúde de Florianópolis/SC. A oficina foi realizada no Horto didático do HU/UFSC com a participação de 25 farmacêuticos divididos em duas turmas. O objetivo desta oficina foi discutir identificação e uso de 20 plantas utilizadas em projetos de Farmácia-viva. As oficinas tiveram caráter prático. A turma A pode percorrer o horto didático, já a turma B teve aula prática na sala do horto com vasos de plantas medicinais, pois estava chovendo. Desta oficina definiu-se como responsabilidade de cada farmacêutico desenvolver uma monografia de uma planta medicinal para compor a relação de plantas medicinais de

Florianópolis/SC. Deste material foi elaborada a Cartilha Municipal de Plantas Medicinais para orientar o uso de plantas medicinais aos profissionais de saúde.

Este material teve o objetivo de reunir as informações trocadas entre profissional de saúde e usuário sobre das plantas reconhecidas nas oficinas, visando compartilhar o uso adequado de plantas medicinais tanto aos profissionais quanto aos usuários através da interação de saberes (ICE 11 - Médico, apoiador).

A cartilha é um material didático informativo com foto, nome popular, nome botânico, indicações e observações populares e científicas das plantas reconhecidas na comunidade e estuda pelos profissionais de saúde nos cursos de capacitação. Estas ferramentas educativas são um auxílio ao profissional de saúde no reconhecimento das plantas junto à comunidade.

*Eu acho que a cartilha vai instrumentalizar, porque quando a gente tem ali a gente vai ter uma segurança maior no uso, a gente vai ter uma visibilidade para isso ai, de outra ótica, o profissional médico está muito vinculado à ideia de que a planta medicinal é quase um placebo, tem muita negligência, a gente negligência, a gente não pergunta para o paciente como recurso, a gente pergunta que medicação ele usou, ele negligencia a ideia, ele não relata porque a gente não pergunta sobre as plantas que ele usou, e desta forma com a cartilha a gente vai ter uma visibilidade e uma legitimação deste conhecimento, a gente vai partir para uma discussão muito grande sobre o tema, alguns profissionais vão resistir, vão fazer a critica, mas vai gerar um movimento positivo, no sentido daqueles que são afim por ter suporte para estar avançando neste estudo com certeza (ICE 18 - Médico, aluno).*

Entre abril e maio de 2011, foi apresentada aos coordenadores de cada Distrito Sanitário de Florianópolis a dinâmica de implantação das PICS nos CS. Na ocasião, cada DS indicou um Centro de Saúde para participar das ações de implantação das PICS na APS, quadro 1.

Distrito Sanitário	Centro de Saúde Indicado
DS Norte e Centro	Não indicaram
DS Sul	Morro das Pedras

DS Continente	CS Monte Cristo
DS Leste	CS Saco Grande, CS Córrego Grande, CS Pantanal, CAPS AD Ilha

Quadro 1 – Centro de Saúde indicados para participar das ações de implantação das PICS

De julho a setembro de 2011, foram realizadas as primeiras oficinas de pactuação e a construção dos planos locais aconteceram nas seguintes datas: 20/07/11 – tarde (CAPS AD Ilha); 21/07/2011 – tarde (CS Monte Cristo); 11/08/2011 – manhã (CS Pantanal); 25/08/2011 – manhã (CS Córrego Grande); 06/09/2011 – tarde (CS Morro das Pedras); 13/09/2011 – tarde (CS Saco Grande). As ações relacionadas à implantação da fitoterapia foram pactuadas pelas 6 equipes sensibilizadas como ilustra o gráfico 1 (Santos, 2012).

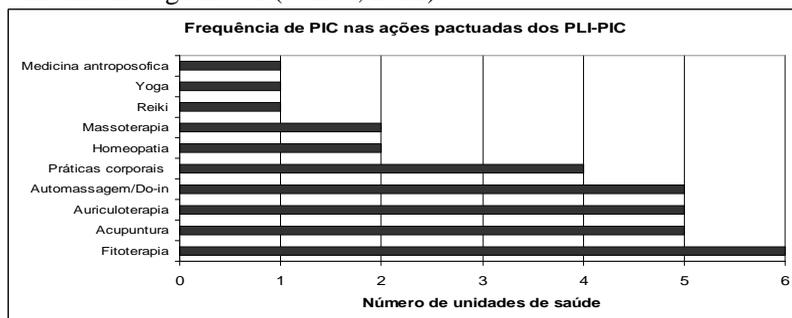


Gráfico 1 – Frequência de pactuação.

Fonte: CMPIC, 2012

### *As Oficinas de reconhecimento de plantas medicinais nos CS*

No período de 18 de out de 2011 a 19 de fevereiro de 2013 foram realizadas as rodas de conversas para reconhecimento das plantas com comunidade e ACS. As oficinas foram realizadas nos CS citados no quadro abaixo 2 :

CS	Data da oficina	Planta medicinal
Córrego Grande	29.11.2011	Romã, Tansagem, Quebra-pedra, Mão de deus, Funcho, Capim limão, erva-cidreira, Salva, melissa, Erva Baleeira, Boldo
	13.12.2011	
	28.02.2012	
Monte Cristo	18.10.2011	Mil Folhas; Malva não-cheirosa, Erva Santa, Físalis, abacateiro, Violeta de jardim, Salva; erva-cidreira, Boldo, Manjerição, Quebra-pedra, Boldo de jardim, Flor de laranjeira,
	22.11.2011	
Morro das	24.04.2012	Malva, Alfavaca Anisada, Mil Folhas, Marcela, Salva, Melissa,

Pedras	25.05.2012	Boldo do Chile, Boldo peludo
Saco Grande	22.11.2011	Erva cidreira, Salva, Melissa, Erva Santa, Poejo (galho maior), Poejo (galho menor), Picão branco, Arnica (flor amarela), Arnica (flor branca), Arnica, Arnica vedelia, Alfavaca anizada, Alfavaca cravo (cheiro de cravo), Mil folhas, Losna, Erva baleeira, Chapéu de couro, Cana do brejo, Rainha as ervas, artemijo, Mão de Deus, Tansagem, Rosa vermelha, Mastrucio.
	07.12.2012	
Trindade	19.02.2013	Quebra pedra, algodoeiro, cavalinha, tansagem, boldo, espinheira santa, alfavaca, erva cidreira, capim limão
<b>Total de oficinas</b>	<b>10</b>	

Quadro 2 - Oficinas de reconhecimento de plantas medicinais que foram realizadas de 29.11.11 a 19.02.2013

As oficinas de reconhecimento de plantas medicinais pautaram-se no referencial da educação popular. A atividade educativa é destinada aos agentes comunitários de saúde (ACS) e à comunidade geral. O objetivo principal desta atividade foi resgatar as plantas utilizadas pela comunidade. Os usuários são estimulados a trazerem as plantas para o encontro. A roda de conversa inicia-se com a identificação dos nomes, usos populares e características do uso caseiro, precauções, efeitos indesejáveis que o próprio usuário identifica.

O papel do profissional de saúde foi articular o diálogo para troca de saberes, trazendo alguns elementos do saber científico para complementar o saber popular construindo uma síntese de informações para uso adequado de plantas medicinais. São discutidos os aspectos botânicos e organolépticos (sabor, cheiro e tato) das espécies, orientando sobre seus usos terapêuticos, efeitos adversos, composição química, interação planta-medicamento e a precaução no uso na gestação, crianças e idosos (ICE15 - Coordenadora PIC-Floripa).

A periodicidade média das oficinas era mensal e a quantidade era determinada pelos participantes. Esta interação de diferentes saberes enriqueceu a atividade educativa, pois tal como propõem a roda de conversa não houve distinção de escolaridade, ou seja, todos ensinam e todas aprendem. As plantas medicinais auxiliaram na aproximação do par profissional de saúde-usuário. A oficina evidenciou o papel formador da comunidade, tendo em vista a deficiência na formação dos profissionais de saúde relacionada às plantas medicinais, em contradição ao vasto conhecimento e uso deste recurso terapêutico pela população. Mesmo que o profissional não fosse um prescritor de plantas, ele foi motivado a perguntar ao usuário, na sua anamnese (O senhor usa plantas

medicinais?), pelas prováveis interações, efeitos na gestação (ICE 11 - Médico, apoiador).

*As oficinas contribuem para que o profissional entenda o que os indivíduos (colegas de trabalho e usuário) pensam a respeito de PICS e de que forma a equipe e a comunidade podem fazer um trabalho conjunto para implementar diferentes práticas de saúde dentro deste seu cotidiano de trabalho e buscar modificar a sua realidade (ICE 16 - Farmacêutica, apoiadora do curso)*

*Às vezes de repente vem 2 pessoas, de repente vem 5 pessoas, o que importa é a roda, a conversa, a troca né, sem a necessidade de dar a resposta na hora para as pessoas, as vezes a gente sai do grupo sem algumas resposta que vêm no processo, muitas as vezes é muito difícil as equipes se permitirem, sabe ter estes espaços abertos com a comunidade dentro do seu espaço de trabalho. A gente o profissional vem e reconhece as vezes que fica no meio a de uma saia justa né (ICE 9 - Farmacêutica NASF)..*

Nestes encontros estimulam-se os participantes a relatarem os nomes populares, a parte usada, a forma de uso e de preparo, as indicações populares, tempo do tratamento, se há alguma reação indesejada ou alguma precaução do uso por gestantes e crianças, se tem alguma propriedade nutritiva (usado popularmente como alimento), se é cultivada em casa ou na vizinhança e quais curiosidades sabe-se da planta em estudo. A rodada de relatos popular tem duração de uma hora.

Após a rodada de relatos pessoais são socializadas as evidências científicas das possíveis espécies relacionadas às informações populares. A confirmação da identificação botânica da planta medicinal contribui para validação das informações botânicas, agrônômicas, químicas e terapêuticas (parte utilizada, efeitos adversos, toxicidade, precauções e interações medicamentosas) da planta medicinal, visando complementar o saber popular sobre o uso de plantas medicinais.

*a rodas de conversa têm dois grandes objetivos: 1 - que é trazer a comunidade para discutir as plantas mais utilizada e passar a informações para a comunidade; 2- é trabalhar com a equipe para que a equipe também se qualifique e se aproprie sobre este conhecimento sobre as plantas (IC9).*

### *Horto didático*

Após as oficinas de reconhecimento de plantas medicinais, os profissionais de saúde com a parceria da comunidade foram orientados a organizarem pequenos hortos didáticos (ICE 11 - Médico, apoiador). O horto didático pode ser organizado quando há interesse e a disponibilidade profissionais. Esta ferramenta educativa reforça a valorização do saber local, o diálogo horizontal, com caráter pedagógico tanto à comunidade quanto aos profissionais. Deste modo, o compartilhamento de hortas locais estimula a socialização, a integração, o autocuidado e autonomia dos indivíduos (profissional e usuário) (SANTOS, 2012).

O horto didático contribui para estreitar as relações da equipe de saúde com a comunidade. O profissional de saúde consegue buscar o recurso terapêutico da comunidade dentro da própria comunidade, fortalecendo o vínculo, as redes de apoio e sociais do usuário. Desta forma, o profissional aberto à escuta dos saberes locais, não preconceituoso e não dogmático, utiliza-se do horto didático para esclarecer e mostrar espécie vegetal mais adequada para o cuidado. Assim, a população disposta a participar de ações com plantas medicinais terá o recurso terapêutico mais orgânico. O horto didático contribui para o “empoderamento” tanto do profissional quanto da comunidade, contribuindo para a tomada de decisão (ICE 11 - Médico, apoiador).

*a comunidade em Florianópolis é muito forte e ligada às plantas medicinais. Isso motiva a gente a estudar sobre isso, de fazer um resgate cultural, mas numa nova forma faz o resgate do saber popular, porque a gente de certa forma um cruzamento do conhecimento popular, uma tentativa de aprofundar o estudo de plantas medicinais, tentando entender se o efeito terapêutico esperado tem relação com esta inteligência cultural que produziu o conhecimento sobre determinadas plantas, e tem também da complexidade que envolve os estudos das plantas medicinais (ICE 16 - Médico, aluno).*

*O horto didático na UBS ele vem para que as pessoas percebam quais as espécies mais indicadas para cada problema.. Porque a gente tem que competir com toda a fortaleza ou a massificação né, das outras formas de*

*tratamentos, né, então tem que concorrer com os laboratórios, com o modelo farmacêutico, médico, então parece-me que a modernidade é tudo rápida, exige tudo rapidez, então as pessoas não querem mais, têm dificuldade de oferecer e ter resposta pela oferta deste serviço (IC11 - médico).*

*...a nossa preocupação no horto, ou as pessoas que trabalham no horto, não é só receitar ou pesquisar plantas para as pessoas procurem seus problemas de saúde, é um espaço de reflexão para a vida. Eu falo que é um espaço que se aprende sobre plantas medicinais, é para favorecer o diálogo sobre outras formas de ver o outro de cuidar das pessoas, vez uma melhor relação ao meio ambiente, a estas outras formas de vidas que é as plantas. (ICE 10 - Enfermeiro, Docente UFSC).*

#### *Capacitação em plantas medicinais para os profissionais de saúde*

O curso teórico e prático “Reconhecendo plantas medicinais” ocorreu no período de jul/2012 a dez/2012 com carga-horária de 60 horas (anexo 1). Ele foi realizado em parceria com o Horto Didático de Plantas Medicinais HU/UFSC, professores do Departamento de Saúde Pública, História, Medicina e Farmácia da UFSC, Assembleia Legislativa, Associação dos Funcionários da Fazenda Estadual de Santa Catarina e o Núcleo Telessaúde SC.

O objetivo do curso foi discutir o uso popular e científico das plantas medicinais trabalhadas nas Oficinas com a comunidade, facilitando o reconhecimento das potencialidades e sua aplicabilidade segura e adequada na prática clínica. Além disso, buscou articular saber popular e saber técnico científico de plantas medicinais; já que o saber popular, informalmente, é amplamente disseminado nos interstícios do serviço (ICE15 - Coordenadora PIC-Floripa).

*...este curso buscou valorizar as questões culturais relacionadas às plantas medicinais, além do ponto de vista científico. A planta medicinal não é um simples recurso terapêutico isolado, ela é uma prática de saúde parte da cultura e deve ser entendida por diferentes ângulos (ICE 14 - Farmacêutica, apoiadora do curso).*

O curso de capacitação em plantas medicinais foi realizado por 52 profissionais de ensino superior de diferentes Centros de Saúde de Florianópolis/SC (tabela 1).

Tabela 1 – Profissionais de saúde participantes

Vínculo do profissional	Categorias profissionais				
	Coordenador	Dentista	Enfermeiro	Farmacêutico	Médico
ASSFAR	00	00	00	02	00
CAPS AD	00	00	00	01	00
Continente					
CS Armação	00	00	00	00	01
CS Cachoeira do Bom Jesus	00	00	00	00	02
CS Caieira da Barra Sul	00	00	00	00	01
CS Córrego Grande	01	01	01	00	01
CS Lagoa	00	00	00	01	00
CS Monte Cristo	00	00	03	00	00
CS Morro das Pedras	00	01	01	00	01
CS Pantanal	00	01	00	00	00
CS Saco Grande	00	03	02	00	00
CS Trindade	00	00	00	02	01
DS Leste	00	01	00	00	00
Farmácia escola	00	00	00	02	00
Farmácia popular	00	00	00	01	00
NASF Centro	00	00	00	02	00
NASF	00	00	00	02	00
Continente					
NASF Leste	00	00	00	01	00
NASF Norte	00	00	00	01	00
NASF Sul	00	00	00	01	00
Policlínica	00	00	00	02	00
Continente					
Policlínica Norte	00	00	00	02	00
Policlínica Sul	00	00	00	01	00
Residentes HU	00	00	00	00	03
Total	01	07	07	21	09

Por que “Reconhecendo plantas medicinais”? Porque a vivência com plantas medicinais mostra que existem muitas espécies que tem o mesmo nome popular e são espécies diferentes. Desta forma, buscou-se trazer aos profissionais de saúde informações sobre diferentes espécies, mais comuns, que podem encontrar nas suas comunidades (ICE 11 - Médico, Docente do curso).

*Um dos primeiros passos que utilizamos quando montamos este curso é potencializar o conhecimento do profissional de saúde sobre as espécies para ele trabalhar mais adequadamente com a comunidade. Às vezes a pessoa fala que está usando uma espinheira santa, que pode ser uma Maytenus, Sorocea ou Zollernia. Então, é importante que o profissional de saúde conheça os espécimes para poder orientar o uso correto de plantas medicinais. São diferentes, mais tem o mesmo nome popular (ICE 11 - Médico, Docente do curso).*

O elenco de plantas para compor o curso de capacitação de plantas medicinais para os médicos, enfermeiros, dentistas e farmacêuticos primeiro teve origem das coletas de informações na comunidade. Várias oficinas nas comunidades foram organizadas para ver quais as plantas eram mais comumente utilizadas em cada localidade (anexo 2).

*Escolhemos um rol de plantas que eu e outras pessoas tínhamos experiências. Cada aluno deste curso fez uma pesquisa bibliografia sobre uma planta. Esta pesquisa tinha o intuito de mostrar para o aluno quais os passos da busca de informação sobre as plantas medicinais (ICE 11 - Médico, Docente do curso).*

Este reconhecimento de plantas medicinais era trabalhado com a comunidade, ACS e profissionais de saúde buscou orientar o uso adequado e estimular o resgate popular do uso de plantas medicinais (ICE 11 - Médico, Docente do curso).

*O profissional tem que se abrir e ter vontade de conhecer esta realidade. Isso é muito simples. O profissional que nunca teve esse contato ou pouco teve contato em seu curso, ele teria que ter uma visão não só teórica mais também prática, o que é a planta, para que ela é usada, qual o significado cultura, precisa conhecer nosso arsenal a nossa flora. A postura de conhecer a planta não é somente do ponto de vista científico saber fitoquímico, cartesiano vamos dizer, assim. Mas o que ela representa para nossa cultura. Vamos conhecer um pouquinho mais o que a população faz uso! Nós tivemos instrutores no nosso curso*

*que deram esta chance, né, para que esses profissionais abrissem um pouco para este lado das plantas, a planta tem a ver como a cultura de um grupo, ele não é só simplesmente um recurso terapêutico isolado, ela tem que ser olhada por diferentes ângulos, a etnobotânica ela trata muito isso. O perfil do curso teve esta preocupação de colocar o profissional num olhar mais amplo da planta (ICE 14 - Farmacêutica, apoiadora do curso).*

O curso foi organizado uma parte teórica e outra prática. A parte prática foi feita na AFFESC, exercitando o reconhecimento das diferentes espécies estudadas nos encontros teóricos.

*Colocamos aos profissionais que há pouco ensaio clínico. Então é orientado que o profissional volte-se para comunidade e pergunte que planta o senhor usa e tem no seu quintal com finalidade medicinal? Este é o conhecimento maior, que este profissional se interesse e se apodere deste conhecimento que existe lá na comunidade que está disseminado nas casas. Este é o primeiro passo ele reconhecer as plantas, identificar quais estão sendo utilizadas e trocar informação como está usando, o que sentiu. A pessoa que este tipo potencialize o profissional na sua comunidade (ICE 11 - Médico, Docente do curso).*

A parte teórica foi organizada em 6 módulos. Os conteúdos das aulas teóricas buscaram abordar temas sobre políticas públicas, etnobotânica, ação farmacológica, interação medicamentosa, uso na gestação, história das plantas com o intuito de despertar o interesse dos profissionais pelo tema. Além disso, cada profissional ficou responsável por uma planta medicinal para ser apresentada nos encontros mensais. A parte prática de reconhecimento das plantas medicinais do curso motivou os profissionais de saúde (ICE 16 - Cirurgião Dentista, aluno) a trabalhar os cinco sentidos (cheirar, mascar, sentir, comer, tocar) para compreender o uso terapêutico das ervas. (ICE 15 - Ambientalista, Docente do curso).

*A prática foi essencial, tocar, cheirar. Até foi pouco tempo. A metodologia foi importante. O convívio social, conhecer, colegar, trocar ideia. O que me acrescentou? A parte do conteúdo acrescentou muito, você conhece planta, cheira planta que você não conhece. A parte teórica você*

*tem acesso a informações que você não tinha acesso. Eu tenho esperança que o curso ajude para retomar um projeto de horto medicinal que a gente tem lá na unidade. É um projeto que já existe e está adormecido lá. É um horto que seria importante para dar mudar, orientar o uso das plantas para comunidade, trabalhar com escolas estas coisas etc... (ICE 16 - Cirurgião Dentista, aluno).*

A vivência prática em plantas medicinais contribuiu para que o profissional de saúde, gradualmente, conseguisse correlacionar características organolépticas, botânicas da planta e o efeito terapêutico comprovado pela ciência com a inteligência cultural que produziu o conhecimento de uma determinada planta. Este exercício, não de uma única vez, proporcionou o aprofundamento dos conhecimentos, absorvido pela repetição da prática (ICE 17 - Médico, aluno).

O curso de capacitação buscou incentivar a aproximação do profissional da comunidade, interagindo e valorizando os saberes locais sobre planta, que são disseminados nas casas, nos jardins da vizinhança, dos parentes dos usuários. Este foi o primeiro objetivo deste curso, orientar o profissional a conhecer a realidade, observando o uso nas pessoas, através do diálogo com as pessoas e pelo trabalho com a comunidade (ICE 11 - Médico, Docente do curso).

*... o mais importante é escutar e perguntar para as pessoas, que a gente esquecia muito que as pessoas usam plantas medicinais, a gente nem perguntava e nem falava porque a gente não tinha conhecimento, agora as coisas mudaram muito, porque a gente já consegue perguntar, conversar. O paciente vem e a gente consegue conversar, perguntar o que usa e não usa. Acrescentou bem mais (GF2).*

*...eu não estou preocupado em amanhã estar usando, mas em relação ao conhecimento que eu tinha, algumas coisas mudaram, daqui alguns anos vou ter capacidade de usar algum fitoterápico (IC6).*

O profissional foi incentivado a modificar sua prática tradicional, buscando levantar nas visitas domiciliares ou nas consultas (anamnese), quais as plantas medicinais o usuário tem no quintal de casa e utilizava como remédio. (ICE 11 - Médico, Docente do curso).

*eu tive uma ideia de levar as mudas para unidade, para reconhecimento; as pessoas se identificam demais ali, sentiram-se contempladas, não se sentia contemplado antes, não tinha resposta (ICE 17- Médico, aluno).*

*as rodas de conversas que acontecem na unidade é o momento em que eu entro em contato com as plantas, a gente conversa sobre uma planta, discute sobre ela, pega, mexe, observa, toca e vê a diferença de plantas que são muito semelhantes né. (ICE 9 - Farmacêutica NASF).*

*Lá para a unidade eu estou levando plantas daqui (horto da AFFESC), da minha casa, porque lá em casa eu planto, e assim, a gente tem algumas plantas lá, mas seria interessante se a gente tivesse um sistema de mudas em parceria, para poder fazer este transporte para as unidades (GF1).*

*Ele indica para infecção oral casca de romã, e tem resolvido muito. Eu estava ruim, e usei a tansagem, no outro dia não tinha nada. Muito interessante (IC9).*

*Lá na minha unidade a gente saiu da reunião de equipe e foi conhecer as plantas. Eu sugeri que cada uma escolhesse uma planta medicinal. Eu vi que tinha muita limitação com a pesquisa científica. As ACS só tinham muita informação da casa da mãe. A farmacêutica levou uma apresentação sobre a erva baleeira porque o grupo tinha escolhido a erva baleeira para ser a planta da vez (GF2).*

*Na cachoeira a gente já tem uma hortinha, algumas plantas, estamos no comecinho, mas já dá para levar as pessoas para mostrar oh, esta planta é esta, aquela é outra. Tá bem no comecinho (GF1).*

*Tem paciente que tem medo de dizer para gente, por que já ouviu tanto não faz, não usa. Tem muitos que tem dificuldade de colocar para gente que eles usam, que.... isso vai ajudar a conhecer melhor o paciente e entender o porque das coisas, né. Alguns usam e outros usam, conversando a gente vai resgatando as coisas das pessoas, se avó*

*usava, a mãe usa, isso vai afinando o relacionamento com o paciente (IC4).  
... a relação entre o profissional e o paciente. Porque nós profissionais muitas vezes não sabemos ouvir. Saber ouvir. Hoje a questão cultural, eu não vejo que muita gente usa planta assim de forma consciente. (GF2)*

O curso foi avaliado como uma importante estratégia de qualificação profissional. Os profissionais apontaram que as aulas práticas no horto são necessárias para o aprendizado em plantas medicinais: *“É um mundo novo de conhecimento para mim, repetir nunca é demais, enfatizar foi o mais importante.”* (Instrumento de avaliação Turma A). A visita no horto, a exposição e a repetição da visualização das plantas foi importante para memorização: *“Reconhecer planta é exercício para sempre.”* Alguns temas abordados no curso foram identificados necessários para a formação em plantas medicinais: *“identificação botânica, políticas públicas, história das plantas brasileiras, aspectos nutricionais, composição química, ação farmacológica, modo de uso, contra-indicação, compostagem.”* (Instrumento de avaliação Turma A e B). A farmacologia, os nomes botânicos, a densidade e a quantidade de informação foram apontados como fatores dificultadores no processo de aprendizagem pelo *“o fato de não usar fitoterápicos até então”*. (Instrumento de avaliação Turma A e B).

As gravações, fotos e depoimentos coletados durante o acompanhamento do curso de capacitação em plantas medicinais dos profissionais de saúde de Florianópolis/SC foram organizadas em um documentário de 10 minutos e apresentado no **12º Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade realizado em Belém do Pará no período de 30 de maio a 2 de junho de 2013**. O vídeo pode ser assistido pelo link:

[http://www.youtube.com/watch?v=Xy64WVfE\\_KI&feature=youtu.be](http://www.youtube.com/watch?v=Xy64WVfE_KI&feature=youtu.be)

### **Resgate histórico do apoio à orientação do uso de plantas medicinais para rede pública de saúde em Florianópolis/SC - HORTO DIDÁTICO DO HU/UFSC**

As plantas medicinais fazem parte da história da humanidade e do cotidiano de grande parte da população; em torno de 80% da população as utilizam como principal recurso terapêutico ou em associação com

medicamentos industrializados. Estudos mostram a eficácia de algumas plantas medicinais (alho, erva baleeira, espinheira santa...); no entanto, há espécies que podem causar agravos a saúde (confrei, cipó milomens), interações medicamentosas (erva de são joão e indinavir); plantas que deve ser evitada em grávidas (buchinha do norte, cipó-mil-homens) e a vivência clínica do profissional de saúde evidenciam a eficácia de muitas plantas (manjerição - em uma criança com estomatite). Estes fatos remetem à reflexão da necessidade do ensino de plantas medicinais aos graduandos da área da saúde e afins. Analisando o currículo da área de saúde (e das ligadas ao tema, Agronomia, Biologia/Botânica) verifica-se uma deficiência deste saber/conhecimento na grade curricular (HORTO DIDÁTICO DE PLANTAS MEDICINAIS, 2012).

Em relação à reorientação da formação profissional, um dos maiores desafios está em lidar com a contradição entre a população que utiliza um método terapêutico popular *versus* o profissional de saúde que desconhece pela omissão do sistema formador e a falta de experiência clínica para orientar e/ou dialogar com a comunidade sobre o uso correto e adequado das plantas medicinais.

Em 1996, verificou-se a necessidade de organizar um curso introdutório sobre plantas medicinais para profissionais de saúde da rede pública de saúde de Florianópolis/SC. Esta necessidade foi evidenciada a partir da vivência entre profissionais de saúde do CS da Costa da Lagoa com alunos da graduação de farmácia e biologia que, na ocasião, mostrou o déficit na formação destes profissionais para o trabalho com plantas medicinais no cotidiano da APS (IC11).

Neste mesmo período, aconteceu em Florianópolis, o Seminário de Plantas Medicinais que contou com a participação de profissionais dos Programas de plantas medicinais dos municípios de Curitiba/PR, Vitória/ES e do Rio de Janeiro/RJ (CEME) com o objetivo de sensibilizar os profissionais na rede de Florianópolis. O evento foi financiado pela gestão municipal. Além deste, ocorreu o XIV Simpósio de Plantas medicinais do Brasil promovido pelo Prof. João Batista Calixto (IC11)

Esta iniciativa local incentivou que o curso de treinamento fosse colocado em prática, visando o uso correto e seguro das plantas medicinais. Portanto, em 1996, foi elaborado um primeiro treinamento de plantas medicinais para profissionais de saúde do nível superior. O curso foi promovido por professores do curso de Farmácia, Enfermagem

e servidores do Hospital Universitário, apoiados por profissionais da saúde e gestão municipal de Florianópolis. (IC11)

O treinamento contemplou aulas teóricas e aulas práticas realizadas, onde é hoje, o Horto Florestal do Córrego Grande. As aulas teóricas baseavam-se na apresentação e discussão de pesquisas científicas de plantas medicinais de livros e artigos que abordassem uso popular e a toxicidades das espécies vegetais de interesse a saúde. Os encontros teóricos buscavam identificar as incongruências em relação à toxicidade das plantas descritas citadas na literatura. A discussão teórica, também, objetivava instrumentalizar os profissionais de saúde para a prescrição, orientação e o uso das plantas nos serviços de saúde. (IC11)

As aulas práticas em plantas medicinais foram realizadas por meio da interação com os espécimes conhecidos como medicinais e/ou comestíveis, desta maneira podemos apreciar sua forma, sentir o seu odor, o sabor, a textura de suas folhas, conhecer o nome dado pelos botânicos e pela população; reconhecer plantas diferentes com o mesmo nome popular (boldo - *Peumus boldus*, *Plectranthus barbatus*, *Vernonia condensata*), planta com forma, cheiro sabor, indicação semelhantes e nomes populares diferentes (*Lippia alba* "melissa", salva, erva-cidreira). O curso foi ofertado para duas turmas com duração de um semestre, mas, foi descontinuado, em 1997, com a troca de gestão. (HORTO DIDÁTICO DE PLANTAS MEDICINAIS, 2012).

### **De 1997 a 2003**

Em 1997, houve um redirecionamento do público alvo. A informação em plantas medicinais foi centrada nos graduandos de medicina. Para isto, tornou-se necessário um local para plantio dos espécimes utilizados pela população e que seriam mostrados aos alunos; o primeiro local das aulas práticas foi onde é hoje o Parque Ecológico do Córrego Grande, no período de 1997 a 1998. (IC11)

Com a mudança no internato de medicina de dois para três semestres em 1997, possibilitou-se que, na 10ª fase os alunos tivessem informações sobre 03 (três) Práticas Integrativas e Complementares: acupuntura e Medicina Tradicional Chinesa (MTC); homeopatia e plantas medicinais; com 16 horas/semestre cada, dentro da carga horária do Departamento de Saúde Pública. (IC11)

A partir de 1999, foi permitido o uso de uma área que já era cercada, perto do HU-UFSC, com aproximadamente 800m<sup>2</sup>, como local de plantio das diversas espécies utilizadas pela população e assim foi

criado o Horto Didático do HU/CCS/UFSC, que possibilita aos alunos o contato com plantas medicinais utilizadas pela população e mesmo plantas exóticas que tem ação medicinal mas não tradição de uso em nosso meio, como exemplos: *Ruscus aculeatus* e *Cnidioscolus chayamansa*. (HORTO DIDÁTICO DE PLANTAS MEDICINAIS, 2012).

Com a reforma curricular em 2003 os alunos perdem a vivência em plantas medicinais, acupuntura e homeopatia. Hoje na UFSC existem, portanto, disciplinas optativas de Acupuntura, MTC, PNPIC e duas disciplinas optativas de plantas medicinais (SPB7010 – específica para alunos de medicina e NFR 5167 – no curso de enfermagem com caráter interdisciplinar, aberto a outros cursos), que fazem a prática no Horto Didático de Plantas Medicinais do HU/CCS/UFSC. (IC11)

De 1997 a 2003, 700 graduandos de medicina, em torno de 100 alunos por ano, tiveram a oportunidade de ter contato com a informação popular e científica de plantas medicinais para qualificar a prática médica e o diálogo com a comunidade (IC11).

### **De 2003 a 2012**

A partir de 2003 até 2012, a média de aluno foi de 15 por turma por semestre, totalizando uma média de 300 alunos de medicina que frequentaram esta disciplina optativa. (IC11)

Além das aulas práticas das disciplinas optativas de plantas medicinais, o Horto Didático de plantas medicinais é um espaço de troca de experiência, vivência contando com outras atividades, uma delas são os encontros nas quintas-feiras pela manhã, aonde pessoas interessadas vão para conversar sobre plantas, cuidar de canteiros, preparar mudas de ervas, interagir com o horto e suas plantas; algumas vezes trazem espécimes para esclarecimentos e assim contribuem para aumentar o acervo. O local é visitado por escolas; grupo de profissionais de UBS da rede municipal; estudantes de outras unidades de ensino. (IC11)

Em 2010, foi construído o site do Horto Didático de Plantas Medicinais ([www.hortomedicinaldohu.ufsc.br](http://www.hortomedicinaldohu.ufsc.br)), uma ferramenta didática que socializa com a comunidade em geral um banco de 90 monografias com fotos de plantas medicinais. O site foi construído com recurso da VI Jornada Catarinense de Plantas medicinais. (IC11)

Em 2012, o Horto Didático de Plantas Medicinais do Hospital Universitário da UFSC apoiou uma segunda iniciativa, do município de Florianópolis, para capacitar os profissionais de saúde da rede pública de saúde – Curso Reconhecendo Plantas Medicinais. As ações

relacionadas à implantação da fitoterapia foram coordenada pela CPIC,, PIC-FLORIPA. (IC11)

O desenvolvimento das ações relacionadas à implantação da fitoterapia na rede municipal de Florianópolis apoiadas pelo Horto didático de Plantas Medicinais da UFSC, contaram, também, com a participação de servidores da UFSC (setor de reciclagem do lixo e saúde pública), de docentes/discentes do Programa de Pós-graduação de Saúde Coletiva, Pós-Graduação de História, Programa de Pós-Graduação de Ciências Farmacêuticas, consultor técnico das PICS do Ministério da Saúde, Voluntários do Horto Didático do HU/UFSC, de associações locais (Conselho Local de Saúde, Pastoral de Saúde, Associação de Moradores, Escolas), do Núcleo Telessaúde SC, da AFFESC e da Assembleia Legislativa de SC.

### **Projeto Escola Sustentável e a interação com a equipe básica de saúde em Presidente Castello Branco/SC**

O município de Presidente Castello Branco, região oeste do Estado de Santa Catarina, com uma população de 1.725 habitantes, sendo 67,9% população rural e somente 32,1% população urbana, aposta na qualificação do trabalho de educação ambiental. O modelo de *Gestão Intersetorial* no município é a grande mola propulsora do processo de valorização e ressignificação da educação ambiental nas Escolas do Campo, possibilitando a transformação do espaço escolar num local de ampliação disseminação dos saberes e valores ambientais, econômicos, culturais, políticos e sociais pautados na realidade local e produzidos pelo compartilhar de ideias e ações. Seu modelo de gestão pauta-se na intersetorialidade (IC20).

O Projeto “Educando para a Sustentabilidade” é desenvolvido pelas escolas municipais: Escola Municipal Taquaral: Horta Permacultural; Escola Municipal Imigra: Farmácia Viva; Escola Municipal São Luiz: Na Sombra de um Pomar; Escola Municipal Banhadão: Lavoura Familiar; CMEI Acalanto: Construção de brinquedos e jogos com materiais alternativos e Escola Centro Educacional de Ensino de 1º Grau: Biodegradáveis: a influência da aromaterapia no comportamento humano. Estes também se articulam com outros projetos e programas da Gestão Pública Municipal como “Programa Castellense de Coleta Seletiva de Lixo”, “Programa Natal de Bem com a Natureza”, Projeto “Composteiras nas Escolas” e Programa “Oficinas do CRAS”. As ações Intersetoriais, interdisciplinares são integradas à educação ambiental. Tem o apoio da comunidade e

instituições de pesquisa científica (Universidade Federal de Santa Catarina, Consórcio Lambari e Epagri) (IC18).

O Projeto Escola Sustentável está sendo desenvolvido pelas seis Unidades Escolares da Rede Municipal de Ensino, abrangendo um total de 190 alunos, 25 professores da Rede, famílias da comunidade, Associação de Pais e Professores das seis Unidades Escolares envolvidas, funcionários da Administração Pública: técnicos agrícolas, enfermeira, nutricionista, agentes comunitários de saúde, instituições parceiras como Epagri, Consórcio Lambari, Universidade Federal de Santa Catarina, SENAR SC, Cooperativa Coopercastello, Rádio Rural (IC19).

Segundo o IC18: *“O modelo de Gestão Intersetorial mostra-se uma ferramenta que une os conhecimentos técnicos de todas as áreas da administração, resultando num atendimento mais eficiente e qualificado à população. Mais que uma administração inovadora, Castello Branco comprovadamente conta hoje com uma gestão de resultados”*.

A interdisciplinaridade é outra dimensão fundamental do projeto. “Todas as etapas do projeto são realizadas com alunos em sala de aula, em estudo de campo, nas visitas in loco e nas pesquisas com a comunidade. Os projetos são orientados pelo Projeto Político Pedagógico das Escolas e com a Proposta Pedagógica e com o Currículo da Rede Municipal de Ensino, que são desenvolvidos sob o olhar não somente para o estudo de conteúdos, mas das competências e habilidades necessárias a construção de sua cidadania” (IC18).

Em Presidente Castello Branco/SC as visitas foram realizadas no período de 20 de dezembro de 2011 a 23 de dezembro de 2011. Os profissionais de saúde referenciaram ações desenvolvidas em outros municípios vizinhos: Piratuba (escola sócio-técnica) e Alto Bela Vista (grupo de idosos). Nestes dois municípios foram entrevistados prefeito, profissionais de saúde e usuários.

O município de Presidente Castello Branco apresenta 1 equipe de saúde da família e seis escolas municipais e uma escola estadual. As ações com plantas medicinais estão na fase inicial de implantação, e estão sendo motivadas pelo projeto ambiental desenvolvido na Escola Municipal Imigra e conta com o apoio dos profissionais de saúde através das discussões realizadas pela Equipe Intersetorial e Interna de Saúde e Comitê Terapêutico Interdisciplinar que existem no município. São espaços de negociação e gestão colegiada.

### **Projeto Farmácia-Viva: conhecendo e utilizando ervas medicinais em nosso dia a dia**

O horto didático Farmácia-viva, foi organizado na Escola Municipal Imigra, em 2010. O objetivo do projeto é conhecer, resgatar o saber popular e orientar o uso adequado de plantas medicinais aos alunos de Educação Infantil de 1º a 4º do ensino fundamental e seus familiares. As plantas medicinais fazem parte das atividades pedagógicas da Escola Municipal Imigra que compreendem ações para reconhecer o cheiro das plantas, estimular a pesquisa com as famílias, conversar com vovôs para promover o resgate cultural, pesquisar sobre a história e localização geográfica das plantas, promover brincadeiras para orientar sobre a utilização de plantas e a ensinar a organizar uma horta de plantas medicinais (IC 19).

*A Escola Municipal Imigra esta desenvolvendo mais uma etapa do projeto Farmácia viva, isso aconteceu no dia 19 de Agosto de 2010. As turmas de Educação Infantil e Ensino Fundamental se juntaram para aprender sobre a primeira erva medicinal que é o alecrim: cheiramos, ouvimos que o alecrim é usado para colocar em carne, sopas, molhos, também podemos fazer dois tipos de chás diferentes o caramelizado e o puro. (ICE 19)*

*.Hoje em dia encontram-se dificuldades para achar certas ervas, pois as pessoas deixaram de plantar, por exemplo, a losna. Eu achei muito bom a conversa com eles, aprendi que devemos tomar mais chá do que remédio, pois chá é natural e não custa dinheiro e se não melhorar a dor, ai sim devemos procurar o médico. (IC19).*

Em sala de aula as crianças pesquisam, conhecem e experimentam as diferentes plantas medicinais encontradas nos quintais das casas de seus familiares (IC19).

*O lanche também foi uma delícia. O frango assado tinha um sabor de alecrim... (IC19).*

*Sentimos a semelhança de cheiros entre as duas ervas, ouvimos as diversas possibilidades de explorar e utilizar a cidreira e até aprendemos uma cantiga popular de Portugal. (IC19).*

*Fomos até a casa da colega Tainá para aprender sobre mais uma erva.Como é importante para o*

*ser humano valorizar as tradições culturais de seu povo (IC19)..*

O espaço escolar pode ser compreendido como meio de interação e construção contínua de conhecimento, o projeto com plantas medicinais visou possibilitar ao aluno o contato com as plantas para aprender como utilizar, como cultivar e acompanhar seu crescimento e saborear seus sabores e aromas.

De acordo com IC19 o projeto conta com dois canteiros em forma de espiral, sete canteiros em miniatura com ervas indicadas para algumas doenças assintomáticas e o canteiro do Relógio do Corpo Humano. “Os canteiros possuem, aproximadamente, cinquenta tipos de ervas da região”.

O horto didático serve de laboratório para a identificação e estudo das plantas medicinais com os alunos e com a comunidade. Durante os quatro anos do projeto já foram estudados mais de dez ervas medicinais, entre elas: cidreira, erva luiza, citronela, mil enrama, funcho, cavalinha, camomila, orégano, alecrim, menta, melissa. Foi resgatado o uso cultural de cada erva com as crianças levando para casa uma muda. O estímulo a pesquisa leva em consideração as informações populares (valores culturais) e a complementação das pesquisas científicas (de nome científico, indicação, posologia e contra indicação) de cada planta. Também são estimulados (os alunos e as famílias) a experimentar o chá, a utilizar esta erva no dia-a-dia, por exemplo, a confecção do travesseiro de macela, o frango temperado com alecrim, o repelente de citronela, a bala de poejo para dor de garganta, a infusão das folhas de erva luiza para dor de cabeça...(IC19)

### **Projeto na sombra de um pomar**

O trabalho iniciou no ano de 2009 e segue até os dias de hoje com apoio das parcerias. O projeto – “na sombra do pomar” foi desenvolvido na Escola Municipal São Luiz para promover a interação dos conhecimentos da área da saúde (nutrição), cultural, lazer e educação. O projeto utilizou o pomar como diferente espaço educativo de aprendizagens significativas acerca da saúde, alimentos ecologicamente corretos, nutrição, preservação e lazer, intercalando esses conhecimentos com toda a comunidade escolar (IC 21).

*Para aperfeiçoar o trabalho de organização do pomar foi realizada a Oficina de Agropomar, ministrada pela Senhora Iara Castro Renker. Na oportunidade foi possível aliar a explanação teórica com a prática. Realizando no pomar a ilha*

*de adubação orgânica com galhos secos e verdes, bagaço de cana, e adubo animal. Todos os participantes além de trocar informações participaram na construção (IC 21)*

No dia 25 de Outubro foi realizada a oficina - Troca de experiências: como construir e manter um pomar. A atividade envolveu Clube de Mães, Escolas, Idosos, Grupo de Jovens. Neste encontro foi orientado as estratégias para se manter um pomar bonito e produtivo e socializado receitas com frutas e refrigerante caseiro e lanche a base de frutas.

*... trabalhando com receitas caseiras que valorizem os produtos regionais disponíveis e que podem ser produzidos no pomar da escola e das famílias. Engrandecendo a importância de ter e manter um pomar para desfrutar de seus inúmeros benefícios (IC 21).*

*Endereço Eletrônico: [emsaoliz.blogspot.com](http://emsaoliz.blogspot.com)*

A prática do pomar incentivou as famílias a estruturarem pequenos pomares. No início do projeto a IC21 relata que “as famílias não tinham o hábito de manutenção dos mesmos. Pensando nesta necessidade a escola em parceria com o a Secretaria Municipal de Agricultura por meio da Administração Municipal organizou oficinas práticas anuais, com técnicas de adubação, utilizando elementos naturais disponíveis na comunidade, como bagaço de cana-de-açúcar, restos vegetais e adubo de animais”. Esta atividade segundo a IC21 é uma forma de compartilhar saberes no contexto das escolas municipais.

### **Projeto lavoura familiar: valorizando a alimentação saudável**

A comunidade de Linha Banhadão, é composta por 23 famílias, que tem sua renda baseada na agricultura e pecuária. A maioria das famílias residentes nesta comunidade herdou a propriedade de seus pais, e dão continuidade as atividades econômicas baseadas na agricultura (IC22).

O projeto Lavoura familiar é realizada pela Escola Municipal Linha Banhadão buscando sensibilizar alunos e comunidade sobre a importância da alimentação saudável, identificar, refletir e repensar nossa alimentação, fazer o resgate cultural/histórico da alimentação de nossas famílias, contraponto com a alimentação de hoje, calorizar e incentivar o plantio, cultivo de alimentos, orientar na construção e manutenção da lavoura familiar na escola, como referência e incentivo

ao plantio, bem como para resgatar variedades que não são mais cultivadas.

O projeto conta com oficinas técnicas com profissionais da saúde, agricultura e educação. Nas oficinas técnicas sobre Alimentação Viva participaram pais, alunos, comunidade, professoras de Educação Infantil e Ensino Fundamental, gestores e administradores municipais para realização de estudos, atividades práticas, visitas, mostra cultural, dentre outros.

Este projeto objetiva qualidade de vida e saúde para todos, e pensando na importância deste tema, procuramos proporcionar aos educandos e a comunidade em geral, uma nova proposta alimentar, que vise qualidade de vida. A realização desta oficina foi muito importante para que esta proposta fosse conhecida e aos poucos introduzida em nossos hábitos alimentares (IC22).

Segundo IC22, o projeto Lavoura Familiar resgata “a importância do plantio, a qualidade destes alimentos, incentivando as lavouras familiares, a qualidade e uma vida mais saudável”. Foi desenvolvido um banco de sementes: “onde resgatamos, cultivamos e distribuimos entre as famílias sementes diversas: arroz, feijão (preto, carioca, de cores), feijão de vagem (rasteiro e vara), fava, milho branco, lentilha, ervilha, amendoim, pipoca (amarela, preta, branca), abóbora (moranga, pescoço)”. Foram realizadas, também, oficinas de receitas de alimentos valorizando a gastronomia local. “As famílias aprendem assim, como consumir de forma correta estes alimentos”.

Outro resultado foi a realização do encontro do Grupo de Estudo de Educação Ambiental, (parceiros do projeto: professores, gestores, agentes de Saúde, enfermeiras, nutricionista, técnicos agrícolas, comunidade local, merendeiras), para estudar sobre a linhaça, seus benefícios para a saúde humana. As ações decorridas do encontro contemplam a construção do boletim informativo sobre linhaça a ser distribuído pelos profissionais da Unidade de Saúde, nos clubes de mães e grupos de idosos, orientação para consumo da linhaça pela nutricionista, sugestão de implementação da linhaça na merenda escolar (IC22).

### **Projeto produtos biodegradáveis: a influência das ervas aromáticas no comportamento humano.**

A Escola Centro Educacional de Ensino de 1º Grau está localizada no centro do município de Presidente Castello Branco e

atende crianças de famílias de todas as comunidades rurais e da sede do município, tendo o número de 87 crianças matriculadas, na sua maioria com vínculo no campo (IC25).

O projeto produtos biodegradáveis foi elaborado pela Escola Centro Educacional de Ensino de 1º Grau para orientar as famílias e crianças sobre o uso de produtos biodegradáveis na perspectiva de proteção da natureza e da saúde. Foram realizadas atividades de resgate cultural da utilização de produtos naturais na limpeza em geral por meio de uma pesquisa de campo com pessoas da comunidade que tem conhecimento disto. A ação visa orientar as famílias para o uso de produtos caseiros com intuito de preservar a natureza, a saúde e gerar economia, contribuindo para que as futuras gerações possam viver em um ambiente limpo e saudável. O projeto contemplou: oficina para produção do sabão aromático, estudo das ervas aromáticas, oficina com aromas, plantio de ervas aromáticas, produção de receitas com ervas aromáticas, estudo da história da aromaterapia, estudos sobre a relação do olfato com a saúde, produção de aromatizantes, palestra com nutricionista sobre o sabor dos alimentos, socialização dos projetos, produção de mini pizza com ervas aromáticas, palestra sobre extração das essências das ervas aromáticas.

Segundo IC25 a produção do sabão de álcool líquido e em barras foi estendido para o Centro de referência de Assistência Social aonde a comunidade vai aprendendo a reduzir os gastos com algumas receitas que vão aprendendo, e passam a contribuir com o meio ambiente, evitando a poluição por produtos de limpeza industrializados e diminuem a produção de lixo.

A participação e sensibilização da comunidade para os aspectos ambientais segundo IC18 pode ser visualizada no cotidiano das famílias de Presidente Castello Branco, tais como: o resgate e plantio de alimentos, na implantação ou reestruturação dos pomares, lavouras e hortas, na utilização de plantas medicinais em substituição à utilização indiscriminada de remédios, da substituição de produtos convencionais de limpeza (que possuem alto poder de agressão ao ambiente) por produtos biodegradáveis, que apresentam diversas vantagens como menor custo, maior eficiência na limpeza e por serem biodegradáveis não agredem a natureza. Ou ainda alternativas práticas de reutilização de materiais na construção de brinquedos e jogos.

### **Horta Permacultura - Escola Taquaral**

O Projeto Horta Permacultural foi desenvolvido pela Escola Municipal Taquaral em conjunto com a comunidade visando resgatar as hortas familiares. Com isso, houve a necessidade de realizar estudos de como desenvolver uma horta diferenciada e de fácil cultivo familiar, adequando-se aos preceitos de sustentabilidade e da permacultura. O projeto contou com o apoio de 16 famílias, sendo que destas 3 não possuíam horta em sua propriedade e as que possuíam eram no modelo convencional (IC23).

A comunidade de Taquaral possui aproximadamente 40 famílias, sendo que destas, 11 possuem crianças atualmente na escola, mas como a ideia prosperou pela comunidade hoje possuímos mais ou menos 22 famílias trabalhando com princípio de permacultura e experimentando o formato mandala.

A partir da produção na horta escolar realizou-se uma pesquisa com as mães da comunidade escolar, onde solicitou-se que enviassem novas receitas a base de verduras e legumes, como a participação foi muito e as receitas de fácil preparo, realizou-se na comunidade uma oficina, onde foi falado sobre o projeto, palestra com a nutricionista dos benefícios das verduras e legumes, bem como o preparo de alguns dos pratos enviados pelas mães, onde procurou-se mostrar novas forma de preparos com os mesmos legumes para atrair a atenção das crianças em relação aos alimentos cultivados na escola e em casa, sempre valorizando a gastronomia local (IC23).

Outra ação do projeto foi a distribuição de 3.000 mudas de hortaliças para as famílias, produzidas no viveiro municipal e distribuídos durante a Mostra Científico Cultural “Caminhando em Busca da Sustentabilidade”.

O trabalho intersetorial, interdisciplinar e integrado entre educação e saúde é essencial para que se mantenha a qualidade no processo de educação ambiental e de saúde nas escolas e nas famílias, bem como promover e efetivar as práticas sustentáveis nas comunidades. A sensibilização da comunidade castellense com relação às práticas e ações voltadas à vivência sustentáveis ampliam os horizontes de práticas e alternativas que qualifiquem a agricultura familiar, economia solidária, as práticas agro ecológicas de produção de alimentos que importantes para melhoria da vida (IC19).

## **APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

### **Fitoterapia na Atenção Primária à Saúde: Interação de diferentes saberes e práticas de cuidado**

Universidade Federal de Santa Catarina/ Centro de Ciências da Saúde/ Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva

Prezado participante,

Esta pesquisa tem por objetivo subsidiar a discussão sobre a análise do processo de implantação de atividades de fitoterapia (plantas medicinais e fitoterápicos) na Atenção Primária à Saúde (APS), possibilitando analisar os fatores que influenciam a inserção da fitoterapia na APS na perspectiva de valorização dos diferentes saberes e práticas em saúde. Além disso, caracterizar as ações intersetoriais, participativas e educativas que são realizadas pelos profissionais da APS relacionado a fitoterapia.

A entrevista é dirigida aos profissionais que atuam ou atuaram em atividades de fitoterapia (coordenadores, profissionais de saúde, professores, agentes de saúde) inseridos na APS que utilizam a fitoterapia em sua prática profissional, visando conhecer os aspectos facilitadores e dificultadores durante o processo de implantação.

Serão solicitados dados pessoais, de formação e de atuação profissional. Sob seu consentimento a entrevista será gravada e filmada para maior fidedignidade na transcrição das informações, cujos tópicos principais serão também anotados. A qualquer momento a entrevista poderá ser interrompida ou não ser gravada, se assim o solicitar. As informações serão utilizadas eticamente e os resultados da pesquisa poderão ser publicados, garantindo o anonimato dos entrevistados.

Utilize os telefones e email abaixo para obter mais informações sobre a pesquisa e/ou retirar seu consentimento a qualquer momento que desejar.

Se você se sente adequadamente esclarecido da natureza do propósito desta entrevista, peça que assine o Termo de Consentimento abaixo.

Atenciosamente,

Eu, \_\_\_\_\_,

considero-me suficientemente esclarecido, concordo em participar da

pesquisa acima descrita e me prontifico a responder a entrevista proposta.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

---

Gisele Damian Antonio  
Doutoranda/entrevistadora  
Email: [damiangisele@gmail.com](mailto:damiangisele@gmail.com)  
Fone: (48) 99346711

---

Prof. Dr. Charles Dalcanale Tesser  
Pesquisador responsável

---

Assinatura do entrevistado

### APÊNDICE 3 – ROTEIRO DE ENTREVISTA ESCRITA

I - Nome do Programa/ação de fitoterapia:

1 - Fale de suas experiências com plantas medicinais na APS. Fale sobre os fatores facilitadores e dificultadores da inserção da fitoterapia na APS. Quais as contribuições das plantas medicinais para APS?

2 - Sua equipe desenvolve ações dirigidas à promoção de ambientes saudáveis respeitando a cultura e as particularidades locais? Você poderia descrever.

3- Há alguma atividade relacionada ao incentivada à participação comunitária, agricultura familiar pela equipe de AB? Como acontece?

4 - No município estão implantadas (em funcionamento):

a) fitoterápicos manipulados

Sim  Não

Se não, existe demanda?  Sim  Não

b) fitoterápicos industrializados

Sim  Não

Se não, existe demanda?  Sim  Não

b) plantas medicinais in natura

Sim  Não

Se não, existe demanda?  Sim  Não

c) plantas medicinais seca

Sim  Não

Se não, existe demanda?  Sim  Não

d) farmácias-vivas?

Sim  Não

Se não, existe demanda?  Sim  Não

e) hortas comunitários

Sim  Não

f) hortas em casa

Sim  Não

5 – Em relação as atividades da fitoterapia, elas estão vinculada a Estratégia da Saúde da Família, o Núcleo de apoio a saúde da família, a pastoral da saúde, a projetos de escolas ou a comunidade?

6 - Em seu município, as atividades de fitoterapia estão contempladas em um Plano?

Sim  Não Em caso afirmativo, informe qual Plano

7- Em sua opinião, existe algum problema nas atividades identificadas no item 4,5,6? Em caso afirmativo, descreva o problema.

8 - Sua equipe reconhece e dialoga com os usuários de plantas medicinais respeitando sua visão de mundo e interpreta o processo saúde-doença a partir dos diferentes conhecimentos e saberes?

9 - Como ocorre o processo de legitimação das plantas medicinais utilizados no município? (aquisição, cultivo, prescrição, dispensação)

10 - Como acontecem as ações educativas em saúde abordando a fitoterapia no seu município?

11 - Em sua opinião, existe algum problema nas situações identificadas nos itens 8,9,10?

Sim  Não Em caso afirmativo, descreva o problema:

12 - Qual sua opinião sobre a inserção da fitoterapia na APS no seu município? (Fatores facilitadores, entraves, critérios, benefícios, malefícios)

13 - Quem foram os profissionais, entidades, usuários que mais contribuíram no processo de inserção da fitoterapia no seu município?

14 - Como foi a adesão ao por parte dos: gestores; profissionais da saúde, secretarias municipais, comunidade, conselho municipal de saúde, movimentos sociais em relação a fitoterapia?

15 - Quais as condições pré-existiam em relação a: receptividade, fatores que contribuíram (ideológicos, políticos, gestão de saúde) para a implantação, medidas administrativas tomadas para a implantação do projeto, quais foram os principais ações pactuadas (memento; cursos; grupos de coordenadores locais, reuniões com a comunidade, vigilância sanitária)?

14 - Em sua opinião, existe algum problema nas situações identificadas nos itens 12,13,14,15?

Sim  Não Em caso afirmativo, descreva o problema:

16 - Como acontecem no seu município as parcerias para a implantação e desenvolvimento da fitoterapia?

17 - Em sua opinião, existe algum problema nas situações identificadas nos itens 16?

Sim  Não Em caso afirmativo, descreva o problema:

18 - A relação de medicamentos fitoterápicos em seu município:

Obedece, exclusivamente, ao elenco mínimo preconizado na legislação para o Componente Básico da Assistência Farmacêutica.

Foi elaborada por um grupo multiprofissional formalmente constituído (por exemplo: Comissão de Farmácia e Terapêutica - CFT).

Outro, então descreva abaixo como é em seu município

19. No seu município, já foi adquirido algum medicamento fitoterápico sem registro na ANVISA? ( ) Sim ( ) Não Em caso afirmativo: a) Qual o procedimento adotado?

19.1 - Você sabe o custo dessas aquisições no último ano?

( ) Sim ( ) Não

Se a resposta for afirmativa, responda as alternativas a e b:

a) Qual o custo, no último ano, com a importação desses medicamentos?

b) Descreva de forma sintética como e onde você obteve esses dados.

20 - Em sua opinião, existe algum problema nas situações identificadas nos itens 18 e 19?

( ) Sim ( ) Não Em caso afirmativo, descreva o problema:

21 - Nos editais de licitação, para a aquisição de medicamentos fitoterápicos e plantas medicinais, constam os requisitos técnicos e administrativos exigidos aos fornecedores. Informe em relação ao seu município:

a) Quanto à participação na elaboração ou revisão dos requisitos técnicos presentes nos editais:

( ) Há participação constante e formal do farmacêutico.

( ) Há participação esporádica do farmacêutico

( ) Não há participação de farmacêutico.

b) Nos editais existem exigências quanto à apresentação de: (pode ser marcada mais de uma alternativa)

( ) Registro sanitário do produto ou comprovante de isenção junto ao Ministério da Saúde

( ) Laudo de controle de qualidade

( ) Certificado Boas Práticas de Fabricação e/ou cópia da publicação no Diário Oficial da União.

( ) Outros:

c) Quanto à comprovação da veracidade das informações fornecidas pelos fornecedores ou análise técnica do cumprimento dos requisitos técnicos e especificação dos medicamentos fitoterápicos exigidos nos editais de aquisição de medicamentos.

( ) A análise técnica dos documentos entregues pelos fornecedores concorrentes aos editais de aquisição de medicamentos é realizada por um farmacêutico.

( ) Existe uma equipe de farmacêuticos responsável por esta análise técnica.

( ) Toda a análise do processo licitatório é realizada pela equipe do setor de licitação/ comissão permanente de licitação sem a participação do farmacêutico.

A análise não é realizada.

22 - Existe laboratório oficial de produção de medicamentos fitoterápico em seu Estado?

Sim  Não Em caso afirmativo, foi realizada, no último ano, a aquisição de medicamentos por meio deste laboratório?

23 - Foi realizada, no último ano, a aquisição de medicamentos produzidos em seu território ou regionalmente.

Sim  Não Em caso afirmativo, onde foi produzido?

24 Em sua opinião, existe algum problema nas situações identificadas sobre o processo de licitação e aquisição de plantas medicinais nos itens 21, 22, 23?

Sim  Não Em caso afirmativo, descreva o problema:

25 - No município os fluxos das atividades de fitoterapia estão estabelecidos de forma sistemática?

Sim, todos estão estabelecidos

Alguns já estão estabelecidos

Não

a) Quais fluxos de trabalho já estão estabelecidos?

b) Quais as normas legais que orientam estes fluxos?

Em sua opinião, existe algum problema nas situações identificadas nos itens 26?

Sim  Não. Em caso afirmativo, descreva o problema: (até 750 caracteres)

26 - No seu município o processo de armazenamento dos medicamentos fitoterápicos leva em consideração: temperatura, umidade relativa e luminosidade

27 - Quais atividades são realizadas em seu município quanto ao recebimento dos medicamentos fitoterápicos adquiridos.

Verificação do prazo de validade.

Verificação das condições recomendadas na embalagem quanto ao transporte.

Realização de inspeção visual obedecendo as especificidades das diferentes formas farmacêuticas

Verificação do laudo de controle de qualidade.

Arquivamento do laudo de controle de qualidade durante o período que o produto estiver em estoque.

Outras ações como:

Nenhuma alternativa acima.

Descreva de forma sintética este procedimento.

28 Em sua opinião, existe algum problema nas situações identificadas nos itens 27?

Sim  Não. Em caso afirmativo, descreva o problema:

29 – No momento da dispensação dos medicamentos fitoterápicos, os usuários são orientados quanto aos cuidados referentes ao seu armazenamento, modo de uso, efeitos adversos, contra-indicações e interações ?

Sim  Não

30 Existem dados sobre falhas técnicas e ou reações adversas de fitoterápicos?

Sim  Não Se sim, cite alguns:

31 Em sua opinião, existe algum problema nas situações identificadas nos itens 29 e 30?

Sim  Não Em caso afirmativo, descreva o problema:

32 - Existe algum tipo/forma de propaganda de medicamentos fitoterápicos nos ambientes de trabalho do seu território, seja nas unidades básicas de saúde, unidades especializadas ou hospitalares?

Sim  Não

Em caso afirmativo, responda aos itens a e b:

a) Meio de divulgação:

Representantes de laboratórios de medicamentos

Representantes de farmácias de manipulação

Revistas ou panfletos especializados disponíveis no ambiente

Outros:

b) A quem se destina a propaganda?

33 - Em sua opinião, existe algum problema na situação identificada no item 32?

Sim  Não. Em caso afirmativo, descreva o problema:

34 - Identifique atividades do seu ambiente de trabalho que são dificultadas pela falta de uma regulamentação específica.

35 - Em sua opinião, existe algum problema nas situações abordadas nos itens 34?

Sim  Não Em caso afirmativo, descreva o problema:

36 - Qual sua percepção em relação ao financiamento e acompanhamento das atividades de fitoterapia em seu município?



### APÊNDICE 4 – RELATÓRIO DAS VISITAS TÉCNICAS

Campo	Data	Início	Término	Duração	Observação	Total horas
Presidente Castello Branco	20.12.2011	9:00	9:30	30min	Apresentação do projeto para os gestores e boas vindas aos participantes da oficina de trabalho: Fitoterapia na APS: interação de diferentes saberes e prática no cuidado em saúde	10hs
	20.12.2011	9:30	12:00	2hs30min	Oficina de trabalho da equipe interdisciplinar e Comitê intersetorial	
	20.12.2011	13:30	16:00	2hs30min	Oficina de trabalho com professores para apresentação dos projetos das escolas com plantas medicinais	
	20.12.2011	16:15	18:15	2hs	Horto escolas UBS: estrutura, fluxos e profissionais	
	21.12.2011	13:30	16:00	2hs30min	Oficina de trabalho com grupo de mães e idosos – Palestra de plantas medicinais para ansiedade	
Campinas/SP	18.08.2011	10:00	11:30	1hs30	Visita na farmácia de manipulação Botica da Família	1hs30min
Ribeirão Preto/SP	26.07.2012	13:30	17:00	3hs30min	Visita no horto didático, laboratório de biotecnologia e Casa Espírita Terra de Ismael (Farmácia Viva)	4hs30min
	24.07.2012	17hs	18hs	1hs	Farmácia de manipulação fitoterápica Oficina das ervas (estabelecimento privado)	
Florianópolis	10.07.2012	8:00	17:00	7hs30min	<b>Aula 1.</b> Introdução (8:30 – 10:30), <b>Aula 2.</b> Fitoterapia no SUS – Dr. Ângelo Giovani Rodrigues/Ministério da Saúde (10:30 – 17:30) - Visita prática ao Horto de plantas medicinais to – Turma A	92hs

11.07.20 12	8:00	17:00	7hs30mi m	Aula 1, aula 2, visita no horto – Turma B
07.08.20 12	8:00	17:00	7hs30mi m	<b>Aula 3.</b> As Plantas Medicinais no contexto das MAC/PIC – Prof. Dr. Charles Dalcanale Tesser/UFSC (8:30 – 10:30), <b>Aula 4.</b> Etnobotânica – Prof <sup>a</sup> Mel Simionato Marques (10:30 – 12:30), <b>Aula 5.</b> Metabólitos secundários e ação farmacológica – Profa. Dra. Maria Tereza Rojo de Almeida (13:30 – 17:30), Visita prática ao Horto de plantas medicinais. Turma A
14.08.20 12	8:00	17:00	7hs30mi m	Aula 3,4,5 e visita prática horto Turma B
30.08.20 12	14:0 0	16:00	2hs	Roda de Conversa sobre Plantas medicinais no CS Rio Tavares
04.09.20 12	8:00	17:00	7hs30mi m	<b>Aula 6.</b> Plantas na gestação (08:30 – 10:30), <b>Aula 7.</b> Estudo de plantas e espécies relacionadas: Mil- folhas; Marcela; Tansagem; Erva baleeira; Arnica; Marcela; Boldo; Camomila; Ginseng; Malva; Sucupira; Unha de gato; Rainha das ervas (10:30 – 17:30) - Visita prática ao Horto de plantas medicinais - Turma A
11.09.20 12	8:00	17:00	7hs30mi m	Aula 6, Aula 6 - Turma B
24.09.20 12	9:00	11:30	2hs30mi m	Hortas na escola Canasvieira e Atividades na AFFES

	02.10.20 12	8:00	17:00	7hs30mi m	<b>Aula 8.</b> Modos de preparo e uso; Infusão, decocção, tintura e argila. Profa Amélia Moema Veiga Lopes/UFSC e Mara Tânia Eufrazio/SMS/PMF (8:30 – 12:30), <b>Aula 9.</b> História do uso de plantas medicinais por seres humanos – Profa. Dra. Renata Palandri/LABHISS/UFSC (13:30 – 15:30), <b>Aula 10.</b> Estudo de plantas e espécies relacionadas: Espinheira santa; Alfavaca; Poejo; Laranja, Limão; Chuchu; Abacate (15:30 – 17:30) - Visita prática ao Horto de plantas medicinais.- Turma A
	09.10.20 12	8:00	17:00	7hs30mi m	Aula 8, 9, 10 - Turma B
	06.11.20 12	8:00	17:00	7hs30mi m	<b>Aula 11.</b> Interações Medicamentosas e Plantas Medicinais – Profª Karen Luise Lang/UFSC (8:30 – 10:30), <b>Aula 12.</b> Estudo de plantas e espécies relacionadas: Erva cidreira; Guaco; Calêndula; Babosa; Alecrim; Alfazema; Alho; Marvariço; Guaçatonga; Salsa (10:30 – 12:30 e 16:00 – 17:30), <b>Aula 13.</b> Compostagem - Prof. Luiz Carlos Pereira (UFSC) (14:00 – 16:00) - Visita prática ao Horto de plantas medicinais Turma A
	13.11.20	8:00	17:00	7hs30mi	Aula 11, 12, 13 Turma

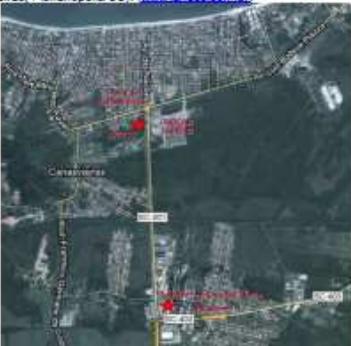
	12			m	B	
	04.12.20 12	8:00	17:00	7hs30mi m	<b>Aula 14.</b> Toxicidade e plantas tóxicas – CIT/SC (8:30 – 10:30), <b>Aula 15.</b> Leitura crítica da literatura (10:30 – 12:30), <b>Aula 16.</b> Estudo de plantas e espécies relacionadas: Erva doce; Cipó mil-homens; Hortelã; Maracujá; Mastruço; Gengibre; Confrei; Erva de Santa Maria; Amora (14:00 – 17:30)- Prova prática e avaliação Turma A	
	11.12.20 12	8:00	17:00	7hs30mi m	Aula 14, aula 5, aula 16 Turma B	
	19.02.20 13	9:00	11:00	3hs	Oficina de reconhecimento de plantas CS Trindade	
<b>Total</b>						<b>110hs</b>

**APÊNDICE 5 – AÇÕES E PROGRAMAS COM PLANTAS MEDICINAIS NA APS, RELATADOS NA LITERATURA DE 1988 A 2012, E SUA DISTRIBUIÇÃO NAS REGIÕES BRASILEIRA**

Região brasileira	Estado	Cidade	N	Tot al	Frequencia
Sul	Paraná	Cascavel/PR	1	23	35%
		Curitiba/PR	5		
		Londrina/PR	2		
		Maringá/PR	1		
	Rio Grande do Sul	Canoas/RS	1		
		Porto Alegre/RS	5		
		Caxias do Sul	1		
		Rio Grande do Sul/RS	1		
	Santa Catarina	Florianópolis/SC	4		
		Itajaí/SC	2		
Nordeste	Ceará	Cedro/CE	1	16	24%
		Fortaleza/CE	4		
		Itapipoca/CE	1		
		Macanaú/CE	3		
		Pereiro/CE	1		
	Pará	Belém/PA	1		
	Paraíba	Campina Grande/PB	1		
		João Pessoa/PB	1		
	Pernambuco	Recife/PE	1		
	Rio Grande do Norte	Natal/RN	2		
	Sudeste	Espirito Santo	Tersa/ES		
Rio de Janeiro		Rio de Janeiro/RJ	9		
São Paulo		Campinas/SP	1		
		Ribeirão Preto/SP	1		
		São Paulo/SP	2		
Centro-Oeste	Distrito Federal	Distrit Federa/DF	1	11	17%
		Brasília	1		
	Goais	Anápolis/GO	1		
		Goiânia/GO	3		
	Mato Grosso	Mato Grosso/MT	1		

	Minas Gerais	Betim/MG	1		
		Governador Valadares/MG	1		
		Juiz de Fora/MG	1		
		Lavras/MG	1		
Norte	Amapá	Macapá/AP	1	3	5%
	Amazonas	Amazonia/AM	1		
	Rondônia	Cujubim/RO	1		
			6		
Total			6		

## ANEXO 1 - PLANO DO ENSINO DO CURSO FLORIANÓPOLIS/SC

	PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE COMISSÃO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES HORTO DIDÁTICO HUIUFSC	
<b>1. IDENTIFICAÇÃO DO CURSO</b>		<b>TOTAL DE HORAS-AULA</b>
Fitoterapia: Reconhecendo as Plantas Medicinais		60 HORAS
<b>2. DADOS GERAIS</b>		
<b>População-alvo:</b> Profissionais de nível superior da estratégia de saúde da família das unidades de saúde "FIO-Floripa" e farmacêuticos		
<b>Número de alunos por turma:</b> 20 alunos		
<b>Duração total:</b> 60 horas, conforme calendário abaixo.		
<b>Horário:</b> Turma A: 1 aula mensal, sempre nas primeiras terças-feiras do mês (com exceção do primeiro módulo); Turma B: 1 aula mensal, sempre nas segundas terças-feiras do mês; 8:30 – 12:00 e 13:00 – 17:30		
<b>Calendário:</b>		
	<b>DIAS</b>	
	<b>Turma A</b>	<b>Turma B</b>
Julho/12	11	10
Agosto/12	07	14
Setembro/12	04	11
Outubro/12	02	09
Novembro/12	06	13
Dezembro/12	04	11
<b>Local:</b> APFEDC – Associação dos Funcionários da Fazenda Estadual de Santa Catarina (End: Rodovia SC 401, s/n, Junto ao trevo de Canasvieiras, Florianópolis/SC). ( <a href="http://www.afpsc.com.br">www.afpsc.com.br</a> )		
		



**PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**COMISSÃO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES**  
**HORTO DIDÁTICO HUUFSC**



### 3. ORGANIZAÇÃO

#### Coordenador SMS:

Melissa Costa Santos

#### Coordenador HUUFSC:

César Paulo Simionato

#### Apoiadores:

Letia Nery Sousa; Geiso Guimarães Granada

#### Professores:

Ángelo Giovanni Rodrigues; Aléssio dos Passos; Amélia Moema Velga Lopes; César Paulo Simionato; Charles Daicanale Tesser; Luiz Carlos Pereira; Mara Tânia Eufrázio; Maria Tereza Rojo de Almeida; Renata Palandt; Shirley Catarina da Rosa.

### 4. EMENTA

Introdução ao uso popular de plantas medicinais. Cuidados gerais. Ação farmacológica e constituintes químicos. Modos de uso (infusão, decoção, tintura, argila). Interações medicamentosas. Plantas e gestação. Toxicidade. Estudo bibliográfico de 20 plantas medicinais e espécies botânicas relacionadas (mil folhas; boldo; erva cidreira; erva doce; tansagem; erva baleeira; amica; marcela; camomila; espíndrea santa; alfavaca; poejo; guaco; calêndula; aloe; alecrim; cipó mil homens; guaçatonga; mastruço; hortelã; maracujá).

### 5. OBJETIVO

Discutir o uso popular e científico das plantas medicinais, facilitando o reconhecimento das potencialidades e sua aplicabilidade segura e adequada na prática clínica.

### 6. METODOLOGIA DE ENSINO / DESENVOLVIMENTO DO PROGRAMA

- Aulas mensais, expositivas e dialogadas
- Aulas práticas no horto de plantas medicinais
- Trabalhos e atividades individuais e em grupo

### 7. METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO

- Participação efetiva nas atividades teóricas e práticas;
- Assiduidade;
- Avaliação e prova prática de reconhecimento de espécies.

### 8. BIBLIOGRAFIA

#### BIBLIOGRAFIA BÁSICA

1. ALONSO, Jorge. Fitomedicina – curso para profissionais da área da saúde. Editora Pharmabooks, 2008.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RDC no. 10, de 9 de março de 2010. Diário Oficial. República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2010.
3. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Formulário de Fitoterápicos da Farmacopéia Brasileira / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2011.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Práticas Integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica ; n. 31) Brasília : Ministério da Saúde, 2012.
5. BLUMENTHAL, M.; GOLDBERG, A.; BRINCKMANN, J. Herbal Medicine. Expanded Commission E Monographs. Editora American Association of Colleges of Pharmacy, 1998. ROSS, Jeremy. Zang Fu – Editora Roca, São Paulo.
6. LORENZI, Ham;MATOG, F.J.A. Plantas Medicinais no Brasil: nativas e exóticas cultivadas. Instituto Plantarum, 2002 São Paulo.
7. SIMÕES, C.M.O. et al. Plantas Medicinais no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, 1995. 112-113.
8. 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. 5.ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS; Florianópolis: Editora da UFSC, 2003

#### BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR E SUGESTÕES DE LEITURA

1. ALMAGRY JR, ALEXANDRE ET AL. Folhas de chá: plantas medicinais na terapêutica humana. Viçosa: Ed. UFV, 2005
2. ALONSO J. DESMARCHÉLIER, C. Plantas Medicinales Autóctas de La Argentina. Buenos Aires: Editorial LOLA, 2005
3. ALONSO, J. Tratado de Fitofármacos y Nutracéuticos. 1. ed. Rosario, Argentina: Corpus Libros, 2004.
4. ARAUJO A. M. M. Das ervas medicinais à fitoterapia. São Paulo: Ateliê Editorial FAPESP, 2002
5. BOTSARIS, A.G. Fitoterapia chinesa e plantas medicinais brasileiras. São Paulo: Icone, 1995.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**COMISSÃO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES**  
**HORTO DIDÁTICO HUIFSC**



6. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Resolução n.º 08 de 08.03.1998. Comis. Intern. de Planejamento e Coordenação.
7. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. D. O. Resolução-RDC n.º 17 de 24.02.2000. ANVISA.
8. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Alimentos Regionais brasileiros/MS. Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. 1ª. Edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
9. CARRARA, Douglas. Possangaba: opusamento médico popular. Maricá: Soft Editora e Informática, 1995
10. CHEVALIER, Andrew. Herbal Remedies. New York: DK Publishing, 2007
11. GORREA JUNIOR, CIRINO Cultivo agroecológico de plantas medicinais, aromáticas e condimentares. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Agrário, 2006
12. DI STASI, L.C. Plantas Medicinais: um guia de estudo interdisciplinar. São Paulo: UNESP, 1996
13. DI STASI, L.C. Plantas Medicinais na Amazônia e na Mata Atlântica, 2ed. Ver e ampli. São Paulo: UNESP, 2002.
14. CRUZ, G.L. – Dicionário das plantas úteis do Brasil. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1979.
15. DI STASI, L.C. (Org.) Plantas medicinais: Arte e Ciência. Um guia de estudo interdisciplinar. São Paulo: Editora da UNESP, 1995.
16. FARMACOPÉIA BRASILEIRA. 2.ed. São Paulo: Siqueira, 1959.
17. FARMACOPÉIA BRASILEIRA. 3.ed. São Paulo: Andrei, 1977.
18. FARMACOPÉIA BRASILEIRA. 4.ed. São Paulo: Atheneu, 1988. Parte I.
19. FARMACOPÉIA BRASILEIRA. São Paulo: Nacional, 1929.
20. MARONI, Beatriz Castro. Plantas Medicinais no Cerrado de Botucatu – guia ilustrado. São Paulo. Ed UNESP, 2006.
21. MARTINDALE – The Extra Pharmacopoeia. 30.ed. London: Pharmaceutical Press, 1995.
22. MATOS, F.J.A. – Farmácias vivas – 3.Ed. rev. e atualizada. Fortaleza: Editora da UFC, 1998.
23. PANIZZA, SYLVIO. Ensinando a cuidar da saúde com as plantas medicinais: guia prático de remédios simples e naturais. São Paulo: Prestigio, 2005.
24. PIO CORRÊA, M. – Dicionário das plantas úteis do Brasil e das exóticas cultivadas. Rio de Janeiro: Ministério da Agricultura/IBOF – Imprensa Nacional, 1964, 5 volumes.
25. SCHWARTSMAN, S. – Intoxicações agudas. 4.Ed., São Paulo: Sarvier, 1991.
26. SCHWARTSMAN, S. – Plantas venenosas e animais peçonhentos. 2. Ed. São Paulo: Sarvier, 1992.
27. SILVA JUNIOR, AA. Essência Herba- Plantas Bioativas. Florianópolis: Epagri, 2003. 441p.
28. VON HERTWIG, I. F. Plantas Aromáticas e Medicinais: plantio, colheita, secagem e comercialização. São Paulo: Icone Editora, 1996

#### SITES

##### Periódicos:

Biblioteca UFSC: [www.bu.ufsc.br](http://www.bu.ufsc.br)  
 Portal CAPES: [www.periodicos.capes.gov.br](http://www.periodicos.capes.gov.br)  
 Soleto: [www.soleto.org](http://www.soleto.org)  
 PUBMed: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>  
 Medline e Lilacs (Bireme): [www.bireme.com.br](http://www.bireme.com.br)  
 CNN (Catálogo coletivo de periódicos): [www.lilacs.org](http://www.lilacs.org)  
 Periódicos da área médica: [www.freemedicaljournals.com](http://www.freemedicaljournals.com)

##### Plantas medicinais:

[www.mskcc.org/mskcc/html/11570.cfm](http://www.mskcc.org/mskcc/html/11570.cfm)  
[www.fioterapia.net/vademecum/autor.html](http://www.fioterapia.net/vademecum/autor.html)  
 busca por planta: [www.mobot.org](http://www.mobot.org) ; [www.rain-tree.com](http://www.rain-tree.com)  
 Monografias de plantas com autor  
[www.amfoundation.org](http://www.amfoundation.org)  
[www.herbmed.org](http://www.herbmed.org)  
[www.botanical.com](http://www.botanical.com)  
[www.lbiblio.org/herbmed](http://www.lbiblio.org/herbmed)  
[www.lbiblio.org/herbmed/lectio/king/main.html](http://www.lbiblio.org/herbmed/lectio/king/main.html)  
[www.rdgkew.org.uk](http://www.rdgkew.org.uk)  
[www.medicinacomplementar.com.br](http://www.medicinacomplementar.com.br)  
[www.botanical-online.com](http://www.botanical-online.com)



**9. CRONOGRAMA E CONTEUDO PROGRAMÁTICO DAS AULAS**

	TURMA A	TURMA B	CONTEUDO PROGRAMADO
<b>MÓDULO 1</b>	11/07/12	10/07/12	<b>Aula 1.</b> Introdução (8:30 – 10:30) <b>Aula 2.</b> Fitoterapia no SUS – Dr. Angelo Giovanni Rodrigues/Ministério da Saúde (10:30 – 17:30) - <i>Visita prática ao Horto de plantas medicinais.</i>
<b>MÓDULO 2</b>	07/08/12	14/08/12	<b>Aula 3.</b> As Plantas Medicinais no contexto das MACIFIC – Prof. Dr. Charles Calcanale Tesser/UFSC (8:30 – 10:30) <b>Aula 4.</b> Etnobotânica – Profª Mel Simionato Marques (10:30 – 12:30) <b>Aula 5.</b> Metabólitos secundários e ação farmacológica – Profa. Dra. Maria Tereza Rojo de Almeida (13:30 – 17:30) - <i>Visita prática ao Horto de plantas medicinais.</i>
<b>MÓDULO 3</b>	04/09/12	11/09/12	<b>Aula 6.</b> Plantas na gestação (08:30 – 10:30) <b>Aula 7.</b> Estudo de plantas e espécies relacionadas: Mi-folhas; Marcela; Tansagem; Erva baleeira; Amica; Marcela; Boldo; Camomila; Gingeng; Malva; Sucupira; Unha de gato; Rainha das ervas (10:30 – 17:30) - <i>Visita prática ao Horto de plantas medicinais.</i>
<b>MÓDULO 4</b>	02/10/12	09/10/12	<b>Aula 8.</b> Modos de preparo e uso; Infusão, decoção, tintura e argila. Profa Amélia Moema Veiga Lopes/UFSC e Mara Tânia Eufrazio/SMS/PMF (8:30 – 12:30) <b>Aula 9.</b> História do uso de plantas medicinais por seres humanos – Profa. Dra. Renata Palandri/LABHISG/UFSC (13:30 – 15:30) <b>Aula 10.</b> Estudo de plantas e espécies relacionadas: Espinha santa; Alfavaca; Poejo; Laranja, Limão; Chuchu; Abacate (15:30 – 17:30) - <i>Visita prática ao Horto de plantas medicinais.</i>
<b>MÓDULO 5</b>	06/11/12	13/11/12	<b>Aula 11.</b> Interações Medicamentosas e Plantas Medicinais – Profª Karen Luise Lang/UFSC (8:30 – 10:30) <b>Aula 12.</b> Estudo de plantas e espécies relacionadas: Erva cidreira; Guaco; Calêndula; Babosa; Alecrim; Alfazema; Alho; Marvário; Guapontanga; Salsa (10:30 – 12:30 e 16:00 – 17:30) <b>Aula 13.</b> Compostagem - Prof. Luiz Carlos Pereira (UFSC) (14:00 – 16:00) - <i>Visita prática ao Horto de plantas medicinais.</i>
<b>MÓDULO 6</b>	04/12/12	11/12/12	<b>Aula 14.</b> Toxicidade e plantas tóxicas – CIT/SC (8:30 – 10:30) <b>Aula 15.</b> Leitura crítica da literatura (10:30 – 12:30) <b>Aula 16.</b> Estudo de plantas e espécies relacionadas: Erva doce; Cipó mi-homens; Hortelã; Maracujá; Mastroço; Gengibre; Confrei; Erva de Santa Maria; Amora (14:00 – 17:30) - Prova prática e avaliação

**ANEXO 2 - PLANTAS MAIS COMUNS NAS EM SEIS UNIDADES DE SAÚDE E ESTUDADAS NO CURSO DE CAPACITAÇÃO EM PLANTAS MEDICINAIS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS/SC**

<b>NOME POPULAR</b>	<b>NOME CIENTÍFICO</b>	<b>Outras espécies chamadas popularmente pelo mesmo nome popular</b>
Alecrim	<i>Rosmarinus officinalis</i> L.	
Alfavaca-anisada	<i>Ocimum seloi</i> Benth	<i>Ocimum basilicum</i> L. (alfavaca), <i>Ocimum gratissimum</i> L. (alfavaca-cravo)
Alfazena	<i>Lavandula officinalis</i> Chaix	<i>Lavandula angustifolia</i> , Mill., <i>Lavandula dentata</i> L
Amora	<i>Morus Alba</i> L.	
Arnica	<i>Sphagneticola trilobata</i> J.F. (= <i>Wedelia paludosa</i> DC.)	<i>Arnica montana</i> L., <i>Porophyllum ruderale</i> (Jacq.) Cass (arnica-da-praia), <i>Calea uniflora</i> Less (arnica-da-praia), <i>Senecio oleosus</i> Vell. (arnica-da-serra), <i>Solidago chilensis</i> Meyen (arnica-erva-lanceta), <i>Chaptalia nutans</i> (L.) Pol. (arnica-lingua-de-vaca)
Babosa	<i>Aloe vera</i> (L.) Burm. f.	<i>Aloe arborescens</i> Mill.
Bardana	<i>Arctium lappa</i> L.	<i>Arctium minus</i> (Hill) Bernh. (bardana-menor)
Boldo	<i>Vernonia condensata</i> Baker	<i>Pneumus boldus</i> Molina (boldo-do-chile), <i>Plectranthus ornatus</i> Codd. (boldo-pequeno)
Calêndula	<i>Calendula officinalis</i> L.	
Camomila	<i>Matricaria recutita</i> L.	
Chuchu	<i>Sechium edule</i> (Jacq.) Sw.	
Cipó mil-homens	<i>Aristolochia</i> spp.	
Colônia	<i>Alpinia zerumbet</i> (Pers.) B.L. Burt & R.M. Sm.	
Confrei	<i>Symphytum officinale</i> L.	
Erva baleeira	<i>Cordia verbenacea</i> A.P. de	<i>Cordia monosperma</i> (Jacq.) Roem. & Schult. (trinca-trinca)
Erva cidreira	<i>Melissa officinalis</i> L.	<i>Aloysia Triphylla</i> Royle (cidró), <i>Lippia alba</i> (Mill.) N.E. Br. ex Britton & P. Wilson (salva), <i>Hedyosmun brasiliensis</i> (cidreira de arvore), <i>Cymbopogon citratus</i> (DC.) Stapf (capim-limão), <i>Elyonorus</i> sp (capim-cidreira), <i>Nepeta cataria</i> L. (erva-cidreira branca)
Mastruço rasteiro	<i>Coronopus didymus</i> (L.) Sm.	<i>Chenopodium ambrosioides</i> L. (erva santa maria), <i>Lepidium virginicum</i> L. e <i>Lepidium bonarienses</i> (marstruço-de-galinha)

Espinheira santa	<i>Maytenus ilicifolia</i> Mart. ex Reissek	<i>Zollernia ilicifolia</i> (Brongn.) Vogel, <i>Sorocea bonplandii</i> (Baill.) W.C. Burger, Lanj. & Wess. Boer, <i>Maytenus aquifolium</i> Mart.
Eucalipto	<i>Eucalyptus globulus</i> Labill.	
Erva doce	<i>Foeniculum vulgare</i> Mill. ( <i>funcho</i> )	<i>Pimpinella anisium</i> L. ( <i>erva doce</i> ), <i>Illicium verum</i> Hook. f. ( <i>anis-estrelado</i> )
Gingeng	<i>Pfafia glomerata</i> (Spreng.) Pedersen	
Guaçatonga	<i>Casearia sylvestris</i> Sw.	<i>Casearia decandra</i> Jacq.
Guaco	<i>Mikania glomerata</i> Spreng.	<i>Mikania laevigata</i> Sch. Bip. ex Baker
Hortelã	<i>Mentha</i> spp.	
Losna	<i>Artemisia absinthium</i> (Mill.) DC.	
Malva	<i>Malva sylvestris</i> L.	<i>Pelargonium graveolens</i> L'Hér. ex Aiton, <i>Malva parviflora</i> L.
Maracujá	<i>Passiflora incarnata</i> L.	<i>Passiflora edulis</i> Sms., <i>Passiflora alata</i> Curtis
Marcela	<i>Achyrocline satureioides</i> Lam.) DC.	<i>Achyrocline alata</i> (Kunth) DC.
Mil-folhas	<i>Achillea millefolium</i> L.	
Poejo	<i>Cunila microcephala</i> Benth.	<i>Mentha pulegium</i> L. ( <i>poejo</i> )
Quebra-pedra	<i>Phyllanthus</i> spp	<i>Euphorbia prostrata</i> Aiton ( <i>quebra-pedra-rasteiro</i> )
Rainha das ervas	<i>Tanacetum parthenium</i> (L.) Sch. Bip.	
Sucupira	<i>Pterodon emarginatus</i> Vogel	
Tansagem	<i>Plantago major</i> L.	<i>Plantago tomentosa</i> Lam., <i>Plantago lanceolata</i> L., <i>Plantago australis</i> Lam.
Unha de Gato	<i>Uncaria tomentosa</i> (Willd.) DC.	
Picão Preto	<i>Bidens pilosa</i> L.	<i>Bidens Alba</i> (L.) DC.
Garra do diabo	<i>Harpagophytum procumbens</i>	
Crataegus	<i>Crataegus oxyacantha</i> L.	
Graviola	<i>Ammonia muricata</i> L.	
Erva Santa	<i>Aloysia gratissima</i> (Gillies & Hook.) Tronc.	
Cardo mariano	<i>Sylibum marianum</i> Gaertn.	

Fonte: <http://www.tropicos.org>