



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS  
FARMACÊUTICAS



**DANIELLE DAYSE ARAÚJO**

**UTILIZAÇÃO DE PLANTAS MEDICINAIS E FITOTERAPIA NA ESTRATÉGIA  
SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE RECIFE:  
IMPACTO DE AÇÕES IMPLEMENTADAS SOBRE A PRESCRIÇÃO E  
RECOMENDAÇÃO**

Recife

2014

**DANIELLE DAYSE ARAÚJO**

**UTILIZAÇÃO DE PLANTAS MEDICINAIS E FITOTERAPIA NA ESTRATÉGIA  
SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE RECIFE:  
IMPACTO DE AÇÕES IMPLEMENTADAS SOBRE A PRESCRIÇÃO E  
RECOMENDAÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, como requisito final para obtenção do título de Mestre em Ciências Farmacêuticas, com ênfase na linha: Obtenção e Avaliação de Produtos Naturais e Bioativos

Orientador: Prof. Dr. Davi Pereira de Santana

Co-Orientador(a): Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Leila Bastos Leal

Recife

2014

.....

Catálogo na Publicação (CIP) Bibliotecária:  
Mônica Uchôa, CRB4 1010

A663u Araújo, Danielle Dayse.  
Utilização de plantas medicinais e fitoterapia na estratégia saúde da família no município de Recife: impacto de ações implementadas sobre a prescrição e recomendação / Danielle Dayse Araújo. – 2014.  
96 f: il.; tab.; quadr.; 30 cm.

Orientador: Davi Pereira de Santana.  
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS.  
Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, 2014.  
Inclui referências.

1. Fitoterapia. 2. Plantas medicinais. 3. Medicina tradicional. 4. Atenção básica à saúde. 5. Atenção primária à saúde.. I. Santana, Davi Pereira de (Orientador). II. Título.

615.3 CDD (23.ed.) UFPE (CCS2016-069)

**DANIELLE DAYSE ARAÚJO**

**UTILIZAÇÃO DE PLANTAS MEDICINAIS E FITOTERAPIA NA ESTRATÉGIA  
SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE RECIFE:  
IMPACTO DE AÇÕES IMPLEMENTADAS SOBRE A PRESCRIÇÃO E  
RECOMENDAÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, como requisito final para obtenção do título de Mestre em Ciências Farmacêuticas, com ênfase na linha: Obtenção e Avaliação de Produtos Naturais e Bioativos

Aprovado em: 30 / 05 / 2014.

**Banca Examinadora**

---

**Prof. Dr. Davi Pereira de Santana**

Universidade Federal de Pernambuco/Departamento de Ciências Farmacêuticas

---

**Prof. Dr. José Gildo de Lima**

Universidade Federal de Pernambuco/Departamento de Ciências Farmacêuticas

---

**Prof. Dr. René Duarte Martins**

Universidade Federal de Pernambuco/Centro Acadêmico de Vitória/Núcleo de Nutrição

## AGRADECIMENTOS

À Deus, verdadeira fonte de forças, coragem e inspiração.

Aos meus pais, Aldo e Cícera, amores incondicionais, por serem o solo seguro que compõe  
minha base.

Aos meus irmãos, Darlene e Fábio, meus alicerces para toda a vida.

À minha tia Marlene, *in memoriam*, pelo apoio durante minha formação e pelos conselhos em  
últimos momentos de vida.

Ao orientador, Prof. Dr. Davi Pereira de Santana, pela oportunidade de orientação, pelo apoio  
e condução durante esse processo.

À co-orientadora, Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Leila Bastos Leal, pelo investimento, abertura às ideias e  
sensibilidade em trabalhar o tema, sempre acreditando no meu potencial.

À Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Islândia Maria Carvalho de Sousa, pela concessão de dados utilizados neste  
estudo e pela atenção em me atender e oferecer suporte em minha pesquisa.

À minha amada mestre, Eliane, amiga de longas datas, parceira intelectual e meu suporte  
emocional na vida profissional.

À colega Lidiane, que com toda sua gentileza e simpatia intermediou contatos importantes  
para a concepção e desenvolvimento da minha pesquisa.

À minha eterna e querida equipe multiprofissional, minha referência de trabalho em equipe,  
aqui representada por Andreza, pela imediata presteza em ajudar.

À minha equipe NASF, mais que colegas de trabalho, amigos! Pela compreensão, apoio e  
incentivo nas horas mais difíceis.

A todos os amigos, que fazem minha vida mais doce, e em especial aos mais que amigos,  
“*hermanos*”, Arsênio, Flávia, Marciana e Sheylena, que estiveram durante todo este percurso,  
muito próximos, fazendo também parte da caminhada.

aquí, en nuestro planeta, la Pacha Mama es nuestra sagrada Madre Tierra. Los árboles y las plantas, así como los animales y todo ser viviente son también nuestros parientes, ya sea como padres, madres o como hermanos/as. Dentro de este gran concierto familiar no podríamos nosotros crear nada que dañe o atente contra la naturaleza, porque así, también, dañaríamos a todo ser viviente, incluidos nosotros mismos. Por eso, toda nuestra relación con el cosmos y naturaleza es siempre de armonía, reciprocidad y convivencia. Y de este espíritu gozan todas nuestras ciencias y tecnologías.

Salvador Palomino

## RESUMO

### **Utilização de plantas medicinais e fitoterapia na Estratégia Saúde da Família no Município de Recife: impacto de ações implementadas sobre a prescrição e recomendação**

A inserção das plantas medicinais nos sistemas de saúde tem sido recomendação da OMS em função da sua ampla utilização pela população, mesmo com acesso aos serviços de saúde. No Brasil, a criação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares e da Política Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos veio a legitimar o uso de plantas medicinais no SUS, especialmente na atenção básica. No Recife, embora implantada antes das políticas nacionais, a fitoterapia teve nos últimos anos a implementação de novos serviços e a criação, em 2012, de uma política municipal respaldando a prática. Considerando o acima exposto, o objetivo do estudo foi avaliar o impacto na prescrição e recomendação da fitoterapia e plantas medicinais pela Estratégia Saúde da Família após a inserção de medicamentos fitoterápicos na rede SUS-Recife e a criação da Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares. Foi realizado um estudo descritivo de corte seccional e atributos de painel repetido entre Novembro e Dezembro de 2013 com médicos, enfermeiros e dentistas das Unidades de Saúde da Família do Distrito Sanitário IV do Recife. Os dados obtidos constituíram o painel atual, que foram comparados aos dados de uma pesquisa realizada em 2011 (primeiro painel), previamente a disponibilização dos fitoterápicos na rede e a criação da Política Municipal, a qual abordou diversas práticas integrativas e complementares, incluindo a fitoterapia e plantas medicinais. Para análise estatística foi utilizado o teste de Qui-quadrado através do programa SPSS versão 13.0. Foram verificados entre os dois painéis, aumentos significativos relacionados ao uso pessoal da fitoterapia pelos profissionais, bem como o uso da fitoterapia e de preparações de plantas medicinais para suas famílias. Entretanto, a prescrição e a recomendação das práticas não elevaram-se significativamente. Avaliando o painel atual foi verificado que 70,0% dos profissionais não tem formação na área, embora 92,4% a deseje. Ainda verificou-se associação estatística entre a formação dos profissionais e a recomendação das práticas avaliadas, o que não foi observado para a variável prescrição. A implementação da fitoterapia e plantas medicinais no SUS-Recife mostrou-se conhecida por 66,7% dos sujeitos, com apenas 2,6% referindo não desejá-las. O conhecimento de legislação municipal foi relatado apenas por 12,3% dos profissionais e a disponibilidade de fitoterápicos na rede municipal por 45,2% dos participantes. Com os dados obtidos, foi possível concluir que apesar da evolução na implementação da fitoterapia e plantas medicinais no Recife, são necessárias ações para sua consolidação no sistema municipal de saúde, especialmente no que se refere à comunicação e divulgação dos serviços aos profissionais bem como a realização de capacitação e educação permanente na área, de forma a garantir o acesso do usuário a tais práticas.

**Palavras-Chave:** Fitoterapia. Plantas medicinais. Medicina tradicional. Atenção básica à saúde. Atenção primária à saúde. Sistema Único de Saúde.

## ABSTRACT

### **Use of medicinal plants and herbal medicine in the Family Health Strategy in the city of Recife: impact of the actions implemented on the prescription and recommendation**

The insertion of medicinal plants in healthcare system have been recommended by WHO due to its wide use by the population, even with access to health services. In Brazil, the creation of the National Policy on Integrative and Complementary Practices and National Policy on Medicinal Plants and Phytotherapy came to legitimize the use of medicinal plants in the National Health System, especially in primary care. In Recife, while implanted ahead of national policies, phytotherapy had in recent years being implemented with new services and with the creation, in 2012, of a municipal policy endorsing the practice. Considering the above, the objective of the study was evaluate the impact on prescription and recommendation of herbal and medicinal plants by the family health strategy after insertion of herbal medicines in SUS-Recife network and the creation of Municipal Policy on Integrative and Complementary Practices. A descriptive cross sectional study and repeated panel study attributes were performed between November and December 2013 with doctors, nurses and dentists from IV District Units Family Health Recife. The data obtained constituted the current panel, which were compared to data from a survey conducted in 2011 (first panel) that addressed several complementary and integrative practices, including herbal and medicinal plants. Statistical analysis included the chi-square using SPSS version 13.0 was used. Between the two panels were observed significant increases related to personal use of phytotherapy by professionals as well as the use of phytotherapy and herbal preparations for their families. However, the prescription and recommendation practices did not increase significantly. Assessing the current panel was found that 70.0% of professionals do not have training in the area although 92.4% want to. Also there was a statistical association between the training of professionals and the recommendation of the practices evaluated, which was not observed for the prescription. The implementation of herbal and medicinal plants in the SUS-Recife proved known of 66.7% of the subjects, with only 2.6% stating not desiring them. Knowledge of municipal legislation was reported by only 12.3% of professionals and availability of herbal medicines in public schools by 45.2% of participants. With the data obtained, was possible to conclude that despite the progress in the implementation of herbal and medicinal plants in Recife, actions are required to be consolidated in the municipal health system, especially with regard to communication and dissemination services for professionals and the conducting of qualification and ongoing education in the area, to ensure user access to such practices.

**Keywords:** Phytotherapy; Medicinal plants; Traditional medicine; Basic health care; Primary health care; Unified Health System.



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Fitoterápicos constantes na Relação Nacional de Medicamentos – RENAME 2013.....	36
Figura 1	Representação gráfica da divisão do território do Recife em Regiões Político-Administrativas (RPA) e Microrregiões (MR).....	48
Figura 2	Divisão territorial do Recife por bairros e regiões político-administrativas.....	49
Quadro 2	Unidades Saúde da Família do Distrito Sanitário IV no município de Recife – Pernambuco – segundo sua microrregião, bairro e número de equipes em Dezembro de 2013.....	50
Figura 3	Fluxograma dos sujeitos participantes na coleta de dados do estudo a partir da população total.....	55

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Perfil populacional dos profissionais das Unidades Saúde da Família no Distrito Sanitário IV do município de Recife – Pernambuco – em Março de 2011 e Dezembro de 2013.....	56
Tabela 2	Análise comparativa das frequências das variáveis relativas à fitoterapia entre os profissionais das Unidades Saúde da Família no Distrito Sanitário IV do município de Recife – Pernambuco – em Março de 2011 e Dezembro de 2013, a partir do teste do $X^2$ .....	58
Tabela 3	Análise comparativa das frequências das variáveis relativas às plantas medicinais entre os profissionais das Unidades Saúde da Família no Distrito Sanitário IV do município de Recife – Pernambuco – em Março de 2011 e Dezembro de 2013, a partir do teste do $X^2$ .....	59
Tabela 4	Aspectos relacionados à formação em fitoterapia e plantas medicinais e ao conhecimento sobre a implementação dessas práticas no município entre os profissionais das Unidades Saúde da Família no Distrito Sanitário IV do município de Recife – Pernambuco – em Dezembro de 2013.....	61
Tabela 5	Análise da associação entre formação e prescrição de fitoterapia pelos profissionais das Unidades Saúde da Família no Distrito Sanitário IV do município de Recife – Pernambuco – em Dezembro de 2013 (segundo painel), a partir do teste do $X^2$ .....	62
Tabela 6	Análise da associação entre formação e recomendação de fitoterapia pelos profissionais das Unidades Saúde da Família no Distrito Sanitário IV do município de Recife – Pernambuco – em Dezembro de 2013 (segundo painel), a partir do teste do $X^2$ .....	62
Tabela 7	Análise da associação entre formação e prescrição de plantas medicinais pelos profissionais das Unidades Saúde da Família no Distrito Sanitário IV do município de Recife – Pernambuco – em Dezembro de 2013 (segundo painel), a partir do teste do $X^2$ . ....	62
Tabela 8	Análise da associação entre formação e recomendação de plantas medicinais pelos profissionais das Unidades Saúde da Família no Distrito Sanitário IV do município de Recife – Pernambuco – em Dezembro de 2013 (segundo painel), a partir do teste do $X^2$ .....	63

## LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CIS	Centro Integrado de Saúde
CMS	Conferência Municipal de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DS	Distrito Sanitário
ESF	Estratégia de Saúde da Família
MT	Medicina Tradicional
MCA	Medicina Complementar e Alternativa
NAPI	Núcleo de Apoio às Práticas Integrativas
OMS	Organização Mundial de Saúde
PIC	Práticas Integrativas e Complementares
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNPMF	Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RENISUS	Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS
RPA	Região Político-administrativa
SUS	Sistema Único de Saúde
UCIS	Unidade de Cuidados Integrals à Saúde
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
USF	Unidade Saúde da Família
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>15</b>
<b>2.1</b>	<b>Aspectos históricos das Plantas Medicinais.....</b>	<b>15</b>
<b>2.2</b>	<b>A Fitoterapia no contexto das Práticas Integrativas e Complementares...</b>	<b>19</b>
<b>2.3</b>	<b>A Fitoterapia popular, tradicional e científica.....</b>	<b>22</b>
<b>2.4</b>	<b>A fitoterapia e plantas medicinais na Atenção Básica à Saúde.....</b>	<b>25</b>
<b>2.5</b>	<b>Regulamentação atual da fitoterapia enquanto Prática Integrativa e Complementar no Brasil.....</b>	<b>32</b>
<b>2.6</b>	<b>2.6 Histórico das Práticas Integrativas e Complementares no município de Recife – Pernambuco – no período de 2004 a 2013</b>	<b>39</b>
<b>2.7</b>	<b>Evolução das ações em plantas medicinais e fitoterapia no município de Recife – Pernambuco – no período de 2004 a 2013</b>	<b>43</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>46</b>
<b>3.1</b>	<b>Objetivo principal.....</b>	<b>46</b>
<b>3.2</b>	<b>Objetivos Específicos.....</b>	<b>46</b>
<b>4</b>	<b>PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....</b>	<b>47</b>
<b>4.1</b>	<b>Tipo de Estudo.....</b>	<b>47</b>
<b>4.2</b>	<b>Local do Estudo.....</b>	<b>47</b>
<b>4.3</b>	<b>População do Estudo.....</b>	<b>49</b>
<b>4.3.1</b>	<b>Critérios de Exclusão.....</b>	<b>50</b>
<b>4.4</b>	<b>Instrumento de coleta de dados.....</b>	<b>51</b>
<b>4.5</b>	<b>Período da coleta de dados.....</b>	<b>52</b>
<b>4.6</b>	<b>Definição dos painéis.....</b>	<b>52</b>
<b>4.7</b>	<b>Processamento e análise de dados.....</b>	<b>53</b>
<b>4.8</b>	<b>Considerações Éticas.....</b>	<b>53</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>55</b>
<b>5.1</b>	<b>Perfil populacional dos painéis.....</b>	<b>55</b>
<b>5.2</b>	<b>As mudanças nas atitudes em fitoterapia e as plantas medicinais na Estratégia Saúde da Família através dos painéis .....</b>	<b>57</b>
<b>5.3</b>	<b>O painel atual: A formação dos profissionais em fitoterapia e plantas medicinais e seu conhecimento sobre a implementação dessas práticas no SUS-Recife.....</b>	<b>60</b>
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>64</b>
<b>6.1</b>	<b>Vivências pessoais e conhecimentos dos profissionais de saúde sobre plantas medicinais e fitoterapia.....</b>	<b>64</b>

<b>6.2</b>	<b>As plantas medicinais e fitoterapia na prática profissional.....</b>	<b>66</b>
<b>6.3</b>	<b>A formação dos profissionais em plantas medicinais e fitoterapia.....</b>	<b>69</b>
6.3.1	A relação entre formação e a prescrição/ recomendação de fitoterapia e plantas medicinais.....	71
6.3.2	Sobre o desejo de formação.....	72
<b>6.4</b>	<b>Implementação das Plantas Medicinais e Fitoterapia.....</b>	<b>73</b>
<b>6.5</b>	<b>Conhecimento sobre a Política Municipal.....</b>	<b>75</b>
<b>6.6</b>	<b>Disponibilização de medicamentos fitoterápicos na rede de saúde.....</b>	<b>76</b>
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>79</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>81</b>
	<b>APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados.....</b>	<b>91</b>
	<b>APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....</b>	<b>92</b>
	<b>ANEXO A – Carta de Anuência da Prefeitura do Recife.....</b>	<b>94</b>
	<b>ANEXO B – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa.....</b>	<b>95</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O município de Recife, capital do estado de Pernambuco, possui uma população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o ano de 2013 de 1.599.513 habitantes. Consistindo no núcleo de sua região metropolitana, composta por 14 municípios, localiza-se no litoral nordestino, onde ocupa uma posição central entre as duas metrópoles regionais, Salvador e Fortaleza, possuindo uma extensão territorial de 220 km<sup>2</sup>, composta em 67,4% por morros. Seu território é dividido em seis Regiões Político-Administrativas, que para o setor saúde configuram os Distritos Sanitários. A atenção básica à saúde dispõe de um percentual de cobertura da Estratégia Saúde da Família em torno de 54%, dispondo de 117 Unidades Saúde da Família, além de demais equipamentos de saúde. (PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE, 2009).

Desde o ano 2004, o município de Recife vem trabalhando as Práticas Integrativas e Complementares (PIC) através da estruturação do Programa de Práticas de Cuidados Integrals à Saúde e a criação de uma Unidade de referência para estas práticas. A partir da criação, em 2006, da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) e da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF), tem-se observado a inclusão de novos serviços em PIC no município, trazendo, inclusive, ações específicas em fitoterapia e plantas medicinais.

No ano 2012, duas ações de relevância para o campo da fitoterapia foram implementadas no Recife: a incorporação de fitoterápicos ao elenco de medicamentos padronizados na rede de saúde e a criação da Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares, abrangendo, entre outras PIC, a fitoterapia.

A implementação de tais ações no município despertou, assim, o interesse na realização de uma pesquisa no intuito de avaliar como estas ações estavam sendo aceitas pelos profissionais da atenção básica à saúde, bem como de que forma vinham repercutindo em sua prática profissional.

Uma pesquisa prévia à implementação dessas ações havia sido desenvolvida no município de Recife, sob coordenação de uma pesquisadora da Fiocruz – Pernambuco entre o ano de 2010 e 2011, buscando identificar entre os profissionais médicos, enfermeiros e odontólogos da Estratégia Saúde da Família as atitudes de prescrição/ recomendação relativas a 29 práticas integrativas e complementares, incluindo a fitoterapia e plantas medicinais.

Nesse contexto, o presente trabalho foi desenvolvido, no sentido de explorar se a implementação das ações citadas no município de Recife (inclusão de fitoterápicos na rede e

criação da Política Municipal) impactou a prática profissional na Estratégia Saúde da Família, no que se refere a prescrição e recomendação de fitoterapia e plantas medicinais, com base nos dados fornecidos pela pesquisa realizada previamente a tais ações e cedida pela pesquisadora responsável para avaliação de possíveis mudanças entre os períodos anterior e atual.

Assim, o presente trabalho justifica-se em torno das diretrizes da PNPIC, no que se refere ao acompanhamento e avaliação da inserção e implementação das plantas medicinais e fitoterapia no SUS, no intuito da geração de dados que possam subsidiar decisões e medidas dos gestores municipais (BRASIL, 2008a).

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 Aspectos históricos das plantas medicinais

Por trás da beleza da natureza esconde-se uma guerra surda pela sobrevivência dos mais aptos. As plantas para sobreviver e evoluir têm que competir por espaço e se defender do ataque de herbívoros e patógenos, em geral. Neste embate de milhões de anos, as plantas foram desenvolvendo suas próprias defesas químicas. Esta é uma das razões pelas quais a constituição química das plantas é tão complexa, e porque muitas plantas biossintetizam substâncias para atuar em alvos específicos moleculares de seus predadores. Metabólitos secundários de plantas e micro-organismos são produzidos para modular seus próprios metabolismos e, conseqüentemente, também podem alcançar alvos terapêuticos de doenças humanas. (FERREIRA; PINTO, 2010, p. 1829).

A Fitoterapia é a ciência que estuda a utilização dos produtos de origem vegetal com a finalidade terapêutica para prevenir, atenuar ou curar um estado patológico (CARVALHO, 2012). Consiste em uma terapêutica caracterizada pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal (BRASIL, 2008a).

Por um longo período, que compreende a maior parte da existência das civilizações humanas, o “*remedium*” (do latim, aquilo que cura), foi principalmente o uso das plantas medicinais (BECKER, 2012). Em todas as diferentes épocas e culturas, o homem aprendeu a conviver com estes recursos naturais como instrumento terapêutico para melhoria na sua condição de saúde e prolongamento de sua sobrevivência (TOMAZZONI; NEGRELLE; CENTA, 2006; RODRIGUES; SANTOS; AMARAL, 2006; SILVA et al., 2012).

Além da sua configuração como meio restaurador da saúde, os vegetais fazem parte da cultura humana desde seus antepassados como fonte de alimentos, vestuários, habitação, combustível, como utensílios para manifestações artísticas e religiosas, sendo estes usos, desde sempre, fundamentais para a existência e desenvolvimento da sociedade contemporânea atual em todas essas esferas (POSSE, 2007). Assim, as plantas medicinais representam fator importante não somente para a manutenção das condições de saúde, sendo também parte de um saber local preservado e utilizado, ou seja, de sua cultura e costumes (TOMAZZONI; NEGRELLE; CENTA, 2006).

A descoberta das propriedades terapêuticas ou tóxicas das plantas tem suas raízes no conhecimento empírico que, entre outros, surgiu das observações do comportamento dos



animais e a verificação dos efeitos da ingestão de algumas plantas no organismo humano através de tentativas e erros (BECKER, 2012; TOMAZZONI; NEGRELLE; CENTA, 2006; SIMIONATO; GRANADA; EDELWEISS, 2011).

Como exemplos, a observação de religiosas sobre os efeitos excitantes dos cafeeiros selvagens (*Coffea arábica* L.) em herbívoros domésticos que os tinham ingerido, o que levou a sua utilização no prolongamento do estado de vigília em suas ocupações (TOMAZZONI; NEGRELLE; CENTA, 2006) ou a observação do cachorro que come algumas espécies vegetais quando está doente. Ainda podem ser verificadas lendas de povos antigos que associam particularidades de algumas plantas para indicar sua função, como o fruto do guaraná, que parece um olho entreaberto, sendo usado como estimulante para manter a vigília (SIMIONATO; GRANADA; EDELWEISS, 2011).

Essa relação do homem com as plantas vem sendo difundida e transformada a partir dos movimentos migratórios e de exploração dos povos de diferentes regiões do mundo (BARBOZA DA SILVA et al, 2012).

A obra chinesa *Pen Ts'ao* (A Grande Fitoterapia), que remonta há 2800 anos a.C., é considerada a primeira documentação escrita sobre a utilização de plantas como remédios, estando listadas mais de 360 espécies de plantas (ELDIN; DUNFORD, 2001).

Uma visão conjunta do progresso nos conhecimentos das plantas medicinais remete a três grandes períodos. Durante as Antigüidades Egípcias, Grega e Romana, numerosos conhecimentos empíricos foram acumulados e transmitidos, especialmente através dos árabes, aos herdeiros europeus dessas civilizações desaparecidas (DIGEST, 1999).

A antiguidade grega conta com o mais antigo manual de fitoterapia, que remonta ao século IV a. C., que é o *Rhizotomika* contendo notas detalhadas sobre os efeitos fisiológicos das plantas medicinais. O estudioso grego Hipócrates (468-377 a. C.), considerado “pai da medicina”, concebeu um regime de tratamento a base de plantas medicinais usando mais de 400 espécies, em tratamento adaptado aos sintomas particulares de cada paciente (ELDIN; DUNFORD, 2001).

Os egípcios, que já consideravam a doença como resultado de causas naturais, tem em sua história papiros que remontam a 2000 anos a. C. com evidências que os médicos empregavam as plantas como remédio, como o Papiro Ebers, que data de cerca de 1500 a.C., onde são mencionadas fórmulas específicas com espécies que são utilizadas até hoje (ELDIN; DUNFORD, 2001).

O período romano, tem como seu mais importante personagem na história da fitoterapia Galeno (121-180 a.C.), que em um de seus trabalhos incluiu o comentário: “onde a

cura pode ser obtida pela alimentação, não use drogas e evite remédios complexos, quando os simples bastam”, abordagem terapêutica esta adotada na fitoterapia ainda hoje. Entretanto, foi Dioscórides, na obra *De Materia Medica* (Sobre as Formas de Curar), em torno do século I d. C. o primeiro a compilar informações sobre a toxicidade das plantas, onde se descrevia detalhadamente cerca de 600 espécies, incluindo informações a respeito das dosagens sugeridas e os possíveis efeitos tóxicos das plantas medicinais (ELDIN; DUNFORD, 2001).

O conhecimento das plantas medicinais foi mantido vivo na Europa ao longo de toda a baixa Idade Média (dos séculos V a XI). A partir do século IX iniciou-se a tradução das obras de diversos autores como Galeno, Dioscórides e Hipócrates, inicialmente para o árabe e três séculos depois, para o latim. Assim, do século IX ao século XII, essas traduções permitiram a introdução de contribuições árabes, com o conhecimento de novas plantas medicinais exóticas (ELDIN; DUNFORD, 2001).

No século XVI, com as explorações realizadas no Novo Mundo, as plantas coloniais despertaram novos interesses, representando uma das grandes fontes de riquezas da época moderna. A superioridade na eficácia da medicina indígena levou a predominarem na América colonial, como entre os soldados das colônias que preferiam utilizar técnicas nativas às técnicas médicas advindas da Europa, extremamente agressivas ao organismo, consistindo em violentos purgantes e vomitivos, flebotomias hemorrágicas, consumo de produtos cadavéricos, uso de produtos excrementícios e diversos preparados polifarmacêuticos (CARNEIRO, 2011).

Entretanto, a medicina indígena a princípio, foi desprezada, não influenciando os sistemas médicos europeus, o que foi posteriormente revertido com a vinda de médicos europeus à América, levando consigo evidências do sucesso empírico de terapias dessa região para a Europa, contribuindo para o nascimento de uma nova ciência experimental (CARNEIRO, 2011).

As boticas foram trazidas para o Brasil por boticários, jesuítas e cirurgiões barbeiros, profissionais responsáveis pelo ofício de diagnosticar e curar através de produtos naturais (vegetais, animais ou minerais), sendo este estabelecimento autorizado como comercial a partir de 1640. Até fins do século XIX ocupavam importante espaço na produção de medicamentos, sendo então substituídas por farmácias e pequenas indústrias farmacêutica nacionais na manipulação de produtos naturais (FERNANDES, 2004).

A partir de meados do século XX, com a introdução dos fármacos sintéticos, a terapia com plantas medicinais sofreu profundas alterações em virtude da modificação na prática médico-terapêutica, que se afastou e negligenciou as plantas medicinais. A extração de substâncias ativas a partir de material vegetal foi substituída pela síntese química,

transformando o processo semi-artesanal das indústrias brasileiras em processo industrializado nas multinacionais químico-farmacêuticas (FERNANDES, 2004).

Com advento da medicina e o enfoque no tratamento alopático, o conhecimento em plantas medicinais passou a ser desvalorizado pelos profissionais de saúde (FEIJÓ et al., 2012), passando a serem vistas como atraso tecnológico e levando, em parte, à substituição da prática de sua utilização na medicina caseira (TOMAZZONI; NEGRELLE; CENTA, 2006).

O impulso definitivo na indústria farmacêutica vincula-se à conjunção de dois fatores importantes: o desenvolvimento do capitalismo no século XIX e o êxito na medicina de laboratório da segunda metade do século XIX, dando base à teoria bacteriológica e a busca incessante de remédios (MARTÍNEZ-HERNÁEZ, 2013).

As pesquisas químicas e farmacêuticas no Século XX possibilitaram aliviar os males que assolaram a humanidade por séculos, como a tuberculose, a sífilis, o câncer e a hanseníase, assim como endemias do mundo moderno, como a depressão, as cardiopatias e a AIDS. Entretanto, a grande oferta de medicamentos alopáticos e seu consumo excessivo não resolveu os problemas de saúde da maior parte da população (VEIGA-JUNIOR, 2008).

Diante disto, no final do século XX, desenvolveu-se uma crise sanitária e médica, de ordem socioeconômica, cultural e epidemiológica. A crise sanitária derivou do crescimento das desigualdades sociais, gerando problemas graves, como desnutrição, violência, doenças infecto-contagiosas, crônico-degenerativas e o ressurgimento de velhas doenças que acreditavam-se estar em fase de extinção, como a tuberculose, a lepra, a sífilis e outras doenças sexualmente transmissíveis; além de uma síndrome coletiva biopsíquica, repercutindo na saúde física e mental da força de trabalho. A crise médica, vinculada à sanitária, remete à deterioração e mercantilização da relação médico-paciente, onde a função de arte de curar é perdida em proveito da diagnose, com investigações cada vez mais sofisticadas das patologias, sem igual consideração pelo sujeito doente e pela sua cura (LUZ, 2005).

Nesse contexto se deu o crescimento das “medicinas alternativas” em países desenvolvidos e em desenvolvimento, devido a rejeição cultural ao modelo médico estabelecido, que levou a importação de antigos sistemas médicos e o resgate de medicinas populares do próprio país. Por sua vez, no Brasil, na década de 80, foi evidenciado um grande desenvolvimento nos centros urbanos de farmácias e lojas de produtos naturais, reaparecimento do “erveiro” nas feiras populares urbanas e divulgação frequente na mídia de práticas não convencionais de cura, que adquiriram espaço para sua inserção na rede pública (LUZ, 2005).

Atualmente, para além da crença no seu poder de cura, a fitoterapia evoluiu e sofisticou-se, não sendo mais entendida somente como uma tradição transmitida entre gerações,

mas sim como ciência que vem sendo estudada, aperfeiçoada e aplicada por diversas culturas, ao longo dos tempos (TOMAZZONI; NEGRELLE; CENTA, 2006).

Apesar de sua antiguidade, ainda há grande potencialidade no emprego terapêutico da fitoterapia, onde sua utilização é crescente em todo o mundo, tanto nos países ricos e desenvolvidos como nos países pobres, onde constituem os principais medicamentos usados pela população (BRASIL, 2009b).

## **2.2 A Fitoterapia no contexto das Práticas Integrativas e Complementares**

O campo das Práticas Integrativas e Complementares (PIC) contempla sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos, os quais são também denominados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de medicina tradicional e complementar/alternativa (BRASIL, 2008a).

Tais medicinas tem o propósito de possibilitar um conhecimento maior do indivíduo em relação a si mesmo, seu corpo e seu psiquismo, buscando gerar maior autonomia do sujeito em face de seu processo de adoecimento e facilitando um projeto de construção, ou reconstrução, da própria saúde (LUZ, 2005).

A medicina tradicional (MT) constitui o conjunto de conhecimentos, habilidades e práticas baseadas nas teorias, crenças próprias e experiências de diferentes culturas, explicáveis ou não, para a manutenção da saúde e prevenir, diagnosticar, tratar ou melhorar doenças físicas e mentais, possuindo uma longa história no decorrer dos tempos (ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD - OMS, 2013). É um termo usado para referir-se a sistemas como a medicina tradicional chinesa, a medicina indiana ayurvédica e várias formas de medicina indígena. A MT é influenciada por fatores históricos, filosóficos e atitudes pessoais, onde suas práticas podem variar muito de país para país e de região para região, diferindo, muitas vezes, das abordagens da medicina alopática (WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO, 2002).

Em países onde o sistema de saúde dominante baseia-se na medicina alopática, os termos "medicina complementar" ou "medicina alternativa" (MCA) referem-se ao amplo conjunto de práticas de saúde que não fazem parte da tradição própria do país ou quando estas não são integradas em seu sistema de saúde dominante (OMS, 2013). Assim, a MCA são grupos de sistemas médicos e cuidados à saúde que não fazem parte da biomedicina, envolvendo os sistemas médicos alternativos (ex.: homeopatia), intervenções mente-corpo (ex.: meditações), métodos de manipulação corporal e baseados no corpo (ex.: massagens) e terapias energéticas (ex.: reiki) (TESSER; BARROS, 2008).

A título de classificação, pode-se dizer que quando tais práticas são usadas em conjunto com a medicina convencional, definem-se como complementares. Quando são usadas em substituição a medicina convencional, consideram-se alternativas. E a respeito do termo integrativas, dizem respeito às práticas usadas conjuntamente aos tratamentos convencionais, baseadas em evidências científicas atuais e em crescimento dentro dos sistemas de saúde (NATIONAL CENTER FOR COMPLEMENTARY AND ALTERNATIVE MEDICINE, 2008).

O uso popular da medicina complementar e alternativa (MCA) vem aumentando rapidamente em muitos países desenvolvidos, alimentado pelas preocupações com os efeitos adversos dos fármacos, o questionamento das abordagens e premissas da medicina alopática, e com o maior acesso público a informações de saúde. Ao mesmo tempo, o aumento na expectativa de vida trouxe consigo um aumento no risco do desenvolvimento de doenças crônicas, como doenças cardíacas, câncer, diabetes e distúrbios mentais. Para muitos, a MCA parece oferecer meios mais suaves de gerenciamento de tais doenças do que a medicina alopática (WHO, 2002).

A medicina tradicional (MT) continua amplamente difundida e utilizada em países em desenvolvimento, apresentando rápido crescimento e grande importância econômica nos sistemas de saúde. Em países da África até 80% da população usa MT para ajudar a atender suas necessidades de saúde. Já na Ásia e na América Latina, as populações continuam a usar a MT como resultado de circunstâncias históricas e crenças culturais (WHO, 2002).

As denominações para o que a Organização Mundial de Saúde trata como “medicina tradicional e complementar/alternativa” variam entre diferentes países. Tais práticas, que no Brasil se chamam de práticas integrativas e complementares (PICs), no México são conhecidas como medicina complementar e integrativa, em Cuba como medicina natural e tradicional e na Bolívia, embora não haja uma denominação específica, estas práticas estão inseridas dentro do chamado modelo de saúde familiar comunitário intercultural (BRASIL, 2009b).

Independente da denominação adotada em cada país, tais “sistemas médicos” e práticas terapêuticas trabalham com a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, envolvendo abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade (BRASIL, 2008a).

Os sistemas médicos complexos compreendem as abordagens do campo das Práticas Integrativas e Complementares que possuem teorias próprias sobre o processo saúde–doença, diagnóstico e terapêutica (LUZ, 2003 *apud* BRASIL, 2008a).

Como forma de questionar a superioridade do conhecimento científico ocidental, surgiu a categoria “racionalidades médicas”, que se constitui em uma ferramenta teórica permitindo analisar ou comparar, em um mesmo patamar, sistemas médicos diferentes, como as medicinas tradicionais chinesa e ayurvédica, a homeopatia, assim como a medicina ocidental contemporânea, também denominada biomedicina (LUZ; BARROS, 2012).

O trabalho de Luz, sobre as racionalidades médicas, é destacado como um dos marcos teóricos mais relevantes para a construção da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Brasil, juntamente ao documento “*Traditional Medicine Strategy 2002-2005*” da Organização Mundial da Saúde (OMS) (BARROS; SIEGEL; DI SIMONI, 2007). Torna-se, assim, indispensável compreender os pressupostos das racionalidades médicas, posto que fundamentaram a legitimação das práticas integrativas e complementares no sistema de Saúde brasileiro.

Tal ferramenta teórica não permite comparar sistemas culturais diferentes, mas sim, distintos sistemas médicos implicados numa mesma cultura, a atual (NASCIMENTO et al., 2013). Além disso, algumas condições necessárias são exigidas:

...a racionalidade médica supõe um sistema complexo, simbólica e empiricamente estruturado de cinco dimensões: uma morfologia humana (na medicina ocidental definido como anatomia); uma dinâmica vital (entre nós definida como fisiologia); uma doutrina médica; um sistema de diagnose; e um sistema de intervenção terapêutica.

(NASCIMENTO et al., 2013, p. 175)

As cinco dimensões tratadas devem estar embasadas teoricamente por uma sexta dimensão, a cosmologia, que diz respeito às raízes filosóficas das racionalidades médicas, estando a visão cosmológica da biomedicina sustentada na física clássica newtoniana e na metáfora cartesiana do corpo como máquina direcionada pela mente e as medicinas orientais em filosofias religiosas, como o conhecimento védico na Índia e o taoísmo chinês (NASCIMENTO et al., 2013).

No Brasil e América Latina, três grupos de “medicinas alternativas” são distinguidos, todos com demanda significativa por parte da população: a medicina tradicional indígena, a medicina de origem afro-americana e os sistemas médicos complexos tradicionais, como a medicina tradicional chinesa e a ayurvédica.

A medicina tradicional indígena, sobrevivente à colonização e modernização no século XIX, ainda hoje, é fortemente enraizada na cultura dos países sul-americanos em populações com forte ascendente nativo, tendo por vezes o intermédio de agentes de cura, como o “erveiro” e a “benzedeira”. Nessa racionalidade, o adoecimento é gerado pela desarmonia entre elementos fundamentais da vida: homem/natureza, e natureza/cultura e nessa perspectiva, a fitoterapia se constitui um meio para o restabelecimento ou cura oferecido pela própria natureza. A medicina de origem afro-americana, marcadamente religiosa e introduzida nas Américas pela escravidão nos séculos XVII a XIX, pertence a uma cultura de resistência transmitida tradicionalmente de geração a geração através do ensino iniciático e da filiação a “casas” e linhas de espiritualidade ligadas a diversas divindades africanas, tendo como agente de cura o pai de santo ou mãe de santo. Apesar de mais espiritualista na abordagem dos fenômenos de adoecimento individual e grupal, sua base terapêutica também é fortemente ancorada na fitoterapia. Por fim, os sistemas médicos complexos tradicionais, como a medicina tradicional chinesa e a medicina indiana ayurvédica, são os que têm sua própria racionalidade. Foram introduzidos nos países latino-americanos nos últimos vinte anos, procurados por jovens de classe média e universitários das grandes cidades, relacionando-se com um estilo de “medicina naturista” e abarcando reinterpretações da fitoterapia popular (LUZ, 2005).

Esses três grupos de medicinas alternativas atuam em interação, competição ou complementação com forte tendência ao sincretismo terapêutico, tanto por parte do paciente como do terapeuta, de forma que sistemas complexos tradicionais são decompostos em seus elementos diagnósticos ou terapêuticos a serem utilizados de acordo com as demandas dos usuários, no que denominam de “bom senso”, não levando em consideração a racionalidade própria desses sistemas. No Brasil, estes sistemas tendem a um sincretismo institucional nos serviços de saúde brasileiros, onde a medicina ocidental científica assume a “função terapêutica” das medicinas ditas alternativas (LUZ, 2005).

### **2.3 A Fitoterapia popular, tradicional e científica**

Mundialmente, as plantas medicinais são utilizadas por dois grupos distintos de pessoas. Nos países desenvolvidos, pessoas com alto grau de instrução e crítica as utilizam por considerá-las como adequadas para prevenir doenças, enquanto nos países de terceiro mundo, em geral, constituem o principal medicamento, sendo por vezes o único recurso disponível, visto que grande parte dessa população não tem acesso a medicamentos ou a alguma política de assistência farmacêutica (BOTSARIS, 2009).

As plantas medicinais podem ser utilizadas de distintas formas conforme diferentes racionalidades médicas, quando é o caso de estarem inseridas (ANTONIO; TESSER; MORETTI-PIRES, 2013). Nesse aspecto, estando inseridas em alguma racionalidade ou constituindo-se apenas como um recurso terapêutico inerente a uma cultura tradicional, algumas referências propõem uma classificação dos cuidados através da fitoterapia de acordo com o contexto social em que as plantas medicinais são utilizadas.

A *fitoterapia familiar* é aquela pertencente à rede de apoio social do usuário, onde são utilizadas práticas autônomas e informais da fitoterapia (remédios caseiros), em geral sem um registro escrito, enquanto a *fitoterapia popular* é a praticada por especialistas populares não profissionalizados, como parteiras, benzedeiras e raizeiros (ANTONIO; TESSER; MORETTI-PIRES, 2013).

Estas formas comunitárias de uso da fitoterapia constituem-se, mais do que tudo, em um importante aporte cultural, cidadão e político, este último enquanto afirmação do autocuidado, que jamais podem ser desconsiderados, visto que em nosso país, “*certos movimentos populares e religiosos chegam a estruturar até mesmo verdadeiras linhas de produção “farmacêutica” nessa área*”. Assim, mesmo oferecendo informações conflitantes, como a nomenclatura das plantas, uniformização de dose, posologia e duração de tratamento, estabelecendo às vezes limites ao uso profissional, é preciso ter ciência de que estas formas de uso são parte integrante dos programas públicos de fitoterapia, sendo necessário reconhecer sua potência no fortalecimento da educação em saúde e do vínculo com o usuário (BRASIL, 2012a).

O conhecimento popular das plantas se perpetua em meio as lacunas deixadas pelo sistema biomédico, frente às posturas de negação dos profissionais, o que levou a população a criar formas de falar sobre suas práticas sem repressões, a exemplo da denominação das ervas com nomes comerciais de medicamentos industrializados, como *anador, dipirona, novalgina, insulina e bactrim* (ARAUJO, 2002).

Embora o uso comunitário da fitoterapia apresente características distintas da realidade profissional, uma maior aproximação entre ambos é necessária na busca do conhecimento da significação de saúde sob a ótica de diferentes culturas, rompendo os limites da biomedicina que não considera as diferenças culturais como fator do adoecimento das pessoas (BADKE, 2008).

Quanto à *fitoterapia tradicional*, dá-se quando enraizada em uma cultura popular com identidade e longa tradição própria, como a medicina indígena brasileira, que traduz a medicina tradicional brasileira, diferindo, em geral, das práticas familiares e populares, a exceção de contextos específicos, como certas populações ribeirinhas amazônicas (ANTONIO; TESSER;



MORETTI-PIRES, 2013). Dessa forma, o item delimitante para sua classificação como fitoterapia tradicional seria o fato de não ser praticada isoladamente, como simples recurso ou método terapêutico, devendo estar sempre acoplada a um sistema médico, ou no que OMS chama de medicina tradicional (BRASIL, 2012a).

As culturas tradicionais compreendem a saúde não meramente como a ausência de doença, significando-a como um estado de equilíbrio espiritual, de convivência comunitária e ecológica, e embasando a partir desta compreensão a escolha de seus tratamentos, de forma a promover não somente a cura física, como o reestabelecimento do bem-estar (HOEFFEL, et al, 2011).

Segundo Diegues et al. (2000), o conhecimento tradicional é definido como “o conjunto de saberes e saber-fazer a respeito do mundo natural, sobrenatural, transmitido oralmente de geração em geração”. Entretanto, sistemas tradicionais milenares, como a medicina tradicional chinesa dispõe de relatos seculares sobre os usos de plantas medicinais.

Já a *fitoterapia científica* refere-se ao uso das plantas medicinais embasado por evidências científicas e apoiado na racionalidade biomédica (ANTONIO; TESSER; MORETTI-PIRES, 2013). Também chamada de fitoterapia científica ocidental, consiste no estudo do emprego clínico de plantas medicinais e fitoterápicos para finalidades terapêuticas, diagnósticas ou profiláticas, com base em dados científicos (mesmo que estudos tenham partido inicialmente de conhecimentos populares e tradicionais), através da realização de estudos pré-clínicos e clínicos a partir das plantas medicinais. Outro fator que embasa a fitoterapia científica é o estabelecimento de legislação específica, onde no Brasil se dispõe de diversas publicações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), como listagens nacionais de plantas medicinais e fitoterápicos e normas que regulamentam as boas práticas de cultivo, manipulação, fabricação e comercialização, além de normas para o registro medicamentos fitoterápicos (BRASIL, 2012a).

Os conceitos científicos contemporâneos relativos à fitoterapia abrangem a noção de fitocomplexo, ou seja, princípios ativos formados por grupos de substâncias ativas semelhantes, porém com diferentes ações nos receptores, modulando assim as funções do organismo (BOTSARIS, 2009). Trata-se das substâncias originadas no metabolismo primário e/ou secundário do vegetal que, em conjunto, são responsáveis pelos efeitos biológicos de uma planta medicinal ou de seus derivados (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA, 2010b).

A eficácia destes extratos quimicamente complexos resultou no seu uso, durante muitos anos por diferentes grupos étnicos, entretanto sua comprovação por testes clínicos ainda

é muito recente. A complexidade na composição dessas misturas multicomponentes, com substâncias ativas, parcialmente ativas e inativas é uma das principais razões para a reprodução dos seus efeitos farmacológicos desejados e este é o grande desafio que os químicos precisam vencer, padronizando o extrato para a prestação de maiores informações aos usuários quanto aos princípios ativos e suas concentrações (FERREIRA; PINTO, 2010).

O medicamento fitoterápico, pela sua própria definição, insere-se no contexto da fitoterapia científica e se constitui uma opção segura quanto a esta constância de seus princípios ativos. Segundo sua conceituação:

São considerados medicamentos fitoterápicos os obtidos com emprego exclusivo de matérias-primas ativas vegetais, cuja eficácia e segurança são validadas por meio de levantamentos etnofarmacológicos, de utilização, documentações tecnocientíficas ou evidências clínicas... São caracterizados pelo conhecimento da eficácia e dos riscos de seu uso, assim como pela reprodutibilidade e constância de sua qualidade... Não se considera medicamento fitoterápico aquele que inclui na sua composição substâncias ativas isoladas, sintéticas ou naturais, nem as associações dessas com extratos vegetais.

(ANVISA, 2010b, p. 85).

Por fim, o uso de plantas ainda pode ainda ser orientado por outras racionalidades médicas, como a chinesa e a ayurvédica que, no Brasil, são consideradas heterônomas (ANTONIO; TESSER; MORETTI-PIRES, 2013). As três racionalidades médicas institucionalizadas no Brasil até o momento (homeopatia, medicina tradicional chinesa/acupuntura e medicina antroposófica) possuem maior ou menor grau de relação com a fitoterapia enquanto recurso terapêutico em si ou como fonte de recursos terapêuticos, mesmo que não sejam protagonistas de cada sistema (BRASIL, 2012).

## **2.4 A fitoterapia e plantas medicinais na Atenção Básica à Saúde**

O conceito de Atenção Primária à Saúde (APS), no Brasil denominada Atenção Básica, foi trazido pela OMS em 1978, na 1ª Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata. Na ocasião, a APS era definida como:

...uma atenção à saúde essencial, baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente comprovadas e socialmente aceitáveis, cujo acesso seja garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade mediante sua plena participação, a um custo que a comunidade e o país possam suportar, em todas as etapas de seu desenvolvimento, com espírito de auto-responsabilidade e auto-determinação. A atenção primária é parte integrante tanto do sistema nacional de saúde, do qual constitui-se como função central e núcleo principal, como do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível de onde residem e trabalham as pessoas, constituindo o primeiro elemento de um processo permanente de assistência sanitária.

(OMS, 1979 apud CONASS, 2011, p. 13)

Em diferentes países do mundo, diversos termos foram aplicados a essa forma de organização dos sistemas de serviços de saúde, em função das variadas interpretações da sua abrangência e escopo, sua complexidade conceitual e a evolução da sua implementação. Em decorrência da percepção equivocada que a APS assumiu na primeira metade da década de 80, de “medicina para pobres”, no Brasil, a adoção do termo atenção básica pelo Ministério da Saúde, serviria para designar atenção primária, refletindo a necessidade de diferenciação entre a proposta da saúde da família e os “cuidados primários à saúde”. Entretanto, ultimamente a terminologia internacional APS vem sendo resgatada pelos órgãos nacionais (CONASS, 2011).

A atenção básica é definida pela sua política nacional (Política Nacional de Atenção Básica) como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, abrangendo a prevenção, promoção e proteção da saúde, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde visando uma atenção integral que impacte na situação de saúde das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida na forma de trabalho em equipe para o manejo das necessidades de saúde de maior frequência e relevância em populações de territórios definidos. Deve ser o contato preferencial dos usuários, principal porta de entrada e o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2012b).

Como forma de reorganização da atenção básica, o Ministério da Saúde assumiu a partir de 1994 a Estratégia de Saúde da Família (ESF), como novo modelo assistencial pautado no conceito ampliado de saúde. Sua estruturação se dá através da equipe de saúde composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS), podendo ser incluído o profissional dentista. As ações programáticas desenvolvidas pelas equipes devem ser orientadas pelos princípios básicos do SUS - universalização, descentralização, participação e integralidade (BARRA, 2013).

Em uma perspectiva ambígua, a ESF, e no contexto geral o SUS, cobra dos profissionais de saúde uma atenção integral à saúde. Entretanto, a conformação institucional atual fundamentada na biomedicina, que perdeu progressivamente, ou não desenvolveu a capacidade de exercício clínico fundamentada na integralidade, faz com que o saber e tradição recentes dos profissionais se mostrem centrados em algo que se assemelha ao contrário da integralidade (TESSER; LUZ, 2008).

A integralidade foi deslocada na sede, no espaço e no tempo: da relação com o curador para o conjunto dos serviços e curadores das profissões da saúde. Do espaço dos encontros entre curador-doente para o périplo pelas profissões, especialidades, instituições e laboratórios. Do tempo de tratamento personalizado centrado na evolução do doente e com ele compartilhado, que pode ser muito longo, para o tempo variável, indefinido e muitas vezes angustiante e vitalício dos prazos, filas, consultas,

coletas e realização de exames, retornos aos especialistas, uso dos remédios, administração e consertos dos efeitos adversos (estes, por vezes, geradores de novos diagnósticos, exames, tratamentos, etc.); tempo este que pouco se liga com a perspectiva do doente e "sua" evolução clínica, já que centrado na evolução das investigações e controles das doenças e riscos.  
(TESSER; LUZ, 2008, p. 201)

Indiscutivelmente, já se sabe que as questões de saúde das populações não são mais estritamente médicas, exigindo além de políticas públicas infra-estruturais, ligadas ao saneamento e educação, modelos médicos pouco custosos que não apelam a grande tecnologia cara e refinada ligada às especialidades, buscando uma visão global da saúde do cidadão, assegurando práticas adequadas de promoção e recuperação da saúde, com práticas alternativas de saúde, hábitos, estilos de vida e presença ativa do cidadão em face de sua doença, como é designado a atenção primária à saúde (LUZ, 2005).

Apesar de, mesmo os profissionais da ESF ainda serem preparados para uma abordagem da saúde centrada apenas nas doenças e com ações a elas restritas e longe do aspecto global do adoecimento, é na atenção básica que recaem as melhores possibilidades da inserção das Práticas Integrativas e Complementares (PIC) no cuidado integral à saúde, visto seu ambiente menos comprometido historicamente com a cultura das especialidades biomédicas (TESSER; LUZ, 2008) e por ser considerado mais favorável ao diálogo entre saberes, técnicas, tradições e racionalidades diversas leigas e especializadas em saúde (ANTONIO, TESSER, MORETTI-PIRES, 2013).

Entre as PIC no SUS, as plantas medicinais e fitoterapia são as mais presentes, segundo diagnóstico do Ministério da Saúde, com a maioria das experiências ocorrendo justamente na APS, onde alguns programas públicos de fitoterapia no SUS contam, inclusive com mais de 20 anos de existência (BRASIL, 2012a).

O mais importante destes programas, que se tornou referência nacional, são as Farmácias Vivas, concebidas como um projeto da Universidade Federal do Ceará há quase três décadas visando a melhoria da assistência à saúde e a missão de produzir fitoterápicos com qualidade, segurança e eficácia a partir de plantas medicinais validadas como opção terapêutica aos usuários do sistema municipal de saúde (BRASIL, 2012a). No ano 2010, a Farmácia Viva foi instituída no âmbito do SUS através da Portaria nº 886/2010, com a função de realizar todas as etapas, desde o 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 (BRASIL, 2010a).

Cerca de 82% da população brasileira utiliza produtos à base de plantas medicinais, seja pelo conhecimento da medicina tradicional, pelo uso na medicina popular ou nos sistemas

oficiais de saúde, como prática de cunho científico, orientada pelos princípios e diretrizes do SUS (RODRIGUES; DE SIMONI, 2010).

Em geral, para a maioria da população, as plantas medicinais são provenientes do domicílio próprio, de familiares, conhecidos, de mateiros e rezadeiras, ou ainda da rua. Poucas são as pessoas que procuram locais específicos, como farmácias ou lojas de produtos naturais. Diante deste aspecto, a adoção de farmácias-vivas poderia favorecer a garantia acesso e de qualidade às plantas utilizadas pela população, com a minimização dos erros de identificação das espécies, visto que teriam a possibilidade de compor sua farmácia caseira com plantas certificadas por profissionais especializados (VEIGA-JUNIOR, 2008).

Maravai et al. (2011), identificou em grande parte da população de seu estudo o interesse pela inserção da fitoterapia no SUS, através da disponibilização de medicamentos à base de plantas medicinais e mudas para cultivo domiciliar, além do desejo em receber informações sobre a sua utilização por profissionais de saúde.

Independente da implantação de um serviço de fitoterapia, a unidade de saúde em si já é um espaço para propagação da cura pelas plantas medicinais, onde entre uma consulta e outra, enquanto aguardam nas filas de espera, os usuários trocam suas experiências e, quando exitosas, retornam a unidade para deixar a receita que os curou. Dessa forma, existe coerência na apropriação da unidade de saúde como espaço centralizador dessas informações (ARAUJO, 2002).

A grande parcela da população usa as plantas medicinais geralmente por indicação de pessoas que trabalham em outras racionalidades populares, como benzedeiros, vendedor de ervas, além de familiares e outras fontes de informação, como a internet, sendo raramente o uso é feito por prescrição médica (SIMIONATO; GRANADA; EDELWEISS, 2012).

A utilização de plantas medicinais proporcionado pelo conhecimento adquirido principalmente no ambiente familiar tem a mulher como principal detentora e transmissora do saber (BADKE, 2008; PIRIZ et al., 2013). Estas possuem grande influência em suas comunidades, onde se tornam fontes de conhecimento e cuidado à saúde, sendo perceptível a estas pessoas a falta de interligação das práticas com plantas medicinais nos sistemas de saúde (PIRIZ et al., 2013).

A falta de conhecimento e desvalorização dos profissionais sobre estas práticas geram a falta de confiança dos usuários em expor seus conhecimentos populares por medo de repreensão pelo profissional, vergonha ou simplesmente por não considerar relevantes estas informações. Entretanto, estas práticas inevitavelmente são utilizadas e não relatadas durante os atendimentos (BADKE, 2008).

Por constituírem-se em uma mistura complexa de componentes químicos, as plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos podem apresentar diversos mecanismos de ação e quando administrados concomitantemente com determinados fármacos, podem ocorrer interações medicamentosas, alterando os seus perfis de eficácia e segurança. Estas interações, em geral, não são identificadas, justamente em função da omissão do uso da fitoterapia pelos usuários (ALEXANDRE; BAGATINI; SIMÕES, 2008).

Alguns estudos quantificam esta omissão de comunicação do uso de plantas medicinais aos profissionais de saúde em cerca de 40% (GURLEY et al., 2002 apud DIAS; SALGUEIRO, 2009), 60% (VEIGA-JUNIOR, 2008) e 74% (CANTARELLI, 2012). Assim, os profissionais de saúde precisam ser treinados para questionar os pacientes sobre o uso de plantas medicinais e fitoterápicos, devendo, inclusive serem incentivados a notificar possíveis reações ocorridas, fortalecendo o seu uso racional por acúmulo de informações (BALBINO; DIAS, 2010).

Este problema merece atenção, visto as mudanças no padrão de morbidade, com aumento da expectativa de vida e na prevalência das doenças crônicas, levando aos tratamentos farmacológicos serem cada vez mais combinados com terapias alternativas, incluindo plantas medicinais (SILVA; HAHN, 2011), onde o uso é mais acentuado na população idosa (BRASILEIRO et al., 2008).

Diversos são os motivos pelos quais a população utiliza a fitoterapia e plantas medicinais na recuperação e manutenção da sua condição de saúde, como: a crença no seu poder de cura; a preferência por produtos naturais; a maior confiança nas plantas diante do desconhecimento das composições dos medicamentos industrializados; a menor ocorrência de efeitos colaterais e apesar da resposta terapêutica mais lenta, comparado aos alopáticos, sua maior disponibilidade os torna mais eficazes. Dessa forma, a prescrição dessas práticas nas USF, possibilita sua utilização de forma mais segura para a população (TOMAZZONI; NEGRELLE; CENTA, 2006).

A percepção do indivíduo sobre o seu tratamento pode influenciar diretamente no sucesso terapêutico, e em geral, a confiança na terapia e no profissional de saúde é considerado um fator desencadeante deste sucesso. A percepção positiva da terapia fitoterápica tem levado a mudanças na vida e o alcance de níveis satisfatórios de saúde dos seus usuários (LOURES et al., 2010).

A oferta de ações e serviços de fitoterapia na atenção básica permite não só satisfação e benefícios diretos a seus usuários, como também em sua relação com a Equipe Saúde da Família, como: a revitalização do conhecimento popular/ tradicional das comunidades,

umentando a autoestima; o estreitamento de laços com a ESF, reforçando-a como principal porta de entrada do SUS; a troca de saberes, que permite a identificação de líderes locais e a formação de alianças, fortalecendo o controle social; maior fluidez da educação em saúde, quando há espaço para a troca de experiências; empoderamento em relação a essa forma de cuidado, favorecendo maior envolvimento, autonomia e corresponsabilização do usuário em seu tratamento; redução da medicalização excessiva e o fortalecimento do princípio da integralidade em saúde (BRASIL, 2012a).

Os saberes populares e tradicionais são uma via de aproximação do profissional da saúde e usuário, devendo se orientar pelos princípios da solidariedade, reciprocidade, respeito e a valorização mútua. Esta interação pode ocorrer em encontros para compartilhamento de experiências, como: identificação das plantas, indicações, modo de preparo e formas de uso pela comunidade, enquanto os profissionais capacitados podem correlacionar estes relatos com evidências científicas disponíveis e informações sobre composição química, ação farmacológica e nutricional, toxicidade, contraindicações, posologia e interações medicamentosas (ANTONIO; TESSER; MORETTI-PIRES, 2013).

Os problemas simples de saúde são responsáveis por cerca de 95% dos atendimentos da atenção primária à saúde no SUS. Em virtude do seu perfil de ação, as plantas medicinais têm grande aplicabilidade nestes problemas, visto que toda a medicina popular se desenvolveu a partir das queixas simples. Os fitoterápicos possuem alta efetividade terapêutica e podem substituir aproximadamente 50% dos medicamentos mais prescritos no atendimento primário à saúde com uma relação custo-benefício bem maior, além da possibilidade de minimização dos efeitos colaterais. Um exemplo disso são as plantas medicinais com evidências clínicas de utilização como antiinflamatório que também protegem o sistema gástrico (BOTSARIS, 2009).

Entretanto, deve-se reconhecer qual lugar a fitoterapia ocupa na farmacoterapia moderna e a importância do emprego de cada fitoterápico de acordo com sua eficácia e segurança. Considerando que existem produtos vegetais com graus de potência farmacológica que vão dos muito potentes aos relativamente potentes e os de potência intermediária, o ideal na prática terapêutica é a utilização de produtos com atividade suave ou moderada, com margem terapêutica relativamente ampla e que dão lugar a tratamentos menos agressivos. Deve ser considerada especialmente útil em patologias leve a moderadas, assim como nas enfermidades crônicas, não devendo, entretanto, desconsiderar critérios de qualidade e segurança (CARVALHO, 2012).

O seguimento clínico e a evolução dos casos na fitoterapia devem seguir igualmente as do fazer clínico biomédico, onde a elaboração de protocolos clínicos e diretrizes são bons

aliados para o tratamento de doenças definidas, com respaldo científico, e preferencialmente no contexto de linhas de cuidado, o que facilita o planejamento e acompanhamento dos casos, com definição de tempo de tratamento, orientações sistemáticas quanto às precauções, interações, reações adversas e contraindicações (BRASIL, 2012a).

Embora a fitoterapia que se disponha hoje como arsenal tecnológico do SUS configure a fitoterapia científica ocidental, esta só se conformará um diferencial relevante se o fizer em um contexto de cuidado integral, e não exclusivamente como mais um recurso farmacológico, onde os medicamentos alopáticos já fazem esse papel. Nessa perspectiva, a fitoterapia deve estar associada a outros recursos terapêuticos, como práticas nutricionais e corporais, compondo a racionalidade complexa da qual a fitoterapia pertence (BRASIL, 2012a).

Existem alternativas em fitoterapia para diversos medicamentos como: benzodiazepínicos e sedativos, como a analgésicos e antitérmicos; antiinflamatórios; corticosteróides; broncodilatadores; protetores da mucosa gástrica, entre outros tipos de medicamentos. Como exemplos da aplicação da fitoterapia na atenção básica, a princípio pode-se relatar o benefício sobre a redução da quantidade de benzodiazepínicos e sedativos prescritos nos serviços de saúde com plantas medicinais como a *Valeriana officinalis*; como opção aos corticosteroides em problemas alérgicos, a *Glycyrrhiza glaba*, que tem toda a farmacologia descrita, além de outras plantas com nível de evidência clínico, farmacológico e etnofarmacológico suficiente para permitir seus usos na atenção primária. Entre elas, a *Melissa officinalis*, a *Salix alba*, a *Curcuma longa* e a *Cordia verbanacea* (BOTSARIS, 2009).

Outra planta largamente estudada por estudos clínicos é o *Ginkgo biloba* L. É utilizado na prática clínica para tratamento dos distúrbios de memória, demência, labirintite, em doenças psiquiátricas, na depressão, para aumento da atividade e libido sexual, entre outros (PUPPO; SILVA, 2008).

As ervas Papaína (*Carica Papaya*) e Aroeira (*Myracrodruon urundeuva* Allemão) configuram-se importantes alternativas fitoterápicas no cenário nacional, apresentando resultados expressivos na recuperação de pacientes com úlceras de pressão e úlceras crônicas dos membros inferiores, sendo estas espécies cultivadas e disponibilizadas em farmácias vivas (SILVA et al, 2012).

Diante do exposto, percebe-se que a ampliação das ações em plantas medicinais e fitoterapia, enquanto Prática Integrativa e Complementar reforça e revitaliza ações de interculturalidade, visto que tais práticas envolvem diferentes formas de saber, seja tradicional, popular ou científico, e pela sua característica intersetorial e multiprofissional, vindo a fortalecer os princípios da universalidade e da integralidade do SUS (BRASIL, 2012a).



## 2.5 Regulamentação atual da fitoterapia enquanto Prática Integrativa e Complementar no Brasil

O campo das práticas integrativas, alternativas ou complementares em saúde no Brasil contemporâneo constitui fenômeno de crescente visibilidade. Tais recursos têm sido apropriados e difundidos por clínicas particulares, comunidades tradicionais, igrejas, movimentos sociais e entidades não governamentais, com abrigo também em serviços públicos de saúde. Essas práticas e métodos de atenção plantou regulamentações de estímulo à difusão da Medicina complementar em saúde que passaram a ser investigados e validados por organismos governamentais, de tal modo que recentemente o próprio Ministério da Saúde implantou regulamentações de estímulo à difusão da Medicina complementar.  
(ANDRADE; COSTA, 2010. p. 498)

Para a implantação de determinadas políticas de saúde, a construção da situação de saúde local para orientação do modelo de atenção a ser seguido é imprescindível. Para tanto, é necessário conhecer como vivem as pessoas, quais são seus costumes, seus valores e crenças, fatores estes que podem interferir no processo saúde-doença (TOMAZZONI; NEGRELLE; CENTA, 2006).

A regulamentação das PICs e por consequência, da fitoterapia, no Brasil tiveram forte influência das recomendações da OMS a seus Estados-Membros para a incorporação da medicina tradicional e complementar/alternativa (MT/MCA) em seus sistemas nacionais de saúde.

Desde 1978, a partir da Declaração de Alma-Ata, fruto da 1ª Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, a OMS recomenda aos países membros a identificação e valorização das práticas tradicionais de saúde em seus territórios. Era isto o reconhecimento oficial da fitoterapia com finalidade profilática, curativa e terapêutica e o primeiro aceno a valorização dos seus aspectos popular e tradicional (BRASIL, 2012a).

A partir daí diversos documentos e resoluções se seguiram contemplando as práticas tradicionais em saúde. Entretanto, um dos mais importantes documentos nesse sentido foi a “*Estratégia da OMS para a Medicina Tradicional para 2002-2005*”, contemplando diagnóstico, desafios e potencialidades da Medicina Tradicional. A estratégia esboçava o próprio papel da OMS e fornecia um quadro de ação para seus estados-membros visando a permitir um maior desempenho da MT/MCA na redução da mortalidade e morbidade, especialmente entre populações empobrecidas, através de quatro objetivos:

- Política – Integrar a MT/MCA com sistemas nacionais de saúde através do desenvolvimento e implementação de políticas e programas nacionais;

- Segurança, eficácia e qualidade – Promover estas características ao campo das MT/MCA expandindo a base do seu conhecimento e fornecendo orientação sobre regulação e normas de garantia de qualidade;
- Acesso – Aumentar a disponibilidade e acessibilidade da MT/MCA, com ênfase no acesso pelas populações pobres;
- Uso racional – Promover o uso terapêutico apropriado da MT/MCA por provedores e consumidores (WHO, 2002).

Em atendimento a tais recomendações da OMS e de deliberações de diversas Conferências Nacionais de Saúde, em Junho de 2003 foi constituído pelo Ministério da Saúde um grupo de trabalho para discussão e implementação das ações no sentido de se elaborar uma política nacional neste âmbito. Foi executado com esta finalidade um diagnóstico situacional nacional com destaque para a inserção dessas práticas no SUS, o levantamento da capacidade instalada, o número e o perfil dos profissionais envolvidos, a capacitação de recursos humanos, a qualidade dos serviços, entre outros. Após a consolidação dos trabalhos, chegou-se a elaboração da Proposta de Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares, apresentada ao Conselho Nacional de Saúde para aprovação em 2005 e após algumas alterações recomendadas em seu conteúdo e nomenclatura passou a se denominar Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares– PNPIC, sendo aprovada por fim em Fevereiro de 2006 e publicada através da Portaria Ministerial nº 971 em 03 de maio de 2006. A política veio a contemplar os sistemas: medicina tradicional chinesa/acupuntura, homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia, além do termalismo social/crenoterapia e medicina antroposofica (BRASIL, 2008a).

Entre os objetivos da PNPIC estão:

- Incorporar e implementar a PNPIC no SUS, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde;
- Contribuir ao aumento da resolubilidade do Sistema e ampliação do acesso à PNPIC, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso;
- Promover a racionalização das ações de saúde, estimulando alternativas inovadoras e socialmente contributivas ao desenvolvimento sustentável de comunidades;
- Estimular as ações referentes ao controle/participação social, promovendo o envolvimento responsável e continuado dos usuários, gestores e trabalhadores nas diferentes instâncias de efetivação das políticas de saúde (BRASIL, 2006a).

No campo das plantas medicinais, a PNPIC-SUS traz algumas diretrizes: formação e educação permanente dos profissionais de saúde, provimento do acesso do usuário e do seu uso racional no SUS, fortalecimento e ampliação da participação popular e do controle social, garantia do monitoramento da qualidade dos fitoterápicos pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, estabelecimento de política de financiamento para desenvolvimento de ações no SUS, além do acompanhamento e avaliação destas ações, incentivo a pesquisa e elaboração da Relação Nacional de Plantas Medicinais e da Relação Nacional de Fitoterápicos (BRASIL, 2008a).

A realização em 2001 pelo Ministério da Saúde do Fórum para formulação de uma proposta de Política Nacional de Plantas Medicinais e Medicamentos Fitoterápicos e em 2003 do Seminário Nacional de Plantas Medicinais, Fitoterápicos e Assistência Farmacêutica aportaram contribuições importantes para a formulação desta Política Nacional, como concretização de uma etapa para elaboração da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos – PNPMF (BRASIL, 2008a).

A PNPMF, por sua vez foi aprovada, também no ano 2006, por meio do Decreto nº 5.813, de 22 de junho de 2006, estabelecendo diretrizes e linhas prioritárias com a pretensão de garantir o acesso seguro e uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos no país, o desenvolvimento de tecnologias e inovações, assim como fortalecer as cadeias e arranjos produtivos, promover o uso sustentável da biodiversidade brasileira e o desenvolvimento do Complexo Produtivo da Saúde. No que tange a garantia de acesso a plantas medicinais e fitoterápicos, a PNPMF incentiva a ampliação das opções terapêuticas e serviços em fitoterapia no SUS, com perspectiva na integralidade, visando a melhoria da atenção à saúde da população e à inclusão social (BRASIL, 2006b).

Para garantir a efetivação da PNPMF foi constituído um grupo de trabalho interministerial para elaboração do Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, em conformidade com as diretrizes e linhas prioritárias da Política Nacional, aprovado através da Portaria Interministerial nº 2960, de 9 de dezembro de 2008. O programa, com vistas a atingir as diretrizes da política traz os objetivos em relação às plantas medicinais e fitoterápicos de (BRASIL, 2009c):

- Construir e/ou aperfeiçoar marco regulatório em todas as etapas da cadeia produtiva (boas práticas de cultivo, manipulação e produção);
- Fomentar a pesquisa e o desenvolvimento de tecnologias e inovações nas diversas fases da cadeia produtiva;

- Desenvolver estratégias de comunicação, formação técnico-científica e capacitação no setor;
- Inserir serviços relacionados no SUS, com segurança, eficácia e qualidade, em consonância com as diretrizes da PNPIC;
- Promover e reconhecer as práticas populares e tradicionais de seu uso como remédios caseiros;
- Promover o uso sustentável da biodiversidade e a repartição dos benefícios decorrentes do acesso aos recursos genéticos de plantas medicinais e ao conhecimento tradicional associado;
- Promover a inclusão da agricultura familiar nas cadeias e nos arranjos produtivos;
- Estabelecer mecanismos de incentivo ao desenvolvimento sustentável das cadeias produtivas, com vistas ao fortalecimento da indústria farmacêutica nacional e incremento das exportações de fitoterápicos e insumos relacionados;
- Estabelecer uma política intersetorial para o desenvolvimento socioeconômico na área (BRASIL, 2009c).

Dentro do objetivo do Programa relacionado ao SUS, a principal diretriz, de garantir e promover a segurança, a eficácia e a qualidade no acesso às plantas medicinais e fitoterápicos, pode ser dar através da oferta de serviços, estabelecendo critérios técnicos para seu uso em todos os níveis de complexidade em caráter multiprofissional e mediante a qualificação profissional, ou através do acesso de qualidade, onde para atingir esta meta, recomenda-se, além da disponibilização de plantas medicinais e fitoterápicos, outras ações como a criação da Relação Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, do seu Memento Terapêutico e de protocolos terapêuticos específicos, além do Formulário Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (BRASIL, 2009c).

Um passo importante para a consolidação da fitoterapia no SUS foi a inclusão de medicamentos fitoterápicos entre as opções terapêuticas recomendadas pelo Ministério da Saúde para tratamento aos agravos da atenção básica à saúde e passíveis de financiamento por tal órgão.

A partir do ano 2007, o Ministério da Saúde possibilitou o financiamento de medicamentos fitoterápicos para dispensação na rede pública de saúde para atenção aos agravos da atenção básica. Isto se deu pela Portaria nº 3.237 de 24 de Dezembro de 2007, onde dois medicamentos fitoterápicos foram incluídos no Elenco de Referência de medicamentos e insumos complementares para a assistência farmacêutica na atenção básica em saúde. Foram

eles a Espinheira Santa (*Maytenus ilicifolia*) e o Guaco (*Mikania glomerata* Sprengl) (BRASIL, 2007).

No final do ano 2010, com a aprovação da Portaria nº 4.217, de 28 de Dezembro de 2010, novos medicamentos fitoterápicos foram incluídos no Elenco de Referência Nacional do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, totalizando oito. São eles: Espinheira-santa, Guaco, Alcachofra, Aroeira, Cáscara-sagrada, Garra-do-diabo, Isoflavona de soja e Unha-de-gato, todos destinados a atender aos agravos prevalentes e prioritários da Atenção Básica (BRASIL, 2010b).

Atualmente, doze medicamentos fitoterápicos encontram-se dispostos na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) – 2013 em seu bloco “Componente Básico da Assistência Farmacêutica”, estes regulamentados pela Portaria nº 533, de 28 de março de 2012, que estabeleceu o elenco de medicamentos e insumos apresentados nesta RENAME (BRASIL, 2012c; BRASIL, 2013). O quadro 1 detalha tais fitoterápicos, suas indicações e apresentações.

**Quadro 1:** Fitoterápicos constantes na Relação Nacional de Medicamentos – RENAME 2013

Nome popular/ Nome científico	Indicação/ação	Apresentação
Alcachofra ( <i>Cynara scolymus</i> L.)	Tratamento dos sintomas de dispepsia funcional (síndrome do desconforto pós-prandial) e de hipercolesterolemia leve a moderada. Apresenta ação colagoga e colerética.	Cápsula, comprimido, drágea, solução oral e tintura
Aroeira ( <i>Schinus terebinthifolius</i> Raddi)	Apresenta ação cicatrizante, anti-inflamatória e anti-séptica tópica, para uso ginecológico.	Gel e óvulo
Babosa ( <i>Aloe vera</i> (L.) Burm. F.)	Tratamento tópico de queimaduras de 1º e 2º grau e como coadjuvante nos casos de Psoríase vulgaris	Creme
Cáscara-sagrada ( <i>Rhamnus purshiana</i> DC.)	Coadjuvante nos casos de obstipação intestinal eventual	Cápsula e tintura
Espinheira-santa ( <i>Maytenus officinalis</i> Mabb.)	Coadjuvante no tratamento de gastrite e úlcera gastroduodenal e sintomas dispepsia	Cápsula, emulsão, solução oral e tintura
Guaco ( <i>Mikania glomerata</i> Spreng.)	Apresenta ação expectorante e broncodilatadora	Cápsula, solução, oral, tintura e xarope
Garra-do-diabo ( <i>Harpagophytum procumbens</i> )	Tratamento da dor lombar baixa aguda e como coadjuvante nos casos de osteoartrite. Apresenta ação anti-inflamatória	Cápsula, comprimido
Hortelã ( <i>Mentha x piperita</i> L.)	Tratamento da síndrome do cólon irritável. Apresenta ação antiflatulenta e antiespasmódica	Cápsula
Isoflavona-de-soja ( <i>Glycine max</i> (L.) Merr.)	Coadjuvante no alívio dos sintomas do climatério	Cápsula e comprimido

Plantago ( <i>Plantago ovata</i> Forssk.)	Coadjuvante nos casos de obstipação intestinal habitual. Tratamento da síndrome do cólon irritável	Pó para dispersão Oral
Salgueiro ( <i>Salix alba</i> L.)	Tratamento de dor lombar baixa aguda. Apresenta ação antiinflamatória	Comprimido
Unha-de-gato ( <i>Uncaria tomentosa</i> (Willd. ex Roem. & Schult.))	Coadjuvante nos casos de artrites e osteoartrite. Apresenta ação antiinflamatória e imunomoduladora	Cápsula, comprimido e gel

Fonte: BRASIL, 2013

A RENAME consiste em uma diretriz da Política Nacional de Medicamentos e entre suas prioridades está a revisão permanente dessa Relação (BRASIL, 1998). Segundo a OMS, os medicamentos essenciais são:

...aqueles os que satisfazem as necessidades prioritárias de saúde da população. São selecionados levando em conta sua relevância na saúde pública, provas de sua eficácia e segurança e seu custo-efetividade. Devem estar sempre disponíveis no sistema de saúde, nas quantidades suficientes, em formas farmacêuticas apropriadas, com garantia de qualidade e informações adequadas e a preços que os indivíduos e a comunidade possam pagar.  
(OMS, 2002, p.1)

Dessa forma, os medicamentos essenciais refletem as necessidades coletivas e não individuais ou de segmentos específicos, não devendo ser entendidos como agentes terapêuticos de segunda categoria selecionados para aqueles socioeconomicamente desfavorecidos (BRASIL, 2010c).

Em Fevereiro de 2009, o Ministério da Saúde publicou a Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS (RENISUS), que apresenta uma lista de 71 plantas medicinais indicadas para uso terapêutico da população (BRASIL, 2009a). A lista foi divulgada no intuito de priorização das pesquisas e investimentos em tais plantas prioritárias, para que sejam utilizadas com segurança e eficácia em suas diversas formas de apresentação: material vegetal *in natura*, material vegetal seco, medicamentos manipulados e industrializados (CARVALHO, 2011).

A avaliação de aspectos importantes na esfera da utilização terapêutica de plantas medicinais, como a eficácia e a segurança, tem sido preocupação frequente das autoridades regulatórias, refletindo-se na normatização dos medicamentos fitoterápicos, plantas medicinais e derivados vegetais (GONÇALVES et al., 2013).

Em relação aos medicamentos fitoterápicos, a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº14, de 31 de março de 2010 é a regulamentação vigente que dispõe sobre o registro de medicamentos fitoterápicos, estabelecendo em seu conteúdo os requisitos mínimos para tal

registro, tendo sido precedida pelas RDC nº 17, de 2000 e RDC nº 48, de 2004, que tratavam do mesmo objetivo (ANVISA, 2010b).

Neste aspecto, também é importante citar a Instrução Normativa nº 5 de 11 de Dezembro de 2008, que dispõe da lista de medicamentos fitoterápicos de registro simplificado, abrangendo 32 espécies vegetais em condições definidas que não precisam validar suas indicações terapêuticas e segurança de uso (ANVISA, 2008a).

Outra relevante norma que surgiu em virtude da falta de uniformidade ente bulas de medicamentos fitoterápicos com mesma droga vegetal produzidos por diferentes empresas no mercado, foi a RDC nº 95, de 11 de Dezembro de 2008, que regulamenta o texto de bula de medicamentos fitoterápicos obtidos a partir dos derivados das drogas vegetais de determinadas espécies, entendendo que esta ação configura-se essencial para a promoção do seu uso racional com efeito direto na saúde pública (ANVISA, 2008b).

No que se refere a derivados vegetais, a Resolução - RDC nº 10, de 9 de Março de 2010, que dispõe sobre a notificação de drogas vegetais junto à ANVISA, surgiu em função da necessidade de contribuir para a construção do marco regulatório para produção, distribuição e uso de plantas medicinais, particularmente sob a forma de drogas vegetais, de modo a garantir e promover a segurança, a eficácia e a qualidade no acesso a esses produtos. A resolução inclui apenas drogas vegetais de venda isenta de prescrição médica com efetividade amparada no uso tradicional e na revisão de dados da literatura destinadas ao uso episódico, oral ou tópico, para o preparo de infusões, decocções e macerações, não podendo ser notificadas drogas vegetais em qualquer outra forma (cápsula, tintura, comprimido, extrato, xarope, entre outros). Esta RDC não se aplica a plantas medicinais *in natura* cultivadas em Farmácias Vivas reconhecidas junto a órgãos públicos, devendo atender às condições estabelecidas em regulamento próprio (ANVISA, 2010a).

A farmácia viva foi oficialmente instituída no âmbito do SUS através da Portaria nº 886, de 20 de Abril de 2010, considerando a necessidade de ampliação da oferta de fitoterápicos e de plantas medicinais que atenda à demanda e às necessidades locais. A portaria regulamenta a realização de todas as etapas, desde o cultivo até a dispensação das preparações magistrais e oficinais de plantas medicinais e fitoterápicos, sendo vedada comercialização em qualquer das etapas (BRASIL, 2010a).

Também como consequência da PNPMF, foi publicado em 2011 o Formulário de Fitoterápicos da Farmacopeia Brasileira no intuito de oferecer suporte às práticas de manipulação e dispensação de fitoterápicos nos Programas de Fitoterapia no SUS. A publicação contém formulações reconhecidas como farmacopeicas, podendo ser manipuladas de modo a

estabelecer um estoque mínimo nos serviços. A seleção das espécies vegetais e formas farmacêuticas priorizaram as dispostas na RENISUS, havendo estudos científicos de todas as formulações incluídas, além de um histórico de utilização nos serviços de fitoterapia no país (ANVISA, 2011).

Encontra-se em fase de elaboração o Memento Terapêutico de Plantas Medicinais e Fitoterápicos que contemplará informações técnico-científicas para orientar prescritores e demais profissionais de saúde (BRASIL, 2012a).

Apesar de existir um 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 (ANTONIO; TESSER; MORETTI-PIRES, 2013), a fitoterapia, justamente por ser prática tradicional de saúde cientificamente comprovada como usada para fins terapêuticos por uma parcela significativa da população, pode atender a várias demandas de saúde da população, cabendo assim, aos governos assegurarem que esta prática não seja prejudicial, adotando aspectos que são úteis e estejam de acordo com as crenças populares (TOMAZZONI; NEGRELLE; CENTA, 2006).

Fica evidente que há esforços governamentais na implementação das plantas medicinais e fitoterápicos no arsenal terapêutico SUS, no entanto, ainda há muito que se caminhar no sentido de garantir a população o acesso, a ampliação dos serviços e a capacitação dos profissionais para a correta prescrição e manejo das plantas medicinais (SANTOS et al., 2013).

## **2.6 Histórico das Práticas Integrativas e Complementares no município de Recife – Pernambuco – no período de 2004 a 2013**

O município de Recife, Pernambuco, mesmo antes da aprovação da PNPIC, em 2006, tem vivenciado experiências no âmbito das PIC. A necessidade da adoção de novas formas de atendimento terapêutico, embasada no contexto de mudanças sociais, demográficas e de transição epidemiológica para um perfil de doenças crônico-degenerativas ao qual a população estava inserida desencadeou a estruturação no município do “Programa de Práticas de Cuidados Integrals à Saúde” (BRASIL, 2009b).

O projeto começou a ser idealizado no ano de 2002 e resultou na implantação da Unidade de Cuidados Integrals à Saúde Professor Guilherme Abath – UCIS Guilherme Abath, em 2004, localizado no Distrito Sanitário II do município de Recife-PE. Por ser o único serviço de referência nos cuidados integrals à saúde, a princípio, a unidade atendia não só a esse distrito,



mas a todos os outros distritos, além de outros municípios que não faziam parte da região metropolitana de Recife – Pernambuco. O serviço dispunha de práticas complementares de promoção à saúde na perspectiva da visão integral do ser humano e do cuidado com o corpo na saúde e na doença; práticas essas, habitualmente, procuradas por pessoas de classe média, e não de baixa renda (BRASIL, 2009b).

O Programa objetivou atender aos usuários e cuidadores pertencentes à rede de atenção à saúde; disseminar as práticas de cuidados na rede de atenção básica e capacitar profissionais da rede de serviços, cuidadores e população. Incorporada à rede de atenção básica do município, os usuários chegam a UCIS através de encaminhamentos da rede de saúde, ou seja, Estratégia Saúde da Família, Programa de Agentes Comunitários de Saúde, Centros de Atenção Psicossocial, policlínicas e unidades convencionais. A unidade dispunha de práticas terapêuticas, posteriormente, formalizadas pela PNPIC, dentre as quais: fitoterapia, homeopatia, acupuntura, bioenergética, tantra ioga, nutrição saudável, Lian ong, Tai Chi Chuan, automassagem, dança e percussão (BRASIL, 2009b).

Em estudo realizado na UCIS Guilherme Abath, que avaliou o funcionamento da unidade e perfil dos usuários atendidos na triagem multiprofissional, durante os anos de 2005 a 2007, foi verificado um perfil predominantemente feminino, com idades entre 40 a 59 anos e com renda familiar acima de três salários mínimos, sugerindo que havia um maior conhecimento e procura pelas PIC nas classes economicamente mais diferenciadas. Com relação à problemática apresentada pelos usuários que levava a procura pelo serviço, estavam listadas principalmente as queixas relacionadas a dores (dores musculares, artroses, artrites, doenças reumáticas, enxaquecas), seguidas de queixas associadas à obesidade, aos distúrbios metabólicos, aos transtornos cardiovasculares e aos problemas relacionados à ansiedade e transtornos mentais. O estudo ainda verificou um aumento no número de procedimentos realizados ao longo dos três anos pesquisados, sugerindo indícios de uma maior divulgação e adesão da população à nova proposta de cuidados integrais à saúde (SILVA; SOUSA, 2011).

A implementação da política de práticas integrativas no município do Recife, tendo como marco inicial a implantação da UCIS Guilherme Abath, no ano de 2004, se deu em meio a mudanças políticas e inserção de novos atores na gestão municipal da saúde. O momento era favorável, em virtude da sensibilidade dos gestores às práticas integrativas e complementares. Entretanto, a construção da política mostrou-se elitista, a partir da análise do envolvimento dos diversos atores, onde o desenvolvimento da política se deu através da atuação de gestores do alto escalão, com pouca participação e discussão no conselho de saúde e com os profissionais. A população não teve participação na discussão da política, o que pode se relacionar a

dificuldades para o fortalecimento do serviço e para a ampliação no número de serviços que prestam esse tipo de atendimento, mantendo-se por anos a UCIS Guilherme Abath como o único serviço de referência para as PIC no município (SANTOS et al., 2011).

A ausência da participação popular no fortalecimento das PIC no município é reafirmada analisando-se as metas dispostas no Plano Municipal de Saúde 2006-2009, da cidade do Recife, produto das discussões e deliberações da 7ª Conferência Municipal de Saúde da cidade do Recife, realizada em Outubro de 2005. Fica evidente a superficialidade na qual as PIC foram abordadas na Conferência, se dando por meio de apenas duas propostas: “Capacitar às equipes da atenção básica para o uso da fitoterapia” e “Capacitar às equipes da atenção básica para estimular alternativas terapêuticas na assistência farmacêutica” (PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE, 2005).

A 9ª Conferência Municipal de Saúde (CMS) do Recife, realizada em Outubro de 2009, que teve como tema: “*Fortalecendo a participação e o controle social para a consolidação do SUS*”, trouxe propostas mais consistentes e objetivas direcionadas às práticas de cuidado integral à saúde. Além de representar um reflexo da mudança no panorama nacional em relação às PIC, proporcionada pela criação da PNPIC em 2006, o amadurecimento dessas propostas na 9ª CMS, nesse sentido, podem sugerir um possível incremento no interesse e participação popular em relação às terapêuticas alternativas, assim como dos profissionais atuantes na rede municipal de saúde.

Entre as deliberações da 9ª CMS, está elencada a implementação da Política de Saúde e Cuidado Integral (PSCI), através das propostas de: implantação dos programas de Fitoterapia, Medicina Chinesa, Antroposofia, Yogaterapia, Alimentação Saudável e correlatos; proporcionar atividades coletivas nos espaços públicos e equipamentos sociais; divulgação por materiais, eventos e fóruns das práticas integrativas implantadas na prefeitura da cidade do Recife, além da definição de novas unidades de referência em cuidados integrais, incluindo um Centro de Cuidados Integrais no Distrito Sanitário IV, em parceria com a Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), como um espaço para prática dos usuários e formação para os profissionais e estudantes da saúde (CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2009).

O Plano Municipal de Saúde 2010-2013 da cidade do Recife, tendo como base as deliberações da 9ª Conferência Municipal de Saúde, vem trazer as principais ações em saúde a serem realizadas no período. Dentro do campo das PIC, na programação plurianual do plano, merece destaque a implantação do Núcleo de Apoio em Práticas Integrativas (NAPI) na Unidade de Referência em Cuidados Integrais - UCIS Guilherme Abath; a implantação do Centro de Cuidados Integrais no Distrito Sanitário IV em parcerias com a UFPE e a criação de

Portaria Municipal que cria a Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares e o Núcleo de Apoio às Práticas Integrativas (PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE, 2009).

Em meados de 2010, a Secretaria de Saúde do Recife lançou o NAPI, destinado a trabalhar exclusivamente as PIC, conformando-se, na modalidade NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), criado pelo Ministério da Saúde através da Portaria GM nº 154/08, de 24 de janeiro de 2008 (BRASIL, 2008b). Sediado na UCIS Guilherme Abath, equipamento já existente e reconhecido por um setor da população, o NAPI consistia-se em uma equipe multiprofissional previamente atuante na referida unidade e reestruturada para atuação junto às Equipes de Saúde da Família dos Distritos Sanitários II e III do município de Recife. A equipe era composta por médicos Homeopata, Acupunturista, Nutricionista, Farmacêutico, Psicólogo, Terapeuta Ocupacional e Fisioterapeuta e tinha a proposta de uma oferta ampliada de atividades coletivas e individuais, de forma a promover o bem-estar e melhoria da qualidade de vida dos usuários (SAMPAIO, 2010).

A criação da Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares na cidade de Recife veio a se concretizar através da divulgação do Decreto Municipal da Prefeitura da Cidade do Recife, Portaria Municipal nº 122/12 de 06 de Julho de 2012, considerando o Plano Municipal de Saúde 2010/2013, produto da 9ª Conferência Municipal de Saúde. Com caráter de complementaridade e a função de integração entre os diferentes saberes e práticas de cuidado, as abordagens terapêuticas que integram as PIC para efeito da referida portaria são a Fitoterapia Brasileira; a Medicina Antroposófica; a Homeopatia; a Medicina Tradicional Chinesa, englobando acupuntura, Tai Chi Chuan, Lian Gong, automassagem e fitoterapia chinesa; a Medicina Ayurvédica, que engloba a massagem Ayurvédica, meditação, processos de limpeza e desintoxicação, fitoterapia indiana e yoga; além de outras práticas de reconhecido valor social e racionalidade científica (PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE, 2012). A portaria Municipal nº 122/12 criou também o NAPI, oficializando na cidade do Recife o dispositivo lançado pela Secretaria Municipal de Saúde em 2010 e em atuação na rede desde então.

O Centro Integrado de Saúde (CIS) surgiu como nova unidade de referência em PIC a partir de Dezembro de 2012, com a implantação de nova equipe NAPI na rede municipal de saúde. Composto por uma equipe de médico, fisioterapeutas, fonoaudiólogo, psicólogo, educador físico, assistente social, nutricionista, o NAPI vem a ampliar a rede de cuidado na atenção básica através de ações desenvolvidas no próprio território das Unidades de Saúde da Família ou no CIS que, além das Práticas Integrativas e Complementares, abriga uma oficina

de circo, uma rádio livre e uma Escola de Cinema, funcionando em parceria com a UFPE e permitindo aos estudantes fazerem do CIS um campo de prática (LINS, 2013).

O acesso do usuário ao CIS se dá através do acolhimento, sendo a partir daí traçado um plano terapêutico com a inserção do usuário nas práticas disponíveis pela unidade: Acupuntura, Terapia Comunitária, Automassagem, Psicomotricidade Relacional, Dança Circular, Liang Gong, Bioenergética, Yoga, Contação de História, Osteopatia, Flexibilidade, Biodança, TaiChiChuan, Atentividade, Constelação Familiar, Terapia Crânio Sacral, Aromaterapia e programas terapêuticos Saúde da Coluna e da Voz. Além destas práticas, são disponibilizadas também oficinas de Fitoterapia e Alimentação Saudável (LINS, 2013).

Atualmente, o CIS funciona como unidade de referência em PIC para os Distritos Sanitários IV, V e VI do município de Recife, enquanto a UCIS Guilherme Abath atende aos usuários dos distritos I, II e III. Estas unidades acolhem os usuários que chegam através de encaminhamentos das diversas unidades de saúde da rede SUS-Recife em conformidade com os territórios ao qual estão vinculadas.

## **2.7 Evolução das ações em plantas medicinais e fitoterapia no município de Recife – Pernambuco – no período de 2004 a 2013**

A fitoterapia enquanto medicina alternativa e complementar é trabalhada no Recife desde 2004, com a criação da UCIS Guilherme Abath, serviço de referência para cuidados integrais no município. A inserção da fitoterapia na UCIS, entretanto, não visava a produção de medicamentos fitoterápicos para a distribuição na rede de saúde. Seu objetivo era a capacitação de usuários do serviço, de residentes do Programa de Saúde da Família e de profissionais da rede municipal de saúde do Recife e de outros municípios, de forma a preparar facilitadores para o repasse desses conhecimentos em suas unidades de saúde e nas suas áreas de atuação (BRASIL, 2009b).

A capacitação em fitoterapia trazia a abordagem no ensino de identificação de espécies comuns na região e seus benefícios, para o preparo de soluções caseiras usadas no tratamento de diversos males, considerando os critérios de segurança e eficácia no uso das substâncias presentes nas plantas, sendo optado trabalhar com formulações conhecidas e de toxicologia também conhecida (BRASIL, 2009b).

Embora seja inegável a aceitação do uso de plantas medicinais pela população, percebe-se que, por anos, são modestos os esforços para a implementação da prática na rede SUS-Recife, sendo aparentemente mínima a participação popular nesse sentido, quando

analisamos as metas relacionadas ao tema no plano municipal de Saúde 2006-2009, construído a partir das propostas aprovadas na 7ª Conferência Municipal de Saúde da cidade do Recife, realizada em 2005. A temática é abordada superficialmente, assim como as práticas integrativas de um modo geral, estando relacionadas à capacitação das equipes da atenção básica para o uso e o estímulo da fitoterapia (PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE, 2005).

A partir da aprovação da PNPIC e mais especificamente, da PNPMF pelo Ministério da Saúde, ambas em 2006, novos estímulos refletem no planejamento de ações no âmbito da fitoterapia a nível municipal.

Nesse novo contexto nacional, a implementação da fitoterapia no município de Recife encontrou novos impulsos a partir da 9ª Conferência Municipal de Saúde da Cidade do Recife, em 2009, onde entre as deliberações resultantes está a proposta de implantação de um programa de fitoterapia e de assistência farmacêutica em fitoterapia, com garantia de oferta de medicamentos fitoterápicos na rede baseado nos princípios ativos estabelecidos pela Relação Nacional de Medicamentos Essenciais e perfil epidemiológico da rede municipal de saúde (CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2009).

No início do ano de 2012, houve a incorporação de seis medicamentos fitoterápicos, devidamente registrados na ANVISA, à lista de produtos disponibilizados na rede SUS do Recife como parte da expansão de práticas integrativas no SUS. Eram produtos que pretendiam atender a uma demanda já existente, principalmente nas equipes de Saúde da Família, e sua seleção se deu a partir de um consenso entre os médicos que já os prescreviam. A inclusão dos fitoterápicos ao arsenal de medicamentos do município não geraria imposição aos profissionais, entretanto se configuraria como incentivo a quem já adotava a prática, de forma a alcançar o uso racional de medicamentos e atender a necessidade de cada indivíduo, visto que a população já usa remédios à base de plantas, e nesse contexto o fitoterápico teria a vantagem de ser um produto industrializado com dose padronizada (SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO, 2012).

Entre os medicamentos fitoterápicos padronizados pela assistência farmacêutica municipal de Recife estão: a Arnica (*Arnica montana*: anti-inflamatória; a Erva-de-São-João (*Hipericum perforatum*: anti-inflamatória, calmante, cicatrizante, antisseborreica e antidepressiva); a Espinheira-Santa (*Maytenus ilicifolia*: antiácida, analgésica, antidispéptica, cicatrizante, digestiva, antiulcerosa, anti-inflamatória e antiespasmódica); o Guaco (*Mikania glomerata*: broncodilatadora, expectorante e antibacteriana); o Boldo-do-Chile (*Peumus boldus*: estimulante biliar, digestiva, sedativa, antibacteriana) e a Valeriana (*Valeriana officinalis*: tranquilizante, sedativa, relaxante, ansiolítica). A partir da experiência com esta

primeira inclusão, a Secretaria de Saúde do município pretendia avaliar a necessidade de inclusão de maior número de fitoterápicos na rede (SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO, 2012).

A Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares, que surge em 2012 como resposta às proposições apresentadas na 9ª CMS da cidade do Recife, incentiva o apoio e fortalecimento da fitoterapia no SUS Municipal através de estratégias como: o apoio técnico à criação e manutenção de hortas medicinais e para a implementação e funcionamento de farmácias vivas; a aquisição e distribuição de medicamentos fitoterápicos de acordo com as normas da ANVISA; e o apoio matricial e educação permanente aos profissionais de saúde para o uso racional de plantas medicinais (PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE, 2012).

No final de 2012, também em decorrência das proposições da 9ª CMS do Recife, a fitoterapia ganha novo espaço na rede de saúde, através da implantação do NAPI no Centro Integrado de Saúde (CIS). Funcionando como unidade de referência das práticas integrativas para os Distritos Sanitários IV, V e VI do município de Recife, o CIS vem oferecendo capacitação em plantas medicinais aos usuários das USF vinculadas a tais distritos, assim como aos profissionais e unidades de saúde que manifestam interesse em tal capacitação.

A 11ª Conferência Municipal de Saúde do Recife, realizada em Dezembro de 2013, que aprovou as diretrizes a nortear a elaboração do Plano Municipal de Saúde 2014-2017, trouxe entre suas deliberações algumas propostas para a promoção das práticas e cuidados integrais em saúde no sentido de consolidar serviços já em andamento, assim como para a disponibilização de novos serviços no sistema municipal de saúde.

As propostas relacionadas às PIC incluíram, entre outras, a implementação de novas equipes NAPI; a implantação de Unidades de Cuidados Integrativos em Saúde em todos os distritos sanitários do Recife, além da adequação da estrutura física das duas UCIS já existentes. Na esfera das plantas medicinais e fitoterápicos, a 11ª Conferência Municipal de Saúde do Recife, resultou nas propostas de implantação e manutenção de uma horta de plantas medicinais por Distrito Sanitário, no mínimo duas farmácias vivas e a garantia de disponibilização de fitoterápicos na rede de atenção básica com ampliação da oferta atual e inclusão de novos medicamentos fitoterápicos (CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2013).

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo principal**

Avaliar qual o impacto na prescrição e recomendação da fitoterapia pela Estratégia Saúde da Família após a inserção de medicamentos fitoterápicos na rede SUS-Recife e a criação da Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Determinar e comparar os perfis sócio-demográficos dos profissionais do serviço em dois momentos: antes e após a inserção de medicamentos fitoterápicos na rede SUS-Recife e a criação da Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares;
- Descrever as frequências das variáveis: conhecimento, uso pessoal, uso para a família, prescrição e recomendação das práticas de fitoterapia e de plantas medicinais entre os sujeitos do estudo nos dois momentos;
- Analisar as alterações significativas entre as frequências de tais variáveis nos dois momentos;
- Conhecer sobre a formação e o conhecimento sobre a implementação de ações no âmbito das práticas integrativas, com foco na fitoterapia/plantas medicinais, após a inserção de medicamentos fitoterápicos na rede SUS-Recife e a criação da Política;
- Analisar a associação entre a variável formação e as variáveis prescrição e recomendação das práticas de fitoterapia e plantas medicinais pelos sujeitos do estudo no segundo momento.

## **4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

### **4.1 Tipo de Estudo**

Esta pesquisa trata-se de um estudo descritivo de corte seccional e atributos de estudo de painel repetido.

Os estudos descritivos têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, também aquelas que visam descobrir a existência de associações entre variáveis. São inúmeros os estudos que podem ser classificados com este título e uma das características mais significativas está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, como por exemplo, o questionário (GIL, 2006).

O estudo seccional, ou transversal, é uma estratégia de estudo epidemiológico que se caracteriza pela observação direta de determinada quantidade de indivíduos em uma única oportunidade, estando relacionado à temporalidade. A aplicação mais comum está ligada à necessidade de conhecer de que maneira uma ou mais características (ou variáveis) tanto individuais como coletivas, distribuem-se em uma determinada população, em um dado período (MEDRONHO et al., 2009).

Na metodologia de painéis repetidos, um híbrido dos estudos seccionais, o interesse principal costuma ser a avaliação de impactos de mudanças induzidas sobre uma população dinâmica ao longo do tempo. Consistem em realizações de estudos seccionais em momentos variados, em uma mesma população, entretanto, sem repetir necessariamente as observações sobre os mesmos indivíduos selecionados no estudo inicial, onde cada estudo seccional corresponde a um painel (MEDRONHO et al., 2009).

O método de painéis repetidos foi utilizado em parte do estudo no intuito de avaliar se a prescrição e a recomendação da fitoterapia pela Estratégia Saúde da Família sofreu impacto após a inserção de medicamentos fitoterápicos na rede SUS-Recife e a criação da Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares.

### **4.2 Local do Estudo**

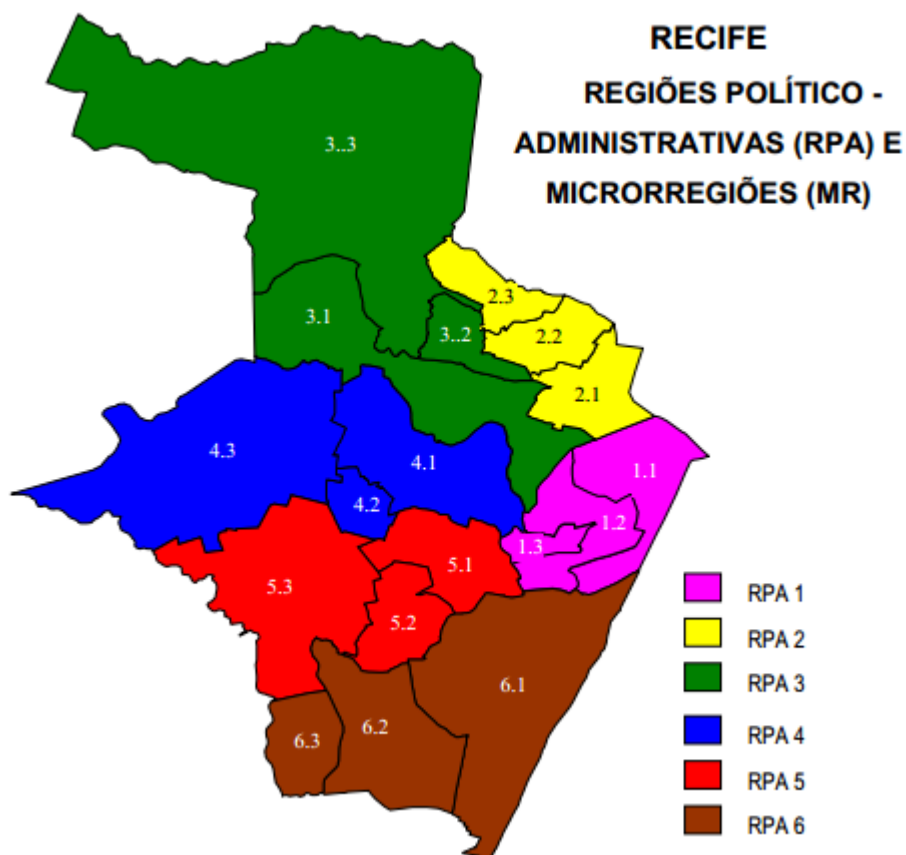
A pesquisa foi desenvolvida nas Unidades de Saúde da Família (USF) pertencentes ao Distrito Sanitário IV (DS IV) do município de Recife.

O território da cidade do Recife é subdividido, desde o ano de 1988, em 94 bairros, por meio do Decreto nº 14.452/88. Para efeito de planejamento e gestão, o município é dividido em



6 Regiões Político-Administrativas (RPA), nas quais cada uma destas é subdividida em três microrregiões (Figura 1). Para o setor saúde, cada uma das (RPA) é definida como Distrito Sanitário (PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE, 2005).

**Figura 1:** Representação gráfica da divisão do território do Recife em Regiões Político-Administrativas (RPA) e Microrregiões (MR).

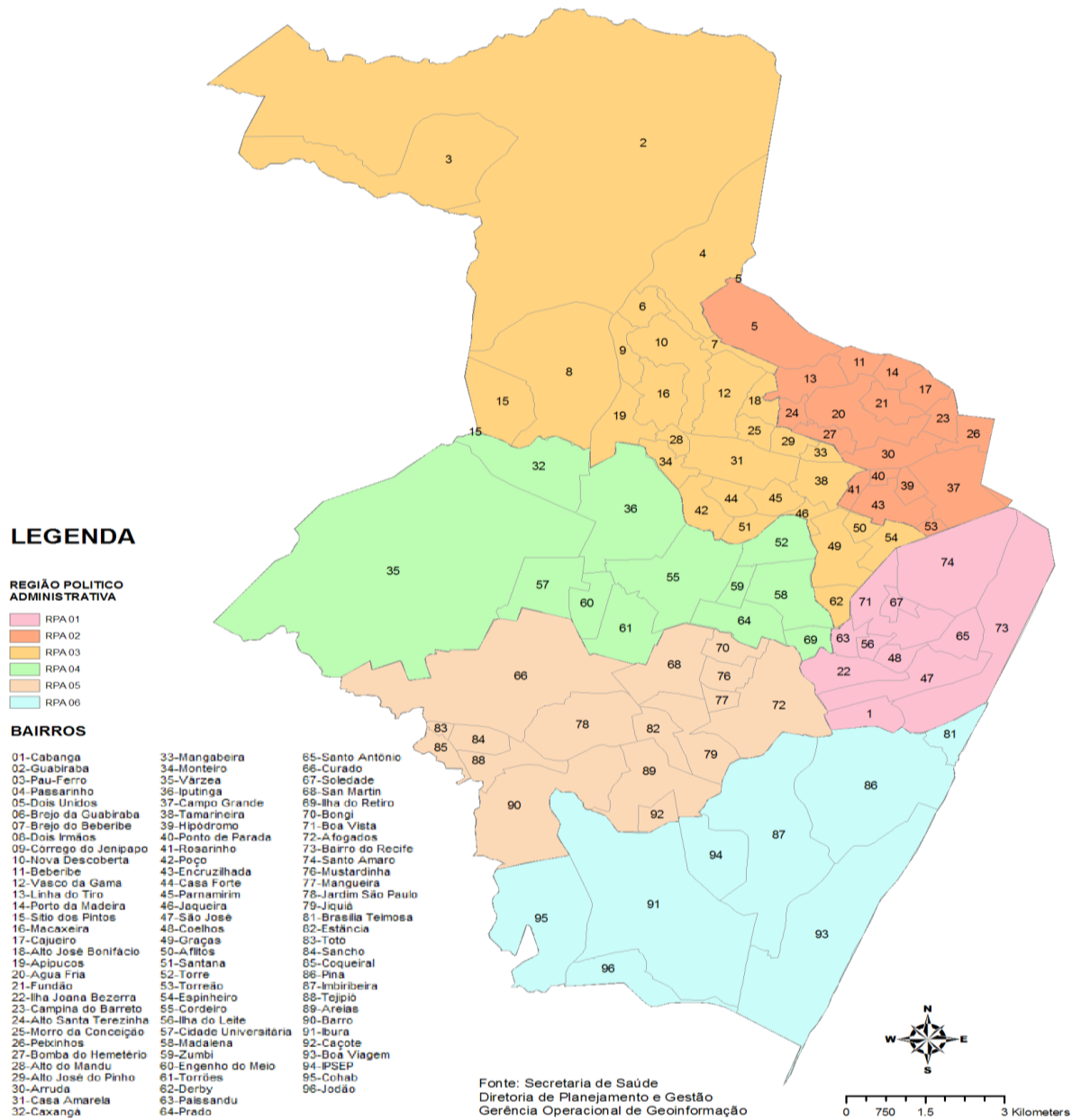


Fonte: (PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE, 2005)

O Distrito Sanitário IV (DS IV), correspondendo a RPA4 para a saúde, é composto por doze bairros: Cordeiro; Ilha do Retiro; Iputinga; Madalena; Prado; Torre; Zumbi; Engenho do Meio; Torrões; Caxangá; Cidade Universitária; Várzea. (figura 2). Seu território é dividido em três microrregiões, as quais abrigam dezenove Unidades Saúde da Família, três centros de saúde, três Centros de Atenção Psicossocial e uma Policlínica.

O presente trabalho foi realizado a partir da Estratégia Saúde da Família, portanto, desenvolvido apenas em Unidades Saúde da Família (USF), as quais encontram-se relacionadas no quadro 2, de acordo com sua microrregião, bairro e número de equipes médicas (M) e odontológicas (O).

**Figura 2:** Divisão territorial do Recife por bairros e regiões político-administrativas.



Fonte: (PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE, 2009)

### 4.3 População do Estudo:

Os sujeitos do estudo foram profissionais médicos, enfermeiros e odontólogos componentes das equipes saúde da família e lotados nas USF do Distrito Sanitário IV pertencentes à rede de atenção básica à saúde do município do Recife.

Para a presente pesquisa foi utilizada a população total, ou seja, o somatório de todos os profissionais médicos, enfermeiros e odontólogos em exercício nas USF do DSIV do município de Recife, nesse caso, 107 profissionais, dentre os quais, 39 médicos, 42 enfermeiros e 26 odontólogos. O quadro 2 dispõe do quantitativo de equipes médicas e odontológicas de cada unidade de saúde do DS IV.

**Quadro 2:** Unidades Saúde da Família do Distrito Sanitário IV no município de Recife – Pernambuco – segundo sua microrregião, bairro e número de equipes em Dezembro de 2013.

<b>Microrregiões</b>	<b>Bairro</b>	<b>Unidade de Saúde</b>	<b>Nº de equipes</b>
Micro 4.1	Ilha do Retiro	USF Caranguejo	2 M e 1 O
	Iputinga	USF Casarão do Cordeiro	1M e 1 O
	Iputinga	USF Skylab	3M e 2 O
	Iputinga	USF Vila União	4M e 2 O
	Madalena	USF Sítio do Cardoso	2M e 1 O
	Torre	USF Emocy Krause	3M e 2 O
Micro 4.2	Engenho do Meio	USF Engenho do Meio	2M e 2 O
	Torrões	USF Roda de Fogo – COSIROF	2M e 2 O
	Torrões	USF Roda de Fogo – MACAÉ	1M
	Torrões	USF Roda de Fogo – SINOS	1M e 1 O
	Torrões	USF Sítio das Palmeiras	2M e 1 O
	Torrões	USF Vietnã	2M e 1 O
Micro 4.3	Várzea	USF Barreiras	1M e 1 O
	Várzea	USF Brasilit	2M e 1 O
	Várzea	USF Campo do Banco	2M e 1 O
	Várzea	USF Jardim Terezópolis	1M e 1 O
	Várzea	USF Prof. Amaury de Medeiros	3M e 2 O
	Várzea	USF Rosa Selvagem	2M e 1 O
	Várzea	USF Sítio Wanderley	3M e 2 O

Legenda: M = equipes médicas / O = equipes odontológicas

Fonte: Elaboração própria

#### 4.3.1 Critérios de Exclusão

Foram excluídos da pesquisa os profissionais vinculados à unidade como residentes, aqueles em exercício na unidade para compensação de períodos de férias ou licenças de outros

profissionais (feristas), além de profissionais de origem estrangeira em exercício provisório no país.

A opção pela exclusão de profissionais estrangeiros em exercício provisório no país objetivou evitar viés de seleção, visto as características epidemiológicas próprias dos diversos países; as influências políticas, históricas e econômicas atreladas à formação de cada nação no ensino superior em saúde; além das diferenças na diversidade vegetal entre as diferentes partes do mundo; fatores estes que poderiam influenciar na decisão dos profissionais pela prática da fitoterapia como alternativa terapêutica.

#### **4.4 Instrumento de coleta de dados**

A coleta de dados do nosso trabalho foi realizada através de um questionário adaptado do instrumento de coleta de dados utilizado na pesquisa: “*Práticas integrativas e complementares no programa de saúde da família voltadas para a atenção à saúde mental: estudos de casos no Nordeste, Sul e Sudeste*” aprovado através do Edital MCT/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/DECIT N ° 33/2008, sob coordenação de uma pesquisadora da Fiocruz-Pernambuco.

Tal pesquisa foi desenvolvida em parceria entre o Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM), Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e investigou as atitudes de recomendação e prescrição de 29 Práticas Integrativas e Complementares na Estratégia Saúde da Família. Na cidade do Recife, a coleta de dados se deu no período de Dezembro de 2010 a Junho de 2011 nos seis Distritos Sanitários do município.

O instrumento utilizado na referida pesquisa foi um questionário semi-estruturado composto por três partes, nas quais a primeira abordava aspectos sócio-demográficos dos profissionais; a segunda abrangia questões objetivas relativas a 29 Práticas Integrativas e Complementares (PIC); e a terceira parte contemplava o interesse em formação e implantação no SUS de alguma PIC/ MAC.

Nas adaptações do instrumento para utilização em nossa pesquisa não houve alterações na primeira parte do instrumento original, referente aos aspectos sócio-demográficos.

Na segunda parte, das 29 Práticas Integrativas e Complementares (PIC) constantes no instrumento original, permaneceram no instrumento adaptado apenas as duas de interesse ao nosso estudo (fitoterapia e plantas medicinais), mantendo-se, entretanto, o mesmo formato

utilizado para as variáveis referentes a cada PIC (conhece, usa para si, usa para a família, prescreve e recomenda).

Ainda quanto às adaptações, foi feita a exclusão da terceira parte do instrumento original, com a inserção de uma terceira nova parte no instrumento adaptado contemplando questões relativas à formação, conhecimento sobre a implementação da fitoterapia/plantas medicinais no SUS-Recife e conhecimento sobre a criação da Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares no município do Recife (Apêndice 1).

#### **4.5 Período da coleta de dados**

A coleta de dados para nossa pesquisa ocorreu no período de Novembro a Dezembro de 2013, onde foram realizadas visitas às Unidades Saúde da Família para aplicação do questionário.

Anteriormente à coleta de dados foi realizado um teste piloto para avaliação das adaptações realizadas no instrumento original. O teste piloto foi realizado no mês de Novembro de 2013 através da coleta de dados com os profissionais de uma Unidade Saúde da Família, não tendo sido necessário a realização de ajustes no instrumento adaptado.

#### **4.6 Definição dos painéis**

No intuito de avaliar um possível impacto na prescrição/recomendação da fitoterapia e plantas medicinais pelos profissionais das Equipes Saúde da Família no DSIV do município de Recife após a inserção de medicamentos fitoterápicos na rede e a criação da Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares, o estudo seccional foi conduzido no período de Novembro a Dezembro de 2013, tendo seus dados sido comparados aos dados de interesse da pesquisa “*Práticas integrativas e complementares no programa de saúde da família voltadas para a atenção à saúde mental: estudos de casos no Nordeste, Sul e Sudeste*”. Tal pesquisa foi executada no DSIV do município de Recife no mês de Março de 2011, abrangendo a totalidade de suas USF, sendo os dados obtidos neste distrito utilizados como base para comparação com o estudo atual, constituindo dessa forma, o método de painéis repetidos.

O painel inicial, ou primeiro painel, foi construído através do banco de dados correspondente ao município de Recife, cedido pela coordenadora da pesquisa utilizada como base para nossa análise comparativa. A partir de tal banco de dados, foram extraídas as variáveis

relativas ao perfil sócio-demográfico e às práticas de fitoterapia e plantas medicinais – conhece, usa para si, usa para a família, prescreve e recomenda – para cada uma dessas duas práticas, incluindo-se apenas os profissionais das equipes saúde da família do DSIV, constituindo o primeiro painel as frequências obtidas para estas variáveis.

O painel atual, ou segundo painel, foi construído a partir dos dados obtidos no presente estudo, dentre os quais foram selecionadas as variáveis: conhece, usa para si, usa para a família, prescreve e recomenda; onde as frequências obtidas para tais variáveis definem o segundo painel.

A partir da definição do primeiro e do segundo painéis, as frequências obtidas para as variáveis de interesse – conhece, usa para si, usa para a família, prescreve e recomenda – para as práticas de fitoterapia e de plantas medicinais foram analisadas para verificação de diferenças estatisticamente significativas entre o primeiro e o segundo painéis.

#### **4.7 Processamento e análise de dados**

Os dados obtidos através do instrumento de coleta devidamente preenchidos pelos profissionais das USF foram revisados e introduzidos em banco de dados construído através do Programa Microsoft Office Excel para Windows versão 12.0, compondo o banco de dados referente ao segundo painel.

O banco de dados cedido pela pesquisadora responsável da Fiocruz – Pernambuco foi verificado para seleção das variáveis de interesse ao estudo atual, sendo as mesmas copiadas para o Programa Microsoft Office Excel para Windows versão 12.0, compondo desta forma o primeiro painel.

Os dados de ambos os bancos foram exportados para o programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 13.0 para Windows, sendo feita a descrição das variáveis através de frequências simples.

A análise das diferenças entre as frequências observadas no primeiro e no segundo painéis foi realizada através do teste de Qui-quadrado, a um nível de significância de 5%

#### **4.8 Aspectos Éticos**

A pesquisa foi desenvolvida de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (1996), que trata sobre pesquisa envolvendo seres humanos e determina que qualquer investigação científica deve se processar após aprovação de um comitê de ética em pesquisa.

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação da Secretaria de Saúde do Recife, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), obtendo aprovação para seu desenvolvimento no município (anexo A), e posteriormente encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/CCS/UFPE), sendo aprovado para sob CAAE nº 10217712.0.0000.5208 (anexo B).

A coleta de dados através da aplicação do questionário se deu mediante a assinatura pelos participantes do termo de consentimento livre e esclarecido (apêndice 2), onde através do mesmo foi manifestada a aceitação dos profissionais em participar da pesquisa.

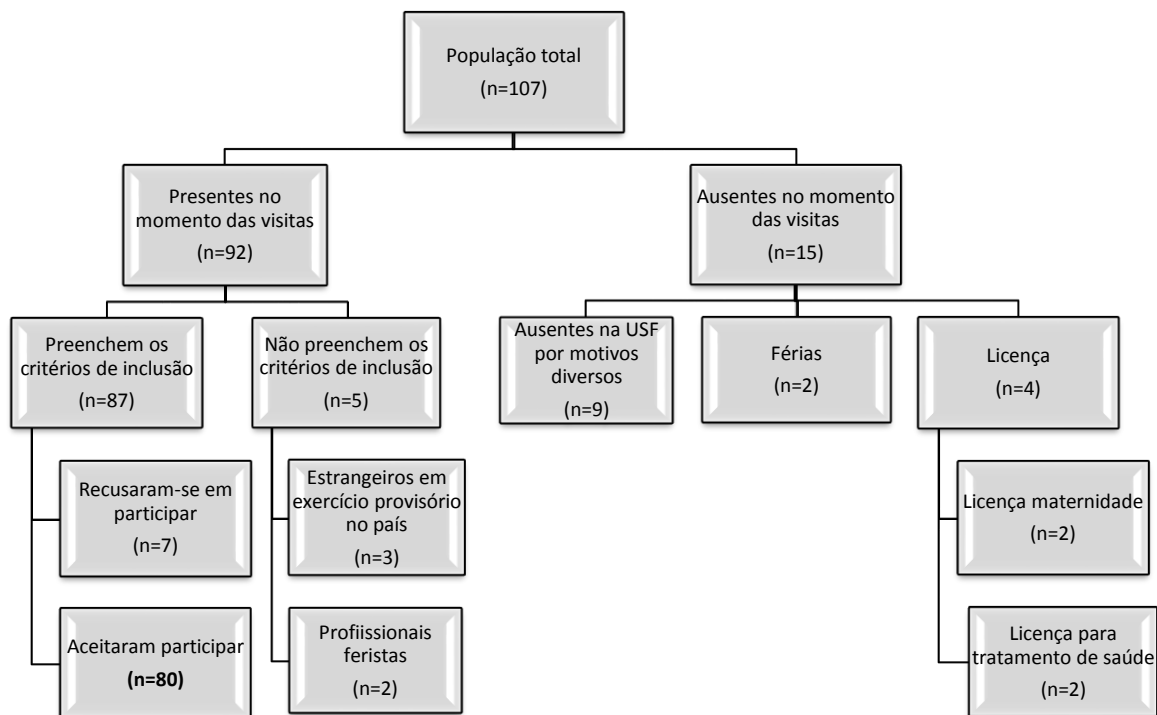
Os riscos oferecidos pela pesquisa relacionaram-se a ocorrência de eventuais constrangimentos durante a coleta de dados, sendo mínimos se comparados aos benefícios proporcionados pelo conhecimento gerado no que se refere a possibilidade em redirecionar ações em função das necessidades demandadas diante do observado, para o fortalecimento das ações em fitoterapia e plantas medicinais na atenção básica do município de Recife.

Os dados coletados serão utilizados exclusivamente para fins científicos, mantendo-se o sigilo da identidade dos sujeitos participantes, e o armazenamento dos instrumentos de coleta de dados será mantido pelo período de cinco anos no Núcleo de Desenvolvimento de Fármacos e Cosméticos – NUDFAC/UFPE.

## 5. RESULTADOS

Durante o desenvolvimento da coleta de dados nas USF do DS IV no município de Recife, a partir da população total de 107 profissionais, encontravam-se presentes no momento das visitas 92 indivíduos e ausentes 15 profissionais, dentre os quais, 6 em razão de férias ou licença e nove por motivos diversos, como ações no território adscrito ou reuniões em demais setores da prefeitura. Dos 92 profissionais abordados para coleta, cinco não preenchiam os critérios de inclusão e 87 os preenchiam, tendo sete destes recusado a participação na pesquisa, resultando na participação efetiva de 80 profissionais que responderam ao questionário (figura 3), sendo estes 35 médicos, 39 enfermeiros e 21 odontólogos.

**Figura 3:** Fluxograma dos sujeitos participantes na coleta de dados do estudo a partir da população total



Fonte: Elaboração própria

### 5.1 Perfil populacional dos painéis

A tabela 1 dispõe do perfil populacional encontrado para o painel atual, com **n = 80** profissionais, e para o painel inicial, com **n = 95** profissionais.



**Tabela 1** – Perfil populacional dos profissionais das Unidades Saúde da Família no Distrito Sanitário IV do município de Recife – Pernambuco - em Março de 2011 e Dezembro de 2013.

	Primeiro painel (Março/2011)		Segundo painel (Dezembro/2013)	
	Frequência	Percentual (%)	Frequência	Percentual (%)
<b>Categoria Profissional</b>				
Médico(a)	35	36,8	24	30,0
Enfermeiro(a)	39	41,1	30	37,5
Odontólogo (a)	21	22,1	26	32,5
<b>Local de trabalho além da USF</b>				
Apenas ESF	75	78,9	52	66,7
Hospital	11	11,6	19	24,4
Ambulatório	2	2,1	2	2,6
UBS	7	7,4	5	6,4
<b>Idade</b>				
26 – 35	31	32,6	19	23,7
36 – 45	23	24,2	22	27,5
46 – 55	30	31,6	21	26,3
≥56	11	11,6	18	22,5
<b>Sexo</b>				
Feminino	83	87,4	70	87,5
Masculino	12	12,6	10	12,5
<b>Religião</b>				
Católica	59	62,1	46	57,5
Protestante	11	11,6	10	12,5
Espírita	12	12,6	13	16,3
Nenhuma	4	4,2	5	6,3
Outra	9	9,5	6	7,5
<b>Escolaridade</b>				
Graduação	8	8,4	3	3,8
Mestrado	4	4,2	8	10,0
Especialização	80	87,3	68	85,0
Doutorado	0	0	1	1,3

Fonte: Elaboração própria

A presente pesquisa, abordada como painel atual ou segundo painel (n=80) obteve um perfil da população predominantemente feminino (87,5%), com maior parte de católicos (57,5%). A faixa etária variou entre os 26 e 68 anos de idade, com média de 45,3 anos e desvio padrão de 10,7 anos. Como maior grau de escolaridade, houve frequência mais elevada da

especialização (85,0%) e quanto ao exercício profissional, maior parcela atuava apenas na Estratégia Saúde da Família (66,7%). A proporção de indivíduos segundo suas categorias profissionais distribuiu-se por 30,0% de médicos, 37,5% de enfermeiros e 32,5% de odontólogos (Tabela 1).

O painel inicial, ou primeiro painel (n=95), obtido a partir dos dados extraídos da pesquisa “*Práticas Integrativas e Complementares no Programa de Saúde da Família voltadas para Atenção à Saúde Mental: estudos de casos no Nordeste, Sul e Sudeste*” (2011) referentes aos profissionais lotados em tal ocasião nas USF do DS IV do município de Recife, revelou um perfil populacional semelhante. Este painel mostra-se também composto majoritariamente por mulheres (87,4%), de religião católica (62,1%), tendo como maior titulação a especialização (87,3%) e em maior parte exercendo atividade profissional apenas na Estratégia Saúde da Família (78,9%). E assim como no segundo painel, entre tais profissionais houve uma maior proporção de profissionais enfermeiros entre os participantes (41,1%) (Tabela 1).

## **5.2 As mudanças nas atitudes em fitoterapia e as plantas medicinais na Estratégia Saúde da Família através dos painéis**

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) conceitua a fitoterapia como uma “terapêutica caracterizada pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal”. Por sua vez, a política traz o conceito de plantas medicinais baseada na Organização Mundial de Saúde, como sendo “uma espécie vegetal, cultivada ou não, utilizada com propósitos terapêuticos” (BRASIL, 2006a). Permeando tais conceituações, a fitoterapia abrange tanto a utilização de plantas medicinais na forma de preparações caseiras, como também na forma de medicamentos fitoterápicos. Entretanto, estes dois últimos não devem ser confundidos.

Os medicamentos fitoterápicos consistem naqueles:

...obtidos com emprego exclusivo de matérias-primas ativas vegetais, cuja eficácia e segurança são validadas por meio de levantamentos etnofarmacológicos, de utilização, documentações tecnocientíficas ou evidências clínicas... caracterizados pelo conhecimento da eficácia e dos riscos de seu uso, assim como pela reprodutibilidade e constância de sua qualidade.  
(ANVISA, 2010b, p. 85).

Considerando tais particularidades, foram investigadas variáveis relativas à fitoterapia separadamente das variáveis ligadas às plantas medicinais, com o intuito do alcance de

informações acerca das preparações caseiras de plantas medicinais (chás, lambedores, banhos) isoladamente.

A comparação entre as frequências das variáveis: conhece, usa para si, usa para a família, prescreve e recomenda, identificadas no primeiro e no segundo painéis, nos permite analisar se houve mudanças significativas nas atitudes dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) perante as práticas de fitoterapia e de plantas medicinais.

**Tabela 2** – Análise comparativa das frequências das variáveis relativas à fitoterapia entre os profissionais das Unidades Saúde da Família no Distrito Sanitário IV do município de Recife – Pernambuco – em Março de 2011 e Dezembro de 2013, a partir do teste do  $X^2$ .

	Primeiro painel (Março/2011)		Segundo painel (Dezembro/2013)		Valor de p
	Frequência	Percentual	Frequência	Percentual	
<b>Conhece Fitoterapia</b>					
Sim	81	85,3	64	80,0	0,357
Não	14	14,7	16	20,0	
<b>Usa Fitoterapia para si</b>					
Sim	29	30,5	45	56,3	<b>0,001</b>
Não	66	69,5	35	43,8	
<b>Usa Fitoterapia para a família</b>					
Sim	21	22,1	45	56,3	<b>0,001</b>
Não	74	77,9	35	43,8	
<b>Prescreve Fitoterapia</b>					
Sim	13	13,7	18	22,5	0,128
Não	82	86,3	62	77,5	
<b>Recomenda Fitoterapia</b>					
Sim	42	44,2	45	56,3	0,113
Não	53	55,8	35	43,8	

Fonte: Elaboração própria

Através da tabela 2, que demonstra o comparativo entre as frequências obtidas para as variáveis relativas a fitoterapia entre o primeiro e o segundo painéis, verifica-se uma redução de 85,3% para 80,0% no percentual de profissionais que referiram conhecer a fitoterapia, não tendo, entretanto, sido significativo esta redução ( $p=0,357$ ). Em relação ao uso da fitoterapia para si e ao uso para a família, houve aumentos estatisticamente significativos nas frequências

de profissionais que referiram tais usos ( $p=0,001$ ), com elevação de 30,5% e 22,1%, respectivamente, para 56,3% em cada uma dessas variáveis. Quanto à prescrição da fitoterapia, a frequência de profissionais que referiram prescrever na ESF elevou-se de 13,7% para 22,5%, no entanto, de maneira não significativa ( $p=0,128$ ). A frequência de profissionais que recomendam a prática também se elevou de forma não significativa, de 44,2% para 56,3% ( $p=0,113$ ) entre o primeiro e o segundo painéis.

**Tabela 3** – Análise comparativa das frequências das variáveis relativas às plantas medicinais entre os profissionais das Unidades Saúde da Família no Distrito Sanitário IV do município de Recife – Pernambuco – em Março de 2011 e Dezembro de 2013, a partir do teste do  $X^2$ .

	Primeiro painel (Março/2011)		Segundo painel (Dezembro/2013)		Valor de p
	Frequência	Percentual	Frequência	Percentual	
<b>Conhece Plantas Mediciniais</b>					
Sim	85	89,5	63	78,8	0,050
Não	10	10,5	17	21,3	
<b>Usa Plantas Mediciniais para si</b>					
Sim	53	55,8	53	66,3	0,158
Não	42	44,2	27	33,8	
<b>Usa Plantas medicinais para a família</b>					
Sim	39	41,1	53	66,3	<b>0,001</b>
Não	56	58,9	27	33,8	
<b>Prescreve Plantas Mediciniais</b>					
Sim	26	27,4	22	27,5	0,984
Não	69	72,6	58	72,5	
<b>Recomenda Plantas Mediciniais</b>					
Sim	51	53,7	52	65,0	0,130
Não	44	46,3	28	35,0	

Fonte: Elaboração própria

A tabela 3 demonstra as alterações ocorridas nas frequências das variáveis relativas às plantas medicinais entre o primeiro e segundo painéis. A frequência de profissionais que referiram conhecer as plantas medicinais apresentou uma redução de 89,5% para 78,8%, no entanto não significativa ( $p=0,050$ ). O uso das plantas medicinais para si aumentou não significativamente ( $p=0,158$ ) entre os profissionais, variando de 55,8% para 66,3%; entretanto, o uso das plantas medicinais para a família, referido pelos profissionais apresentou aumento

estatisticamente significativo ( $p=0,001$ ), elevando-se de 41,1% para 66,3%. A frequência de profissionais que referiram a prescrição de plantas medicinais manteve-se entre os dois painéis, já a recomendação de plantas medicinais elevou-se não significativamente de 53,7% no primeiro para 65,0% no segundo painel ( $p=0,130$ ).

### **5.3 O painel atual: A formação dos profissionais em fitoterapia e plantas medicinais e seu conhecimento sobre a implementação dessas práticas no SUS-Recife**

Alguns parâmetros importantes investigados apenas no painel atual, correspondente ao **segundo painel** – como a formação dos profissionais em fitoterapia e plantas medicinais; seus interesses nesse tipo de formação; o desejo da implementação dessas práticas no SUS-Recife e o conhecimento da implementação dessas práticas, de legislação nesse sentido e da disponibilidade de medicamentos fitoterápicos na rede municipal de saúde – proporcionam a possibilidade de analisar o acompanhamento do conhecimento dos profissionais da rede municipal de saúde ao passo das ações no âmbito dessas práticas integrativas que vem sendo desenvolvidas nos últimos anos no município.

Quanto à qualificação profissional em fitoterapia e plantas medicinais, um elevado percentual de participantes do estudo (70,0%) referiu não ter recebido formação na temática, sendo o maior índice entre os profissionais da categoria de odontologia (80,8%). Entretanto, o interesse na formação nestas práticas foi manifestado por 92,4% dos profissionais em geral. Apenas na categoria médica foi revelado um percentual de profissionais desinteressados nesse tipo de formação de 20,8% (Tabela 4).

**Tabela 4** – Aspectos relacionados à formação em fitoterapia e plantas medicinais e ao conhecimento sobre a implementação dessas práticas no município entre os profissionais das Unidades Saúde da Família no Distrito Sanitário IV do município de Recife – Pernambuco – em Dezembro de 2013.

	Categoria Profissional							
	Geral		Médico(a)		Enfermeiro(a)		Dentista	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Já recebeu formação em alguma das práticas?</b>								
Sim	24	30,0	10	41,7	9	30,0	5	19,2
Não	56	70,0	14	58,3	21	70,0	21	80,8
<b>Gostaria de ter formação em alguma das práticas?</b>								
Sim	73	92,4	19	79,2	29	96,7	25	100,0
Não	6	7,6	5	20,8	1	3,3	0	0,0
<b>Tem conhecimento da implementação de alguma dessas práticas no SUS-Recife?</b>								
Sim	52	66,7	14	60,9	19	65,5	19	73,1
Não	26	33,3	9	39,1	10	34,5	7	26,9
<b>Gostaria que alguma das práticas acima fossem implantadas no SUS-Recife?</b>								
Sim	76	97,4	23	95,8	28	96,6	25	100,0
Não	2	2,6	1	4,2	1	3,4	0	0,0
<b>Tem conhecimento de alguma legislação vigente no município acerca dessas práticas?</b>								
Sim	9	12,3	5	20,8	3	11,1	1	4,5
Não	64	87,7	19	79,2	24	88,9	21	95,5
<b>Tem conhecimento da disponibilidade de medicamentos fitoterápicos no elenco de medicamentos disponibilizados pelo município?</b>								
Sim	33	45,2	13	54,2	17	63,0	3	13,6
Não	40	54,8	11	45,8	10	37,0	19	86,4

Fonte: Elaboração própria

A análise da associação entre os valores encontrados no **segundo painel** para as variáveis prescrição e recomendação da fitoterapia em relação à formação em fitoterapia e plantas medicinais, verificou que houve uma associação estatisticamente significativa entre formação e recomendação, com  $p < 0,001$  (tabela 6), entretanto esta associação não foi encontrada entre as variáveis formação e prescrição,  $p = 0,281$  (tabela 5).

**Tabela 5** – Análise da associação entre formação e prescrição de fitoterapia pelos profissionais das Unidades Saúde da Família no Distrito Sanitário IV do município de Recife – Pernambuco – em Dezembro de 2013 (segundo painel), a partir do teste do  $X^2$ .

	Prescreve Fitoterapia		Recebeu formação em fitoterapia e/ou plantas medicinais		Valor de p
	Frequência	Percentual	Frequência	Percentual	
Sim	18	22,5	24	30,0	0,281
Não	62	77,5	56	70,0	

Fonte: Elaboração própria

**Tabela 6** – Análise da associação entre formação e recomendação de fitoterapia pelos profissionais das Unidades Saúde da Família no Distrito Sanitário IV do município de Recife – Pernambuco – em Dezembro de 2013 (segundo painel), a partir do teste do  $X^2$ .

	Recomenda Fitoterapia		Recebeu formação em fitoterapia e/ou plantas medicinais		Valor de p
	Frequência	Percentual	Frequência	Percentual	
Sim	45	56,3	24	30,0	<0,001
Não	35	43,7	56	70,0	

Fonte: Elaboração própria

Similarmente aos resultados anteriores, em relação às variáveis referentes a prescrição e recomendação de plantas medicinais no **segundo painel** e sua associação com a formação nestas práticas, os resultados demonstraram associação estatisticamente significativa entre a formação e a recomendação de plantas medicinais, com  $p < 0,0001$  (tabela 8), associação esta não observada entre as variáveis formação e prescrição de plantas medicinais, com  $p = 0,726$  (tabela 7).

**Tabela 7** – Análise da associação entre formação e prescrição de plantas medicinais pelos profissionais das Unidades Saúde da Família no Distrito Sanitário IV do município de Recife – Pernambuco – em Dezembro de 2013 (segundo painel), a partir do teste do  $X^2$ .

	Prescreve Plantas Mediciniais		Recebeu formação em fitoterapia e/ou plantas medicinais		Valor de p
	Frequência	Percentual	Frequência	Percentual	
Sim	22	27,5	24	30,0	0,726
Não	58	72,5	56	70,0	

Fonte: Elaboração própria

**Tabela 8** – Análise da associação entre formação e recomendação das plantas medicinais pelos profissionais das Unidades Saúde da Família no Distrito Sanitário IV do município de Recife – Pernambuco – em Dezembro de 2013 (segundo painel), a partir do teste do  $X^2$ .

	Recomenda Plantas Mediciniais		Recebeu formação em fitoterapia e/ou plantas medicinais		Valor de p
	Frequência	Percentual	Frequência	Percentual	
Sim	52	65,0	24	30,0	
Não	28	35,0	56	70,0	<b>&lt;0,0001</b>

Fonte: Elaboração própria

A implementação da fitoterapia e plantas medicinais na rede SUS-Recife demonstrou-se desconhecida por apenas 33,3% dos profissionais envolvidos na pesquisa. Ao se questionar sobre o desejo de implantação dessas práticas na rede municipal de saúde, um ínfimo percentual de 2,6 % dos profissionais referiu não desejar a implantação das mesmas (Tabela 4).

O questionamento sobre o conhecimento de alguma legislação vigente no município acerca das práticas investigadas revelou que 87,7% dos sujeitos do estudo desconheciam a existência de alguma legislação municipal nesse âmbito na cidade do Recife. Entre a categoria de odontologia foi encontrado o menor percentual de profissionais que a conheciam (4,5%) (Tabela 4).

A disponibilidade de medicamentos fitoterápicos dentro do elenco de medicamentos disponibilizados pelo município mostrou-se conhecida por praticamente metade dos profissionais em geral (45,2%). É importante expor que, no momento do preenchimento do questionário, houve relatos frequentes dos profissionais participantes da pesquisa, entendendo os medicamentos fitoterápicos como produtos que já foram disponibilizados pela prefeitura, mas que não mais o são. Dessa forma, o percentual encontrado no estudo pode estar subestimado em função da falta de alguns destes itens há considerável período de tempo. A categoria de odontólogos apresentou um percentual de 13,6% de indivíduos que conhecem a disponibilidade de tais fitoterápicos, valor bem inferior aos percentuais encontrados para as categorias de médicos (54,2%) e enfermeiros (63,0%) (Tabela 4).



## **6. DISCUSSÃO**

A Estratégia Saúde da Família consiste em uma política de Estado que visa a reorientar o modelo assistencial do SUS no sentido da implementação de uma atenção primária resolutive e coordenadora do cuidado, incorporando como diretriz central a reorganização das práticas de saúde. É nessa perspectiva que a fitoterapia, como método terapêutico ou prática complementar, vem se consolidando como mais um recurso a ser incorporado no cuidado à saúde (BRASIL, 2012a).

Neste estudo, a maioria dos profissionais participantes mantém vínculo trabalhista apenas com a Estratégia Saúde da Família, tanto no primeiro painel (78,9%), como no segundo painel (66,7%), onde deduzimos que isto possa favorecer um maior comprometimento e dedicação do profissional para a melhoria da qualidade de vida da sua comunidade.

### **6.1 Vivências pessoais e conhecimentos dos profissionais de saúde sobre plantas medicinais e fitoterapia**

O estudo verificou que a maioria dos profissionais participantes referiu conhecimento das práticas de fitoterapia e de plantas medicinais, embora estas variáveis não tenham se alterado significativamente entre os painéis.

A fitoterapia enquanto medicina popular encontra-se firmemente enraizada na cultura brasileira e pela sua própria característica de transmissão de conhecimento de geração a geração, nesse contexto, não há como fugir às experiências pessoais dos profissionais de saúde construindo, dessa forma, o conhecimento sobre tal prática.

O estudo de Heberlê (2013) identificou que em suas trajetórias familiares, a maioria dos profissionais de saúde em sua pesquisa tiveram experiências com terapias alternativas de saúde, principalmente a fitoterapia, durante a infância através de seus familiares e que esta influência familiar, mais ou menos forte, interferiu nos seus posicionamentos ou escolhas futuras relativas às Práticas Integrativas e Complementares.

Thiago e Tesser (2011), nesse contexto, identificaram uma associação positiva entre o uso pessoal e/ou familiar de práticas integrativas e complementares com o interesse do profissional por estas práticas.

Outro estudo demonstrou que a prática da fitoterapia apresentou-se sempre relacionada ao conhecimento popular e ao costume adquirido em família transmitido de geração a geração (FONTENELE et al., 2013). Foi ainda revelado que a fonte de tais informações ainda

compreendia o contato com grupos culturais compreendendo parentes, amigos, vizinhos e os próprios usuários do SUS.

Outras variáveis analisadas em nosso estudo, possivelmente também influenciadas pela nossa cultura popular e pela transmissibilidade dos seus conhecimentos, são o uso da fitoterapia para si e o uso para a família.

O uso pessoal da fitoterapia mostrou-se estatisticamente aumentado no segundo painel com relação ao primeiro. O mesmo não foi observado quando analisado o uso pessoal de preparações caseiras de plantas medicinais. Já na análise do uso para a família, tanto da fitoterapia, como das preparações caseiras de plantas medicinais, foi verificado um aumento significativo entre os dois painéis para ambas as variáveis.

Observa-se, dessa forma, que a crescente tendência de utilização das práticas integrativas e complementares, com foco específico nas plantas medicinais e fitoterapia, desencadeado tanto em nível internacional, através das recomendações da OMS, como em nível nacional, através da criação de políticas e programas específicos na área, que desencadeiam ações em nível municipal, como ocorrido no Recife, podem possivelmente, conferir um estímulo crescente ao uso pessoal e familiar de tais práticas pelos profissionais deste estudo, diante da regulamentação e legitimação ao qual as mesmas vêm sendo submetidas.

No **segundo** painel deste estudo (painel atual), foram encontrados iguais percentuais para o uso pessoal e o uso familiar da fitoterapia (56,3%) entre os prescritores, como também iguais valores para o uso pessoal e o uso familiar de plantas medicinais, como preparações caseiras (66,3%), considerando o conjunto de profissionais.

Os valores encontrados corroboram o estudo de Petry e Roman-Júnior (2012), que encontram uma prevalência de 60% na indicação para a família do uso de plantas e fitoterápicos pelos profissionais em algumas patologias; e a outros estudos que identificaram o uso pessoal de plantas medicinais com finalidades terapêuticas por 62,2% (MENEZES et al, 2012) e 79,4% (FONTENELE et al., 2013) dos médicos, enfermeiros e dentistas entrevistados. Alguns estudos que avaliaram o uso pessoal em categorias profissionais específicas identificaram a utilização de plantas medicinais por 77,8% dos médicos (ROSA; CÂMARA; BÉRIA, 2011) e 60% dos odontólogos (LIMA JR, 2005).

## 6.2 As plantas medicinais e fitoterapia na prática profissional

Ao partirmos para as variáveis relacionadas à utilização da fitoterapia e das plantas medicinais na prática profissional da atenção básica, tema de principal interesse a este estudo, foi verificado que a prescrição e a recomendação tanto da fitoterapia, como das preparações caseiras de plantas medicinais não obtiveram aumentos significativos entre os dois painéis da pesquisa. Ou seja, a utilização dessas práticas na estratégia de saúde da família não foi impactada pelas ações ocorridas no município de Recife no período entre os dois painéis, que foram a inclusão de medicamentos fitoterápicos na rede de saúde e a criação da política municipal de práticas integrativas e complementares.

Dessa forma, é de grande importância avaliar sobre quais os mecanismos que, de fato, estão sendo empregados para ampliar o acesso dos usuários a utilização das plantas medicinais e fitoterapia orientada por um profissional de saúde capacitado com o objetivo de promover o seu uso racional.

A necessidade de promover o uso racional destas práticas ganha importância, especialmente, diante da realidade há muito já posta, de que as plantas medicinais na forma de preparações caseiras são amplamente utilizadas pela população, seja através do conhecimento próprio, da indicação de familiares, amigos, vizinhos, ou a busca de informações em espaços comerciais com esta finalidade, como feiras livres e estabelecimentos de produtos naturais.

Outros fatores que merecem atenção são: o risco de toxicidade proveniente do uso indevido das plantas, diante do conceito difundido de que “se bem não faz, mal também não fará”, ou de que “o que é natural, não faz mal”, além da tendência à utilização da fitoterapia em sincretismo terapêutico com a alopatia, incorrendo no risco de interações entre os medicamentos e os fitofármacos.

A fitoterapia constitui um elemento da cultura popular, envolvendo em si a crença no seu poder de cura, que não pode ser desvinculada da atenção básica à saúde em função da sua grande aceitação pelos usuários. Assim, mesmo diante das resistências ainda encontradas por parte dos profissionais de saúde, é inevitável, no exercício da sua profissão, se depararem com essa prática através da demanda dos próprios usuários. Nesse contexto, o posicionamento do profissional médico em relação a utilização da fitoterapia assume um papel decisivo, sendo de fundamental importância para a compreensão da utilização da fitoterapia na atenção básica à saúde (ROSA; CÂMARA; BÉRIA, 2011).

A dificuldade na aceitação das plantas como recurso terapêutico, por parte dos médicos, foi identificada no estudo de Bittencourt, Caponi e Falkenberg (2002) como uma

atitude defensiva quanto a esta terapia, que se dá em função da percepção do reconhecimento que o profissional toma diante de seus pares, mesmo com a atual existência de conhecimento cientificamente validado sobre algumas espécies.

Além do profissional médico, a utilização da fitoterapia e de outras terapias alternativas na Atenção Primária à Saúde devem ser incorporadas por demais profissionais das equipes de saúde das unidades, como o enfermeiro (TOMAZZONI; NEGRELLE; CENTA, 2006), visto que a resolução 197/1997 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 1997) estabelece e reconhece as Terapias Alternativas, incluindo a fitoterapia, como especialidade e ou qualificação do profissional de enfermagem.

A odontologia também se constitui em uma categoria profissional habilitada para o uso da fitoterapia em sua prática profissional, o que lhe foi conferido através da resolução CFO-82/2008 do Conselho Federal de Odontologia (2008), que reconhece e regulamenta o uso pelo cirurgião-dentista de práticas integrativas e complementares à saúde bucal. Este se constitui um passo importante para regulamentar a atuação desse profissional nesta área ainda pouco explorada (ASSIS, 2009).

Entretanto, por se constituir em uma prática ainda pouco difundida entre os cirurgiões-dentistas, a fitoterapia aplicada à Odontologia ainda precisa percorrer um longo caminho, exigindo destes profissionais o conhecimento sobre o risco/benefício desta terapia para evitar efeitos adversos e interações, quando usada concomitantemente a fármacos de uso odontológico (PINHEIRO; ANDRADE, 2008).

Embora perceba-se um crescente estímulo à institucionalização do uso de plantas medicinais e fitoterapia nos serviços de saúde, alguns fatores são destacados pelos profissionais como limitantes a sua prescrição formal.

A falta de conhecimento sobre a prática e o déficit do tema na formação técnica são um dos fatores principais citados em diferentes estudos. A carência de estudos clínicos comprovando eficácia, indicações, dosagem, contraindicações, tempo de ação e validade de uso dos medicamentos fitoterápicos, assim como a falha na divulgação de estudos existentes com fitoterápicos entre a classe médica são outros fatores citados pelos profissionais em diferentes estudos que levam ao receio na prescrição da fitoterapia na atenção básica (GLÓRIA, 2012; ROSA; CÂMARA; BÉRIA, 2011; BARRETO, 2011; BASTOS; LOPES, 2010; LIMA JUNIOR, 2005). Outro fator também relatado entre os estudos seria o acúmulo de atividades já desenvolvidas na unidade (BARRETO, 2011).

Embora se disponha de diversos estudos abordando o uso, a toxicidade e a eficácia das plantas medicinais, a literatura científica ainda demonstra precariedade no sentido de se

conhecer como estas estão sendo usadas e os seus benefícios e de que forma deve ser dar a capacitação dos profissionais para o aconselhamento da utilização das plantas medicinais e fitoterapia como medicina integrativa no SUS (SANTOS et al., 2011).

Portanto, fica claro que para a institucionalização da fitoterapia na atenção básica, é necessário maior divulgação de estudos científicos com comprovação da sua eficácia terapêutica e segurança, alocação de recursos financeiros específicos e investimentos na capacitação dos profissionais de saúde para que cada um destes, no âmbito de suas atividades, possa garantir a promoção do acesso às plantas medicinais e fitoterápicos com segurança e eficácia (GONÇALVES, et al. 2013).

Lançando um olhar sobre o termo “prescrição” em relação às práticas de fitoterapia e plantas medicinais, o estudo de Rosa; Câmara e Béria (2011) verificou que entre alguns profissionais médicos entrevistados, este termo era evitado, havendo uma preferência pelo uso de termos como “recomendar”, “aconselhar”, “orientar” ou “utilizar”.

Analisando a variável “recomendação”, observa-se que os seus valores percentuais foram mais elevados em relação a variável “prescrição”, tanto para a fitoterapia (tabela 2), como para as preparações de plantas medicinais (tabela 3), em ambos os painéis. Estes dados podem revelar uma possível insegurança dos profissionais na documentação de uma prática que conhecem apenas empiricamente. Além disto, esta discrepância entre a recomendação e o ato de prescrever pode sugerir uma “intenção” no ato de prescrição dessas práticas pelos profissionais do estudo que a recomendam.

A intenção pode ser considerada um fator preditivo da realização de determinados comportamentos correspondentes, ou seja, ações são controladas por intenções, embora nem toda intenção leve a uma ação. A intenção do comportamento está intrinsecamente relacionada a três fatores, a saber: as atitudes, as normas subjetivas e a percepção de controle. As atitudes se referem aos pensamentos sobre as prováveis consequências de determinado comportamento, as normas subjetivas dizem respeito à pressão social ou às expectativas de outras pessoas em relação ao comportamento e a percepção de controle engloba a existência de fatores que possam impedir a realização do comportamento (AJZEN, 1991).

O estudo de Rosa, Câmara e Béria (2011), que buscou conhecer as representações e a intenção de uso da fitoterapia por médicos da atenção básica no município de Canoas (RS), considerando o comportamento de utilizar a fitoterapia na atenção básica, determinou avaliar as atitudes dos médicos em relação à fitoterapia, sua percepção acerca do que pensam seus pares sobre o tema (norma subjetiva) e sua capacitação pessoal para o uso da fitoterapia na Saúde Pública (percepção de controle). Os autores identificaram haver uma maior intenção de uso da

fitoterapia entre os profissionais que detinham maior conhecimento sobre o tema, o que revela a importância da capacitação através da educação permanente para os profissionais.

### **6.3 A formação dos profissionais em plantas medicinais e fitoterapia**

Um ponto crítico do nosso trabalho, em face do baixo percentual encontrado, foi a formação em fitoterapia e plantas medicinais, onde apenas 30% dos profissionais, considerando o conjunto das categorias, relataram tê-la recebido.

O Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, entre suas diretrizes relacionadas a promoção do uso racional de tais práticas, recomenda a capacitação dos profissionais de saúde por meio de eventos, produção de materiais didáticos, além de ações de educação popular em saúde (BRASIL, 2008a).

O percentual de enfermeiros com relato de formação na temática encontrado neste estudo foi de 30%, valor similar ao encontrado por Bastos e Lopes (2010), onde 40% dos enfermeiros em seu estudo referiu um conhecimento formal na área. Tal estudo evidenciou a lacuna existente nos cursos de graduação em enfermagem, segundo relato dos profissionais, que em geral, oferecem a disciplina de fitoterapia como optativa, não despertando entre os acadêmicos o devido interesse neste campo, o que será refletido em sua atuação profissional, onde diante dos usuários que os procuram na busca de informações sobre o uso adequado das plantas medicinais, necessitam adaptar-se dentro dos serviços de saúde para atender a estas necessidades oriundas da comunidade.

Entre os médicos, houve a maior frequência de relatos na formação em plantas medicinais e fitoterapia (41,7%). O estudo de Rosa; Câmara e Béria (2011) identificou que entre os seus participantes, apenas 37% relataram contato com a fitoterapia na academia, embora nenhum destes tenha cursado uma disciplina abordando o tema em seu conteúdo programático, o que reflete a ausência da fitoterapia como parte do currículo do curso de medicina de maneira geral.

Em nossa pesquisa, o menor percentual de formação esteve entre a categoria de odontólogos, com apenas 19,2% destes referindo formação na área. O estudo de Lima Junior (2005) identificou entre odontólogos da atenção básica que não houve nenhum relato de treinamento sobre uso de plantas com finalidade terapêutica entre os mesmos, entretanto, suas percepções sobre a importância da capacitação para qualificação dos profissionais atuantes no serviço de saúde, assim como na formação universitária, foi relatada como uma possibilidade de abertura a novas práticas de saúde.

A falta de embasamento teórico sobre fitoterapia e plantas medicinais nos cursos de graduação ou a abordagem insuficiente do tema para agregar conhecimento científico, leva os profissionais, seja da categoria médica, enfermagem ou odontologia a acreditarem que não apresentam capacidade para orientar e/ou prescrever medicamentos fitoterápicos aos usuários de sua unidade (BARRETO, 2011; MENEZES et al, 2012).

Além da deficiência na oferta do tema fitoterapia na formação acadêmica, Fontenele (2013) relata que dentre os profissionais que tiveram contato com a temática nesta ocasião, este contato não se deu através de uma disciplina específica ofertada dentro da matriz curricular de suas graduações, ocorrendo através de trabalhos, seminários, palestras, oficinas, projetos de Extensão ou Pesquisa, pós-graduações ou mesmo por interesse próprio.

Diante do inegável distanciamento entre a formação acadêmica e a atuação nos serviços de saúde, com a finalidade de promover o diálogo com a graduação em saúde de um modo geral, e particularmente com a formação em serviço, o Ministério da Saúde recomenda que a fitoterapia, quando institucionalizada e inserida em uma política municipal de saúde, como é o caso do Recife, deva integrar o conteúdo programático e as atividades realizadas junto aos alunos: programas de integração ensino-serviço, cursos de especialização em saúde coletiva com foco em Saúde da Família, cursos de especialização em fitoterapia no SUS, residências multiprofissionais em Saúde da Família, residências de medicina de Família e Comunidade, etc. (BRASIL, 2012a).

Para que a utilização das plantas medicinais e fitoterapia se concretize na Atenção Básica de Saúde é necessária uma reorientação do modelo de atenção à saúde, em que os profissionais, estejam preparados para atuar com essa opção de cuidado. Se a formação destes profissionais não for repensada no aparelho formador, o modelo de atenção à saúde não atenderá às necessidades dos indivíduos e das comunidades (BASTOS; LOPES, 2010).

A precarização do trabalho e o aprofundamento do modelo curativista/hospitalocêntrico já são há várias décadas associados nos espaços das conferências de saúde com a necessidade da formação dos trabalhadores. A “mão de obra em saúde” proporcionada pelo aparelho formador toma uma dimensão política e social pela sua falta de adequação às necessidades de saúde da população brasileira e às necessidades dos serviços. Dessa forma, deve-se pensar no trabalhador em saúde não apenas como mais um recurso de infraestrutura, mas através da sua formação, como protagonistas da Reforma Sanitária, a colocarem seu conhecimento, técnica, saber e o trabalho em benefício da população brasileira (SARRETA, 2009).

A formação dos profissionais em saúde tem sido configurada em um quadrilátero: ensino, gestão, atenção e controle social, de forma a aproximar instituições de ensino às políticas públicas de saúde. O ensino nessa configuração é entendido tanto como a formação básica do profissional, como também a educação permanente (MOREIRA et al., 2013), esta última compreendida como uma ação pedagógica adotada para focar o cotidiano do trabalho em saúde, estimulando a reflexão no mundo do trabalho de forma a construir um novo modo de fazer saúde (SARRETA, 2009).

A educação permanente em plantas medicinais e fitoterapia para os profissionais que atuam nos serviços de saúde deve se dar no nível básico interdisciplinar, abrangendo toda equipe, contemplando os cuidados gerais com as plantas medicinais e fitoterápicos; e específico para profissionais de saúde de nível universitário, detalhando aspectos relacionados à manipulação, uso e prescrição das plantas medicinais e fitoterápicos (BRASIL, 2008a).

### 6.3.1 A relação entre formação e a prescrição/recomendação de fitoterapia e plantas medicinais

A associação estatística encontrada entre a variável “formação” e as variáveis “recomendação das plantas medicinais” ( $P < 0,001$ ) e “recomendação da fitoterapia” ( $p < 0,001$ ), nos sugere que a formação nessa temática é um fator que pode estimular o uso da fitoterapia e plantas medicinais entre os profissionais da atenção básica, revelando a importância da educação permanente para o fortalecimento dessas práticas nos cuidados à saúde.

Retomando ao estudo de Rosa, Câmara e Béria (2011), foi verificado maior intenção de uso da fitoterapia entre médicos que detinham maior conhecimento sobre o tema. Entretanto, segundo os mesmos, em função da cultura popular ser relegada a um segundo plano ante ao saber científico, há pouca abertura e insegurança, levando a criação de atitudes negativas ou receosas que podem interferir na intenção de uso da fitoterapia na atenção básica à saúde.

Petry e Roman-Junior (2012) identificaram que se estivessem capacitados, 80% dos profissionais em seu estudo prescreveriam Fitoterápicos e Plantas Medicinais, aspecto favorável à prática, visto que a maioria dos participantes revelou interesse em capacitar-se na área.

Entretanto, nosso estudo verificou que a formação em fitoterapia e plantas medicinais não obteve associação estatisticamente significativa com as variáveis “prescrição de fitoterapia” ( $p = 0,281$ ) e “prescrição de plantas medicinais” ( $p = 0,726$ ). Este resultado sugere que, somente a formação ou capacitação em plantas medicinais e fitoterapia não é fator



suficiente para a prescrição formal da fitoterapia e de preparações à base de plantas medicinais, mesmo diante da sua recomendação de uso.

Neste contexto, podemos inferir que a prescrição de tais práticas pode estar limitada por outros fatores, dentre os quais, os anteriormente já citados, como a falta ou insuficiência na divulgação de estudos clínicos comprovando a eficácia, indicações, formas de utilização e a segurança no uso aos profissionais, além da falta de proximidade com a área, em função da ausência de disciplinas específicas durante a formação acadêmica.

Cabe dessa forma, aos gestores dos serviços públicos que dispõem de fitoterapia e plantas medicinais, além de incentivar e articular a formação dos profissionais nessa área, que vai desde a aproximação com a academia através da abertura ao ensino-serviço, até a educação permanente dos profissionais da rede, promoverem também a divulgação de materiais com informações técnico-científicas necessárias ao seu uso racional, de forma a reduzir os receios que as cercam na prática profissional da atenção básica.

### 6.3.2 Sobre o desejo de formação

Contrapondo ao baixo percentual de profissionais com relato de formação em fitoterapia e plantas medicinais, o interesse de formação nestas práticas foi manifestado pela maioria dos profissionais em conjunto, havendo apenas entre alguns profissionais da categoria médica desinteresse nesse tipo de formação.

Barreto (2011) verificou que entre os profissionais de saúde, os médicos são os que possuem maior resistência às práticas alternativas, verificando também significativo desconhecimento sobre essas práticas entre eles. Embora a aplicação fitoterápica no tratamento de doenças não seja reconhecida como especialidade médica pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), a implantação de cursos de fitoterapia reconhecidos pelo Ministério da Educação (MEC) representa um passo importante para a credibilidade e segurança em tal prescrição.

A procura por cursos de formação em fitoterapia por médicos e demais profissionais da área de saúde encontra-se em crescimento no Brasil, talvez em função da necessidade de obter conhecimentos específicos na área, raramente oferecidos nas universidades. O novo olhar sobre a melhora da qualidade dos fitoterápicos e seus resultados terapêuticos levou, inclusive, algumas categorias profissionais a reconhecerem a fitoterapia como especialidade (CARVALHO, 2012).

O interesse social crescente em práticas integrativas e complementares tem levado os profissionais de saúde a buscarem formação pessoal independente da gestão do SUS capacitar, incentivar ou contratar profissionais habilitados nessas práticas. Este fato pode ser considerado um fenômeno social que precede e transcende as políticas e que pode e deve ser aproveitado (SANTOS; TESSER, 2012).

Muitas vezes, a demanda oriunda do próprio paciente leva aos profissionais a buscarem fontes informais de informação. As leituras de material não técnico, televisão, contato com outras pessoas e outros tipos de fonte de conhecimentos são predominantes em função do movimento de busca por informações pelos profissionais que possam suprir as necessidades com que se defrontam no cotidiano de trabalho na atenção básica à saúde (ROSA; CÂMARA; BÉRIA, 2011).

A capacitação das equipes de Saúde da Família para o uso e manejo das plantas medicinais, dessa forma, precisa ser uma medida tomada pelos gestores municipais, assim como pelas instituições formadoras, para proporcionar conhecimentos aos profissionais de saúde sobre sua eficácia e segurança, possibilitando outras opções terapêuticas e dessa forma, envolver as comunidades no resgate cultural de seu uso (THIAGO; TESSER, 2011).

A gestão municipal do Recife deve dessa forma aproveitar este posicionamento positivo dos profissionais como um caminho potencial para a efetivação das plantas medicinais e fitoterapia nos serviços de saúde, investindo, para este fim, em ações de educação permanente e na ampliação dos serviços já existentes, como o NAPI e os cursos em plantas medicinais por ele oferecidos.

#### **6.4 Implementação das Plantas Medicinais e Fitoterapia**

A implementação da fitoterapia na rede municipal de saúde do Recife mostrou-se conhecida pela maioria dos profissionais deste estudo e de forma equilibrada nas três categorias trabalhadas. Este resultado mostra-se condizente com o próprio histórico do município no que tange as práticas de cuidado integral à saúde.

Há cerca de dez anos, a fitoterapia encontra-se implantada na rede municipal de saúde do Recife com a criação da Unidade de Cuidados Integrados à Saúde – UCIS Guilherme Abath no ano de 2004, por meio da oferta de cursos de capacitação a usuários e profissionais (DANTAS, 2009), tendo sido expandida recentemente essa oferta para demais distritos sanitários com a criação de nova UCIS, o Centro Integrado de Saúde (CIS). Além destes

serviços em fitoterapia, também é disponibilizado no município um serviço de assistência farmacêutica com oferta de medicamentos fitoterápicos na rede.

Apesar da maioria dos profissionais referir o conhecimento da implementação prévia de serviços na área de plantas medicinais e fitoterapia no SUS-Recife, o desejo de implementação dessas práticas foi manifestado por praticamente a totalidade dos profissionais do estudo, inclusive os que têm ciência dos serviços já oferecidos. Sugere-se diante disto, que esta manifestação de desejo pode significar tanto o apoio aos serviços implantados, como um desejo de expansão e ampliação dos mesmos.

Alguns estudos tem também apontado para um posicionamento favorável dos profissionais de saúde quanto à inserção da fitoterapia no âmbito do SUS. Entre as razões para tal aprovação encontram-se: a ampla aceitação dos usuários, o estímulo à promoção da saúde, à valorização da prática de autocuidado e à aproximação da relação médico-paciente, fatores que contribuiriam para uma atenção básica mais efetiva. Outro fator apontado seria o benefício da ocorrência de menos efeitos colaterais e a vantagem em relação ao menor custo. (LIMA JUNIOR, 2005; BASTOS; LOPES, 2010; BARRETO, 2011; ROSA; CÂMARA; BÉRIA, 2011; GLÓRIA, 2012; FONTENELE et al., 2013; BECKER, 2012).

Da ordem socioeconômica, ainda pode-se citar a possibilidade de geração de renda através do incentivo a cadeias produtivas, como hortos comunitários e a facilidade no acesso a esta forma de tratamento pela população (LIMA JUNIOR, 2005, BRASIL, 2009c).

Outras justificativas identificadas entre profissionais de saúde, percebidas como aprovação e apoio à inserção da forma institucionalizada da fitoterapia na atenção básica incluem a possibilidade de melhor utilização da fitoterapia, disponibilidade para seu uso em agravos menores e como alternativa a medicalização excessiva, além de se constituir um instrumento de capacitação, educação continuada e permanente nessa área (FONTENELE et al., 2013, BECKER, 2012).

Diante da ampla aceitação destas práticas por usuários e profissionais, espera-se que, conforme deliberado na última Conferência Municipal de Saúde, em 2013, os serviços oferecidos sejam ampliados e expandidos a demais distritos sanitários do município, assim como sejam incluídos novos serviços em fitoterapia e plantas medicinais (CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2013) , de forma a ampliar o acesso do usuário a esta terapêutica.

## 6.5 Conhecimento sobre a Política Municipal

A Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares da cidade do Recife foi instituída em Setembro de 2012, regulamentando algumas práticas de cuidado integral à saúde que vinham sendo desenvolvidas no município desde 2004. Entre os sistemas que a integra, a Fitoterapia brasileira está contemplada, através de estratégias elencadas para seu apoio e fortalecimento no SUS Municipal (PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE, 2012).

No entanto, quando questionados sobre o conhecimento de alguma legislação vigente no município acerca das práticas de plantas medicinais e fitoterapia, um elevado percentual de profissionais participantes do estudo referiram desconhecimento.

Segundo Santos e Tesser (2012) em seu trabalho que apresenta e fundamenta um método para a implantação e promoção de acesso às PIC na atenção primária à Saúde:

A regulamentação surge da necessidade de legitimação profissional e institucional, muito comum em ambientes com gestores não sensíveis às PIC, o que desestimula ou mesmo impossibilita a atuação profissional. A regulamentação pode se dar por uma política municipal, com trâmites legais próprios, ou, de forma mais simples, por ato institucional do gestor municipal, estabelecendo normas gerais para o desenvolvimento das PIC, em consonância com a PNPIC, tais como: fluxos de acesso aos usuários, organização da demanda, estruturação dos serviços e do processo de trabalho das equipes, registros de atendimentos e procedimentos, disponibilização de medicamentos e insumos relacionados, processos educativos e de participação social, etc.

(SANTOS; TESSER, 2012, p. 3016)

Contudo, segundo os mesmos autores, somente a regulamentação não garante a expansão sustentável das PIC na atenção primária à saúde. Para sua implementação é necessária a divulgação da regulamentação, através de encontros com profissionais e gestores, com ampla discussão sobre as diretrizes de ação para promoção, sensibilização e apoio às PIC (SANTOS; TESSER, 2012).

Remetendo à própria Política Municipal, entre suas estratégias para apoio à fitoterapia no âmbito municipal, encontra-se o apoio matricial e educação permanente aos profissionais de saúde para o seu uso racional (PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE, 2012), estratégias estas que, diante dos nossos resultados, até o momento não estão mostrando-se presentes junto aos profissionais.

Diante disso, devemos refletir se o alto grau de desconhecimento da Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares do Recife pelos profissionais da Estratégia Saúde da

Família pode interferir na sua solidificação, visto que a regulamentação induz a legitimação institucional das práticas e o seu desconhecimento por parte dos profissionais, principais responsáveis pela implementação das políticas de saúde, pode perpetuar receios na execução de ações em PIC, limitando, dessa forma, sua expansão nos sistemas de saúde.

É indiscutível, nesse sentido, a necessidade de se estabelecer mecanismos eficazes de divulgação da política municipal para que, de fato, possamos obter resultados concretos no que a mesma se propõe.

## **6.6 Disponibilização de medicamentos fitoterápicos na rede de saúde**

O acesso às plantas medicinais e fitoterápicos no âmbito do SUS mostra-se uma diretriz comum a diferentes políticas nacionais de saúde, como a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), a Política Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos (PNPMF) e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), assim como também à Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares da cidade do Recife (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b; BRASIL, 2004; BRASIL, 2012c).

O principal documento no sentido de orientar a implementação das ações e serviços em fitoterapia e plantas medicinais nas diversas localidades do país, que é o Programa Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos, traz entre suas linhas de ação relacionadas ao SUS a disponibilização de plantas medicinais e fitoterápicos aos seus usuários, atendendo a demanda e às realidades loco-regionais. O programa também prevê ações de informação e comunicação, abrangendo entre o público-alvo de profissionais de saúde e usuários, com o propósito de estabelecer estratégias de comunicação para divulgação do setor plantas medicinais e fitoterápicos (BRASIL, 2009c).

Acompanhando o movimento em favor da fitoterapia enquanto prática terapêutica institucionalizada nos sistemas públicos de saúde, provocado por tais políticas nacionais, mesmo antes da criação da Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares, o município de Recife, em Janeiro de 2012, incorporou à lista de medicamentos padronizados pelo município seis medicamentos fitoterápicos com intenção de atender a uma demanda pré-existente, especialmente na estratégia saúde da família (SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO, 2012).

A política Municipal de práticas Integrativas e Complementares da cidade do Recife, criada em Setembro do mesmo ano, veio a trazer entre as estratégias para apoio e fortalecimento da fitoterapia no SUS Municipal a recomendação de aquisição e distribuição de medicamentos

fitoterápicos de acordo com as normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE, 2012). Seria este um reforço no sentido de regulamentação ao serviço disponibilizado à população oito meses antes.

Entretanto, o que se percebe diante de menos da metade dos profissionais das equipes de saúde da família participantes do atual estudo conhecerem a disponibilidade de medicamentos fitoterápicos dentro do elenco de medicamentos disponibilizados pelo município, mesmo após quase dois anos de sua disponibilização, é a necessidade de uma intervenção mais efetiva no que diz respeito aos mecanismos de comunicação entre gestão e profissionais, quanto aos recursos terapêuticos disponíveis à população usuária do sistema municipal de saúde.

A disponibilização de fitoterápicos precisa ser debatida entre profissionais da saúde, pesquisadores, gestores e o controle social (MACHADO; CZERMAINSKI; LOPES, 2012). Os profissionais da atenção básica a saúde, ao lidarem frequentemente com uso da fitoterapia nos cuidados a saúde pelas comunidades, devem estar envolvidos em conjunto na implantação, organização e estruturação dos serviços de assistência farmacêutica, inclusive nas atividades de seleção das plantas medicinais e dos fitoterápicos mais apropriados (GONÇALVES, et al. 2013).

O maior índice de desconhecimento da disponibilidade dos medicamentos fitoterápicos na rede de saúde do Recife se deu na categoria de odontologia. Este fato poderia, em partes, ser explicado pela limitação das apresentações dos fitoterápicos disponíveis na rede SUS-Recife em atender às demandas de uso odontológico.

Embora ainda sejam poucos os fitoterápicos preparados e usados para a odontologia, existem diversas tinturas e alcoolaturas para muitas patologias bucais, sendo um dos maiores benefícios dos fitoterápicos na odontologia o seu poder cicatrizante (ASSIS, 2009).

Torna-se, assim, importante que gestão municipal avalie a possibilidade de ampliação de opções dos medicamentos fitoterápicos de forma a atender às demandas das diferentes categorias profissionais, visto que, em geral, a maioria dos profissionais mantém um posicionamento positivo em relação a fitoterapia e plantas medicinais.

O discurso frequente dos profissionais das diferentes categorias neste estudo, relatando que estes medicamentos fitoterápicos já foram disponibilizados pelo município e atualmente não mais o são, provavelmente é mais um fator para este baixo percentual encontrado. Diante deste fato e considerando que o medicamento é um insumo estratégico de suporte às ações de saúde, sua falta pode interferir no tratamento à saúde da população, assim como afetar a

credibilidade dos serviços farmacêuticos prestados e do sistema de saúde como um todo (BRASIL, 2006c).

A irregularidade no abastecimento de medicamentos fitoterápicos foi também citada como ponto negativo pelos profissionais dos PSF no estudo de Costa (2005), realizado em Belém do Pará, especialmente em função da sua boa aceitação e cobrança pela população. Tal município possui como estratégia implantada desde o ano 2000 de um Programa de Fitoterapia – Programa Farmácia Nativa, produzindo fitoterápicos para a rede básica de saúde em alternativa aos medicamentos alopáticos. A pesquisa realizada em período anterior a publicação da PNPMF e da PNPIC ainda evidenciou o julgamento positivo pela de inclusão dos medicamentos fitoterápicos produzidos por tal programa no padrão de medicamentos selecionados pelo município, em função da sua eficácia e menor propensão a ocorrência de efeitos colaterais.

Assim como a ocorrência de períodos de faltas na distribuição de medicamentos fitoterápicos, Almeida (2011) alerta sobre a necessidade de se cumprir adequadamente o ciclo complexo, que envolve a aquisição das plantas medicinais e fitoterápicos no SUS, sendo o treinamento dos profissionais prescritores envolvidos na atenção básica, indispensável para evitar que o medicamento adquirido perca sua validade estocado, depreciando injustamente o uso de fitoterápicos nos sistemas de saúde.

A prescrição fitoterápica, enfim, traz em si uma peculiaridade no que se refere a quantificação da posologia, sendo indispensável para sua execução pelo prescritor da identificação do nome botânico da droga vegetal, o tipo de extrato, sua padronização e forma de apresentação, a dose-posologia e o modo de usar. Diante disso, os fitoterápicos industrializados levam certa vantagem, por disporem do planejamento posológico em seu desenvolvimento, além de trazerem em sua bula outras informações obrigatórias sobre a segurança do produto (BRASIL, 2012a).

Sendo os fatores relacionados a indicação, segurança, validade e formas de uso sido frequentemente relatados pelos profissionais da atenção básica em diversos estudos como fator de restrição ao uso da fitoterapia na atenção básica, o município de Recife, de alguma forma contorna este ponto, ao dispor de medicamentos fitoterápicos aprovados pela ANVISA, contemplando tais informações. Espera-se, desta forma, que a gestão municipal possa dispor de mecanismos mais eficazes no sentido de divulgação do serviço oferecido, capacitar os profissionais para o uso de tais medicamentos, além de normalizar a sua distribuição aos pacientes, para que se possa de fato, considerar este serviço como de fato, implementado no município.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora o município de Recife traga há dez anos um histórico de serviços em práticas integrativas e complementares e entre estas, a fitoterapia, foi a partir da criação das políticas nacionais nesta esfera (PNPIC e PNPMF) que houve a expansão dos serviços em tais práticas.

Nosso estudo se propôs a avaliar se a prescrição e recomendação da fitoterapia e plantas medicinais havia sido impactada pela implementação de ações no município do Recife, que incluíram a inserção de medicamentos fitoterápicos na rede de saúde e a criação da Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares. Entretanto, os resultados obtidos não demonstraram o impacto esperado.

Inicialmente, este achado é claramente justificado pelo baixo percentual de profissionais conhecedores da disponibilidade de medicamentos fitoterápicos através da assistência farmacêutica do Recife, assim como da Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares. Estes dados nos sugere uma falha nos mecanismos de comunicação entre a gestão municipal de saúde do Recife e os trabalhadores da atenção básica, inevitavelmente refletindo no acesso do usuário a esta terapêutica.

Outro ponto crítico encontrado foi o baixo percentual de profissionais com formação em fitoterapia e plantas medicinais no painel atual, o que pode se relacionar diretamente com a prescrição e recomendação dessas práticas na atenção básica. Embora diferentes fatores possam estar vinculados à atitude de prescrever ou recomendar tais práticas, a influência da formação dos profissionais nestas atitudes é reforçada diante da associação entre a recomendação da fitoterapia e plantas medicinais e a formação do profissional na área, evidenciada neste estudo.

Por outro lado, alguns pontos positivos também foram observados, como o posicionamento favorável dos profissionais à institucionalização da fitoterapia e plantas medicinais nos serviços públicos de saúde do município, refletido através do acentuado interesse em formação na área, assim como na manifestação do desejo de implementação de serviços na rede municipal de saúde.

Este posicionamento positivo dos profissionais deve ser aproveitado pela gestão municipal de saúde do Recife, como potencializador da efetividade na implementação dos serviços em fitoterapia e plantas medicinais na atenção básica. Dessa forma, torna-se necessário intervir nos pontos críticos, investindo na formação específica dos profissionais, através de programas de educação permanente na área, no estabelecimento de mecanismos eficazes de comunicação para o amplo conhecimento dos serviços disponíveis, assim como na elaboração



e divulgação de materiais contemplando dados científicos acerca das plantas medicinais e fitoterápicos.

Diante do exposto, percebe-se que para a efetiva implementação da fitoterapia enquanto política de saúde, é imprescindível considerar os profissionais como parte da política e reais executores da mesma, gerando seu empoderamento enquanto atores responsáveis por uma mudança no paradigma biomédico atual.

Mesmo diante dos avanços na implantação de políticas públicas em fitoterapia nos diversos municípios do país, alguns desafios ainda precisam ser contornados. Entre eles, a alocação de recursos específicos para estruturação e aquisição de materiais; a formação e qualificação dos trabalhadores em saúde; a ampliação da oferta de serviços e produtos na rede pública; ampliação do número de fitoterápicos no elenco da atenção básica e maior investimento em Pesquisa & Desenvolvimento na área, para que os usuários do SUS tenham maior acesso a serviços e produtos com qualidade, eficácia e segurança (ALMEIDA et al., 2011; BRASIL, 2012a).

Um dos maiores desafios nessa área é lutar para que as políticas nacionais que regulamentam a fitoterapia enquanto práticas integrativas e complementares, virem leis, visto que decretos e portarias podem ser extintos na ocasião de mudança de gestão. Uma das formas a se alcançar este objetivo é a municipalização das políticas de fitoterapia e plantas medicinais, visto que uma maior representatividade de municípios, aliada a pressão popular, favorece a aprovação de políticas a nível estadual e federal (MORES; CARRICONDE, 2009).

## REFERÊNCIAS

1. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Instrução Normativa nº 5 de 11 de Dezembro de 2008. Determina a Publicação da "Lista de Medicamentos Fitoterápicos de Registro Simplificado". **Diário Oficial da União** nº 242 de 12/12/08 – p. 56, 2008a.
2. \_\_\_\_\_. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 95, de 11 de Dezembro de 2008. Regulamenta o texto de Bula de Medicamentos Fitoterápicos. **Diário Oficial da União** nº 242 de 12/12/08 – p. 59, 2008b.
3. \_\_\_\_\_. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 10, de 9 de Março de 2010. Dispõe sobre a Notificação de Drogas Vegetais junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e dá outras Providências. **Diário Oficial da União** nº 46 de 10/03/10. 2010a
4. \_\_\_\_\_. **Formulário de Fitoterápicos da Farmacopéia Brasileira**/Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: ANVISA, 2011.126p.
5. \_\_\_\_\_. Resolução – RDC nº 14, de 31 de Março de 2010. Dispõe sobre o registro de medicamentos fitoterápicos. **Diário Oficial da União** nº 63 de 05/04/10 – seção 1 - p. 85, 2010b.
6. AJZEN I. The theory of planned behavior. **Organizational Behavior and Human Decision Processes**, v. 50, p. 179-211, 1991. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/074959789190020T>>. Acesso em: 06 de Fevereiro de 2014.
7. ALEXANDRE, R. F.; BAGATINI, F.; SIMOES, C. M. O. Interações entre fármacos e medicamentos fitoterápicos à base de ginkgo ou ginseng. **Revista brasileira de farmacognosia**, João Pessoa, v. 18, n. 1, p. 117-126, Março de 2008.
8. ALMEIDA, M. Z. de; LESSA, G. M.; SILVA, M. Q. O. R. da ; CARDOSO, D. N.; SANTOS, F. A. Fitoterapia no SUS no Estado da Bahia: contribuição para valorização do conhecimento e das práticas tradicionais na rede básica de saúde. **Revista Fitos**, v.6, n. 1, Dezembro de 2011.
9. ANDRADE, J. T.; COSTA, L. F. A. Medicina Complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia médica. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.19, n.3, p. 497-508, 2010.
10. ANTONIO, G. D.; TESSER, C. D.; MORETTI-PIRES, R. O. Contribuições das plantas medicinais para o cuidado e a promoção da saúde na atenção primária. **Interface**, Botucatu [online], vol.17, n. 46, p. 615-633, 2013.
11. ARAUJO, M. A. M. **Das Ervas Medicinais a Fitoterapia**. São Paulo: Ateliê Editorial, 2002. 157p.
12. ASSIS, C. Plantas medicinais na odontologia (matéria de capa). **Revista brasileira de odontologia**, Rio de Janeiro, v. 66, n. 1, p. 72-75, Jan./Jun. de 2009.

13. BAKDE, M. R. **Conhecimento popular sobre o uso de plantas medicinais e o cuidado de enfermagem**, 2008, 98 p. Dissertação (mestrado em enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Maria – Santa Maria. 2008.
14. BALBINO, E. E.; DIAS, M. F. Farmacovigilância: um passo em direção ao uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos. **Revista Brasileira de Farmacognosia**, Curitiba, v. 20, n. 6, p. 992-1000, Dezembro de 2010.
15. BARBOSA DA SILVA, N. C.; DELFINO REGIS, A. C.; ESQUIEL, M. A.; ESPIRÍTO SANTO SANTOS, J.; ALMEIDA, M. Z. Uso de plantas medicinais na comunidade quilombola da Barra II - Bahia, Brasil. **Boletín Latinoamericano y del Caribe de Plantas Medicinales y Aromáticas**, v. 11, n. 5, septiembre, 2012, p. 435-453.
16. BARRA, S. A. R. **Gestão da Estratégia Saúde da Família: o desafio de consolidar a intersetorialidade**, 2013, 200p. Dissertação (mestrado em Serviço Social) - Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz De Fora, 2013.
17. BARRETO, B B. **Fitoterapia na Atenção Primária à Saúde: a visão dos profissionais envolvidos**. 2011, 93p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2011.
18. BARROS, N. F.; SIEGEL, P.; de SIMONE, C. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: passos para o pluralismo na saúde. Book Reviews. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, p. 3066-3069, dezembro de 2007.
19. BASTOS, R. A. A.; LOPES, A. M. C. A Fitoterapia na Rede Básica de Saúde: o Olhar da Enfermagem. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 14, n. 2, p. 21-28, 2010.
20. BECKER, M. M. **Programas de Fitoterapia na Rede Pública de Saúde no Brasil**, 2012. 30 p. Monografia (Especialização em Saúde Pública) – Departamento de Saúde Pública, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2012.
21. BITTENCOURT, S. C.; CAPONI, S.; FALKENBERG, M. de B. O uso das plantas medicinais sob prescrição médica: pontos de diálogo e controvérsias com o uso popular. **Revista Brasileira de Farmacognosia**, v. 12 (supl.), p. 91-94, 2002.
22. BOTSARIS A. Brasil – Plantas Medicinais e Fitoterápicos – Um Olhar sobre a Atenção à Saúde. In BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório do 1º seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde** – PNPIC. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 196 p.
23. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a política nacional de medicamentos. **Diário Oficial da União**, Brasília, de 10/11/1998, seção 1, p. 18, 1998.
24. \_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. Resolução CNS nº 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial da União**, Brasília, de 20 maio 2004.

25. \_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. Portaria nº 971 de 3 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União** de 04/05/2006, nº 84, seção 1; p. 20-25, 2006a.
26. \_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 60 p., 2006b.
27. \_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. **Aquisição de medicamentos para assistência farmacêutica no SUS: Orientações básicas**. Brasília, DF, 2006c.
28. \_\_\_\_\_.Portaria nº 3.237 de 24 de Dezembro de 2007. Aprova as normas de execução e de financiamento da assistência farmacêutica na atenção básica em saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, de 26/12/2007, seção1, p.16, 2007.
29. \_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS – PNPIC: atitude de ampliação de acesso**. Brasília: Ministério da Saúde, 92p., 2008a.
30. \_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de Janeiro de 2008: cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília. **Diário Oficial da União** n. 43 de 04/03/2008, seção 1, f. 38-42, 2008b.
31. \_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. Direção de Administração e Finanças. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **RENISUS - Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS**. 1p, 2009a. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/RENISUS.pdf>> Acesso em: 05 de Fevereiro de 2014, 18:43.
32. \_\_\_\_\_.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**. Brasília: Ministério da Saúde, 196 p., 2009b.
33. \_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 136p., 2009c.
34. \_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. Portaria nº 886, de 20 de Abril de 2010. Institui a Farmácia Viva no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, de 22/04/2010, n. 75, 2010a.
35. \_\_\_\_\_.Portaria nº 4.217 de 28 de Dezembro de 2010. Aprova as normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial da União**, Brasília, de 29/12/2010, nº 249, seção 1, p. 72-74. 2010b.
36. \_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação nacional de medicamentos essenciais: RENAME 2010 – 7. ed.** – Brasília: Ministério da Saúde, 250 p. 2010c.

37. \_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 156 p., 2012a
38. \_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 110p., 2012b.
39. \_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. Portaria nº 533, de 28 de Março de 2012. Estabelece o elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, de 29/03/2012, seção 1, p. 96, 2012c.
40. \_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2013 – 8. ed.** – Brasília : Ministério da Saúde, 200 p., 2013.
41. BRASILEIRO, B. G; PIZZIOLLO, V. R; MATOS, D. S; GERMANO, A. M; JAMAL, C. M. Plantas medicinais utilizadas pela população atendida no “Programa de Saúde da Família”, Governador Valadares, MG, Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 629-636, Out./Dez. de 2008.
42. CANTARELLI, A. P. **Estudo da utilização de plantas medicinais pelos usuários do SUS e das práticas dos profissionais de saúde de Doutor Maurício Cardoso em relação à fitoterapia**, 2012, 70p. Trabalho de conclusão (Especialização em Gestão da Saúde) – Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Três Passos, 2012.
43. CARNEIRO, H. O saber fitoterápico indígena e os naturalistas europeus. **Fronteiras Revista de História**, Dourados, v. 13, n. 23, 13-32, 2011.
44. CARVALHO, ACB. **Plantas Mediciniais e Fitoterápicos: regulamentação sanitária e proposta de modelo de monografia para espécies vegetais oficializadas no Brasil**, 318 p., 2011. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Brasília. Brasília, 2011.
45. CARVALHO, J. C. T. **Formulário Médico-Farmacêutico de Fitoterapia**. 3ª Edição. São Paulo: Pharmabooks, 2012. 365p.
46. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN 197 / 1997**. Estabelece e reconhece as Terapias Alternativas como especialidade e/ou qualificação do profissional de Enfermagem. Rio de Janeiro, 19 de março de 1997.
47. CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Resolução CFO-82/2008** de 25 de setembro de 2008. Reconhece e regulamenta o uso pelo cirurgião-dentista de práticas integrativas e complementares à saúde bucal.
48. CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE (Recife). **Relatório Final: 11ª Conferência Municipal de Saúde: O Recife na luta pela defesa do SUS através do controle social**.

Recife, 2013.

49. CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE (Recife). **Relatório Final: 9ª Conferência Municipal de Saúde: Fortalecendo a participação e o controle social para a consolidação do SUS.** Recife, 2009, 48 p.
50. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução CNS 196/96.** Bioética. Brasília, v. 4, nº. 2, 1996
51. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **Atenção Primária e Promoção da Saúde.** Brasília: CONASS, 2011. 197 p. (Coleção para Entender a Gestão do SUS).
52. COSTA, C. M. M. **Assistência Farmacêutica no Programa Saúde da Família em Belém – Pará: organização, desafios e estratégias de reestruturação.** 2005, 132 p. Dissertação (mestrado profissionalizante em Ciências Farmacêuticas) – Faculdade de Farmácia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2005.
53. DANTAS, O. Brasil – Experiência da Secretaria Municipal de Saúde de Recife (PE). In: p. 145-151. BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório do 1º seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde – PNPIC.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
54. DIAS, M. G.; SALGUEIRO, L. Interações entre preparações à base de plantas medicinais e medicamentos. **Revista de Fitoterapia**, v. 9, n. 1, p. 5-22, 2009.
55. DIEGUES, A. C.; ARRUDA, R. S. V.; da SILVA, V.C.F.; FIGOLS, F. A. B.; ANDRADE, D. **Os Saberes Tradicionais e a Biodiversidade no Brasil.** Ministério do Meio Ambiente/ Programa Nacional de Conservação da Biodiversidade/ Universidade de São Paulo. Brasília, 2000. 176 p. Disponível em: <<http://livroaberto.ibict.br/bitstream/1/750/2/Biodiversidade%20e%20comunidades%20tradicionais%20no%20Brasil.pdf>>. Acesso em: 24/03/2014 às 22:24.
56. DIGEST, R. **Segredos e virtudes das plantas medicinais: um guia de plantas nativas e exóticas e seus poderes curativos.** Rio de Janeiro: Reader's Digest Brasil, 1999. 416p.
57. ELDIN, S.; DUNFORD, A. **Fitoterapia na atenção primária à saúde.** São Paulo: Manole, 2001. 163p.
58. FEIJÓ, A. M., BUENO, M. E. N., CEOLIN, T., LINCK, C. L., SCHWARTZ, E., LANGE, C., MEINCKE, S. M. K., HECK, R. M., BARBIERI, R. L., HEIDEN, G. Plantas medicinais utilizadas por idosos com diagnóstico de Diabetes mellitus no tratamento dos sintomas da doença. **Revista brasileira de plantas medicinais**, Botucatu, v. 14, n. 1, p. 50-56, 2012.
59. FERNANDES, T. M. **Plantas Mediciniais – memória da ciência no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004. 260p.
60. FERREIRA, V. F.; PINTO, A. C. A fitoterapia no mundo atual (editorial). **Química Nova**, São Paulo, v. 33, n. 9, p. 1829, 2010.

61. FONTENELE, R. P.; SOUSA, D. M. P de; CARVALHO, A. L. M; OLIVEIRA, F. de A. Fitoterapia na Atenção Básica: olhares dos gestores e profissionais da Estratégia Saúde da Família de Teresina (PI), Brasil. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2385-2394, Agosto de 2013.
62. GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª Ed. São Paulo: Atlas, 2006, 176p
63. GLORIA, M. Plantas medicinais, fitoterápicos e saúde pública: Um diagnóstico situacional entre profissionais da Área da saúde em Anápolis, Goiás. **Fronteiras**, v. 1, n. 2, p. 76-92, 2012.
64. GONÇALVES, N. M. T.; VILA, M. M. D. C.; GERENUTTI, M.; CHAVES, D. S. A. Políticas de Saúde para a Fitoterapia no Brasil. **Revista Cubana de Plantas Mediciniais** [online], v. 18, n. 4, p. 632-637, 2013.
65. GURLEY, B. J.; GARDNER, S. F.; HUBBAR, M. A.; WILLIAMA, D. K.; GENTRY, W. B.; CUI, Y.; ANG, C. Y. W. Cytochrome P450 phenotypic ratios for predicting herb-drug interactions in humans. **Clinical Pharmacology & Therapeutics**, v. 72, p. 276-287, 2002 *apud* DIAS, M. G.; SALGUEIRO, L. Interações entre preparações à base de plantas medicinais e medicamentos. *Revista de Fitoterapia*, v. 9, n. 1, p. 5-22, 2009.
66. HEBERLÊ, M. O. **Um estudo da concepção dos profissionais de saúde sobre as práticas integrativas e complementares em saúde**, 2013, 102 p. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Centro de Ciências Sociais e Humanas, Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, 2013.
67. HOEFFEL, J. L. M.; GONÇALVES, N. M.; FADINI, A. A. B.; SEIXAS, S. R. C. Conhecimento Tradicional e uso de plantas medicinais nas APAS'S Cantareira/SP e Fernão Dias/MG. **Revista VITAS – Visões Transdisciplinares sobre Ambiente e Sociedade**, n. 1, Setembro de 2011. Disponível em: <[www.uff.br/revistavitas/images/artigos.pdf](http://www.uff.br/revistavitas/images/artigos.pdf)>. Acesso em 23 de Março de 2014 às 19:32.
68. INTERNATIONAL CONFERENCE ON PRIMARY HEALTH CARE (1978: Alma Ata, URSS). **Report of the International Conference on Primary Health Care jointly sponsored by the World Health Organization and the United Nations Organization and United Nations Children's Fund**, Geneva, World Health Organization, 1978.
69. LIMA JUNIOR, J. F. **Perspectivas dos cirurgiões dentistas sobre a inserção da fitoterapia na atenção básica á saúde**. 2005, 108p. Dissertação (mestrado em odontologia) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, 2005.
70. LINS, J. A. B. **Práticas integrativas e complementares: uma experiência que dá certo!** 19 de Julho de 2013. Disponível em: <<http://www.redehumanizaus.net/node/64003>>. Acesso em 13 de Dezembro de 2013 às 23:47.
71. LOURES, M. C; PORTO, C. C.; SIQUEIRA, K. M.; BARBOSA, M. A.; MEDEIROS, M.; BRASIL, V. V.; PEREIRA, M. A. D. Contribuições da Fitoterapia para a qualidade

- de vida: percepções de seus usuários. **Revista de enfermagem** – UERJ, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 278-283, Abr/Jun, 2010.
72. LUZ, M. T. Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no Fim do Século XX. **PHYSIS**, Rio de Janeiro, v. 15 (Suplemento), p. 145- 176, 2005.
73. LUZ, M.T.; BARROS, N.F. **Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2012.
74. LUZ, T. M. Novos Saberes e Práticas em Saúde Coletiva. Sao Paulo: Editora Hucitec, 2003 apud BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS – PNPIC: atitude de ampliação de acesso**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
75. MACHADO, D. C.; CZERMAINSKI, S. B. C; LOPES, E. C. Percepções de coordenadores de unidades de saúde sobre a fitoterapia e outras práticas integrativas e complementares. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.36, n. 95, Out./Dez. 2012.
76. MARAVAI, S. G; COSTA, C. S. da ; LEFCHAKO, F. J; MARTINELLO, O da B; BECKER, I. R. T; ROSSATO, A. E. Plantas medicinais: percepção, utilização e indicações terapêuticas de usuários da estratégia saúde da família do município de Criciúma- SC vinculados ao PET- Saúde. **Arquivos Catarinenses de Medicina** Vol. 40, no. 4, p. 69-75, 2011.
77. MARTÍNEZ-HERNÁEZ, A. A mercantilização dos estados de ânimo. O consumo de antidepressivos e as novas biopolíticas das aflições. In: BRZOZOWSKI, F. S.; HELLMANN F.; VERDI, M.; CAPONI, S. **Medicalização da vida: Ética, Saúde Pública e Indústria Farmacêutica**. 2ª edição, Curitiba: Editora Prismas, 2013. 405 p.
78. MEDRONHO, R. A.; BLOCH, K. V.; LUIZ, R. R.; WERNECK, G.L.. **Epidemiologia**. 2ª Edição. Ed. Atheneu, 2009, 685 p.
79. MENEZES, V. A. de; ANJOS A. G, P dos; PEREIRA, M. R. D.; LEITE, A. F.; GARCIA, A. F. G. Terapêutica com Plantas Medicinais: Percepção de Profissionais da Estratégia de Saúde da Família de um Município do Agreste Pernambucano. **Odonto**, v. 20, n. 39, p. 111-122, 2012.
80. MOREIRA, J.; SANTOS, H. R.; GONÇALVES, E.; SOUZA, F. C.; SCUSSEL, J. L; VIEIRA, P. A educação permanente em saúde e sua relação com o empoderamento: Reflexões a partir das agentes comunitárias de saúde. **Revista Teias** v. 14, n. 34, p. 163-190, 2013
81. MORES, D; CARRICONDE, C. Fitoterapia como política pública no Brasil: uma conquista em construção. In: ANGELA, K., MARTI, J. F. (org.) **Políticas públicas para o semiárido: experiências e conquistas no nordeste do Brasil**. Fortaleza: Fundação Konrad Adenauer, 2009, 152 p.



82. NASCIMENTO, M. C.; BARROS, N. F.; NOGUEIRA, M. I.; LUZ, M. T. A categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 12, p. 3595-3604, 2013.
83. NATIONAL CENTER FOR COMPLEMENTARY AND ALTERNATIVE MEDICINE. **What is Complementary and Alternative Medicine?** Bethesda, Outubro de 2008. Disponível em: <<http://nccam.nih.gov/health/whatiscam/#1>>. Acesso em 16/03/2014 às 19:35.
84. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Alma-Ata. In: **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**. Brasília, 1979, 64 p. *apud* CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Atenção Primária e Promoção da Saúde. Brasília: CONASS, 2011. 197 p.
85. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. **Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS**. Selección de Medicamentos Esenciales. Ginebra, 2002. Disponible en: <[http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO\\_EDM\\_2002.2\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_EDM_2002.2_spa.pdf)> Acesso em 30/03/2014 às 23:46.
86. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. **Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023**. Ginebra, 2013, 75p.
87. PETRY, K.; ROMAN-JUNIOR, W. A. Viabilidade de implantação de fitoterápicos e plantas medicinais no Sistema Único de Saúde (SUS) do município de Três Passos/RS. **Revista Brasileira de Farmácia**, v. 93, n. 1, p. 60-67, 2012.
88. PINHEIRO, M. L. P; ANDRADE, E. D. de. Fitoterápicos como alternativa ao uso de medicamentos convencionais em odontologia. **Revista ABO Nacional** (on-line), v. 16, n. 2, Abril/Maio de 2008. Disponível em: <<http://www.abo.org.br/revista/revistaapresenta.php>>. Acesso em 21/03/2014 às 18:58.
89. PIRIZ, M. A.; MESQUITA, M. K.; CEOLIN, T.; MENDIETA, M. C.; HECK, R. M. Informantes folk em plantas medicinais e as práticas populares de cuidado à saúde. **Revista de enfermagem - UFPE on line.**, Recife, v. 7, n. 9, p. 5435-5441, Setembro de 2013.
90. POSSE, J. C. **Plantas medicinais utilizadas pelos usuários do SUS nos bairros de Paquetá e Santa Teresa: uma abordagem etnobotânica**. 2007. 115 f. Dissertação (mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Faculdade de Farmácia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.
91. PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE. Portaria Municipal nº 122/12 de 06 de Julho de 2012. Criação da Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares. **Diário Oficial da Prefeitura do Recife**, nº118, de 13/Set/2012. Recife, 2012.
92. PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria Geral de Planejamento e Gestão. **Plano Municipal de Saúde: 2006-2009**. Recife, 2005
93. PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria Geral de Planejamento e Gestão. **Plano Municipal de Saúde: 2010-2013**. Recife, 2009.

94. PUPPO, E.; SILVA, C.P. Levantamento do perfil medicamentoso e frequência de associações entre o Ginkgo (Ginkgo biloba L.) e ácido acetilsalicílico, em usuários atendidos pela FarmaUSCS de São Caetano do Sul. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, Araraquara, v. 29, n.1, p. 53-58, 2008.
95. RODRIGUES, A. G.; DE SIMONI, C. Plantas medicinais no contexto de políticas públicas. **Informe Agropecuário**, Belo Horizonte, v. 31, n. 255, p. 7-12, mar./abr. 2010.
96. RODRIGUES, A. G.; SANTOS, M. G.; AMARAL, A. C. F. Políticas públicas em plantas medicinais e fitoterápicos. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **A fitoterapia no SUS e o Programa de Pesquisa de Plantas Medicinais da Central de Medicamentos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 148 p.
97. ROSA, da C.; CÂMARA S. G; BÉRIA, J. U. Representações e intenção de uso da fitoterapia na atenção básica à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 311-318, 2011.
98. SAMPAIO, M. **Saúde**: Prefeitura lança no Recife programa pioneiro de atenção à saúde. Domingo, 6 de Junho de 2010. Disponível em: <[http://www.recife.pe.gov.br/2010/06/06/prefeitura\\_lanca\\_no\\_recife\\_programa\\_pioneiro\\_o\\_de\\_atencao\\_a\\_saude\\_172207.php](http://www.recife.pe.gov.br/2010/06/06/prefeitura_lanca_no_recife_programa_pioneiro_o_de_atencao_a_saude_172207.php)>. Acesso em 18 de Janeiro de 2014 às 20:36
99. SANTOS, F. A. Z.; SOUSA, I. M. C.; GURGEL, I. G. D.; BEZERRA, A. F. B.; Barros, N. F. Política de práticas integrativas em Recife: análise da participação dos atores. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 6, p. 1154-1159, 2011.
100. SANTOS, A. M. A.; MIRANDA, M. G.; CARDOSO, F. T.; MORAES, S. R.; AVELAR, K. E. S. Fitoterapia popular: passado e presente. **Espacios** [digital], v. 34, n. 11, p.2, 2013.
101. 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. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 3011-3024, 2012.
102. SARRETA, F. O. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS** [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 248 p. Disponível em: SciELO Books <<http://books.scielo.org>>. Acesso em 09/03/2014 às 17:30.
103. SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO. Superintendência de Comunicação. **Saúde experimenta a medicina popular – Clipping Eletrônico**. Janeiro de 2012. Disponível em: <<http://portal.saude.pe.gov.br/wp-content/uploads/2012/01/15.01.12.pdf>>. Acesso em 17 de Setembro de 2012 às 21:40.
104. SILVA, B. Q.; HAHN, S. R. Uso de plantas medicinais por indivíduos com hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus ou dislipidemias. **Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde**, São Paulo, v. 2, n. 3, p. 36-40, Set./Dez. de 2011.
105. SILVA, E. P.; SOUSA, J. L. **Utilização de práticas Integrativas e Complementares na Promoção da Saúde em uma Unidade de Saúde do Distrito Sanitário II da Cidade do Recife – PE**. Recife, 2011. Disponível em:

<<http://www.webartigos.com/artigos/praticas-integrativas-e-complementares-no-sistema-publico-de-saude/60802>>. Acesso em 15 de Dezembro de 2013.

106. SILVA, L. W. S.; HORA, F. L.; SILVA, J. de S.; FERRAZ, B. T.; SANTOS, D. C. L.; FRANÇA, C. L.; SANTANA, S. de; RIBEIRO, L. V. B.; AGUIAR, D. S. Fitoterapia: uma tecnologia de cuidado proximal comunitária à pessoa idosa e sua família – práticas populares aliadas aos conhecimentos científicos. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 35-35, março de 2012.
107. SIMIONATO, C. P.; GRANADA, G. G.; EDELWEISS, M. K. Introdução às plantas medicinais. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**: princípios, formação e prática – Porto Alegre: Artmed, v. 1, 220 p. 2012.
108. TESSER, C. D.; BARROS, N. F. de. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 914-920, Oct. 2008.
109. TESSER, C. D.; LUZ, M. T. Racionalidades médicas e integralidade. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p. 195-206, Jan./Feb. 2008.
110. THIAGO, S. C. S.; TESSER, C. D. Percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre terapias complementares. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 2, p. 249-57, 2011.
111. TOMAZZONI, M. I.; NEGRELLE, R. R. B; CENTA, M. L. Fitoterapia popular: a busca instrumental enquanto prática terapêutica. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 1, p. 115-121, 2006.
112. VEIGA JUNIOR, V. F. 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. **Revista brasileira de Farmacognosia**, v. 18, n. 2, p. 308-313, 2008.
113. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Tradicional Medicine Strategy 2002-2005**. Geneva, 2002b. 65 p

## APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados

### QUESTIONÁRIO

USF: _____
Código: <u>  M.  </u> _____
Data:     /     /

Avaliação da prática de prescrição de fitoterápicos entre profissionais das Unidades Saúde da Família (USF) do município do Recife e aspectos relacionados a sua aceitação pelos usuários

<b>1 - Local de trabalho no SUS</b> (pode marcar mais de um):			
[ 1 ] ESF	[ 2 ] Hospital	[ 3 ] Ambulatório	[ 4 ] UBS
<b>2 – Função:</b> [ 1 ] Médico(a) [ 2 ] Enfermeiro (a) [ 3 ] Dentista			
<b>3- Idade:</b> _____			
<b>4 - Sexo:</b> [ 1 ] Feminino [ 2 ] Masculino			
<b>5 - Religião/Crença:</b>			
[ 1 ] Católica	[ 2 ] Protestante	[ 3 ] Espírita	[ 4 ] Judaica
[ 5 ] Islâmica	[ 6 ] Nenhuma	[ 7 ] Outra: _____	
<b>6. Anos de estudo:</b> poderá ser marcada mais de uma alternativa			
[ 3 ] Graduação	[ 4 ] Mestrado	[ 5 ] Especialização	[ 6 ] Doutorado

**Dentre as práticas abaixo você marque se conhece, usa pra si, usa para família, prescreve, recomenda:**  
(Marque com X quando SIM) Poderá ser marcada mais de uma alternativa.

<b>FITOTERAPIA</b>				
1.( ) Conhece	2.( ) Usa pra si	3.( ) Usa para família	4.( ) Prescreve	5.( ) Recomenda
<b>PLANTAS MEDICINAIS (Chás, lambedor, banhos)</b>				
1.( ) Conhece	2.( ) Usa pra si	3.( ) Usa para família	4.( ) Prescreve	5.( ) Recomenda

<b>Já recebeu formação em alguma das práticas?</b>				
1.( ) Nenhuma	2.( ) Fitoterapia	3.( ) Plantas Medicinais	4.( ) Ambas	
<b>Gostaria de ter formação em alguma das práticas?</b>				
1.( ) Nenhuma	2.( ) Fitoterapia	3.( ) Plantas Medicinais	4.( ) Ambas	
<b>Tem conhecimento da implementação de alguma dessas práticas no SUS-Recife?</b>				
1.( ) Nenhuma	2.( ) Fitoterapia	3.( ) Plantas Medicinais	4.( ) Ambas	
<b>Gostaria que alguma das práticas acima fossem implantadas no SUS-Recife?</b>				
1.( ) Nenhuma	2.( ) Fitoterapia	3.( ) Plantas Medicinais	4.( ) Ambas	
<b>Tem conhecimento de alguma legislação vigente no município acerca dessas práticas?</b>				
1. ( ) SIM	2. ( ) NÃO			
<b>Tem conhecimento da disponibilidade de medicamentos fitoterápicos no elenco de medicamentos disponibilizados pelo município?</b>				
1. ( ) SIM	2. ( ) NÃO			

**APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Universidade Federal de Pernambuco  
Centro de Ciências da Saúde  
Programa de pós-graduação em Ciências Farmacêuticas

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**  
(Profissionais)Cód. 

M.
----

Convidamos o (a) Sr.(a) a participar voluntariamente da pesquisa:

*“Avaliação da prática de prescrição de fitoterápicos entre profissionais das Unidades Saúde da Família (USF) do município do Recife e aspectos relacionados a sua aceitação pelos usuários”.*

A pesquisa está sob a responsabilidade da pesquisadora Danielle Dayse Araújo, vinculada a Farmácia Escola Carlos Drummond de Andrade – UFPE. Av. Prof. Arthur Sá, s/n, Cidade Universitária, Recife-PE. CEP. 50.740.600. E-mail: [danielledayse@hotmail.com](mailto:danielledayse@hotmail.com); Telefone (81)3302-6593 (inclusive a cobrar)

Também participam também desta pesquisa a pesquisadora Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Leila Bastos Leal e está sob a orientação de Prof. Dr. Davi Pereira de Santana.

Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar a fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável.

**INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:**

O objetivo do estudo é avaliar a prática de prescrição de fitoterápicos entre profissionais das Unidades Saúde da Família (USF) do município do Recife e sua associação com aceitação da fitoterapia enquanto prática terapêutica, assim como conhecer, entre os usuários, a aceitação dessa prática.

O(a) senhor(a) responderá a um questionário identificado por código, que substituirá os seus dados pessoais, sendo todas as suas informações mantidas de forma confidencial e sua identidade permanecendo em sigilo em qualquer circunstância. Sua participação na pesquisa é somente durante o preenchimento do questionário, sendo de seu direito retirar o consentimento a qualquer tempo.

Os benefícios oferecidos pelo estudo estão relacionados a possibilidade de melhora nas ações de saúde na área de fitoterapia, no intuito de capacitar os profissionais de saúde neste campo, oferecendo dessa forma, melhores condições de atendimento à população. Os riscos, entretanto, oferecidos pela pesquisa, são de seu constrangimento durante o preenchimento do questionário, ao resgatar informações de sua situação de saúde, eventualmente de natureza desagradável.

Os questionários respondidos serão armazenados na Farmácia Escola Carlos Drummond de Andrade – UFPE por um período de 5 anos, sob responsabilidade da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Leila Bastos Leal

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – email: [cepccs@ufpe.br](mailto:cepccs@ufpe.br)).

---

Danielle Dayse Araújo  
Pesquisadora principal

#### CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, \_\_\_\_\_, **profissional** da USF da rede SUS do município do Recife, concordo em participar do estudo como voluntário (a). Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Recife, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2013

---

**Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.**

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

## ANEXO A – Carta de Anuência da Prefeitura do Recife



Prefeitura do Recife  
Secretaria de Saúde

**CARTA DE ANUÊNCIA**

Autorizo **Danielle Dayse Araújo e Leila Bastos Leal**, pesquisadoras do Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, a desenvolver pesquisa nas Unidades de Saúde da Família dos Distritos Sanitários I ao VI, da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: **"Avaliação da prática de prescrição de fitoterápicos entre médicos das Unidades Saúde da Família (USF) do município do Recife e aspectos relacionados a sua aceitação pelos usuários"**, sendo orientadas por Davi Pereira de Santana e co-orientadas por Leila Bastos Leal.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas da resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhuma das pessoas envolvidas será identificada e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa.


O(s) pesquisador(es) comprometem-se a trazer para esta diretoria o relatório final da pesquisa através de cópia em *Compact Disk* (CD), uma vez que só serão autorizadas novas pesquisas se não houver pendências de devolutiva do serviço.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Recife, 07 de fevereiro de 2013.

*Juliana Siqueira*  
**Juliana Siqueira** 87655-5  
P/ Gerência de Formação e Educação na Saúde

## ANEXO B – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

<b>UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-</b>	
<b>PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b>	
<b>DADOS DO PROJETO DE PESQUISA</b>	
<b>Título da Pesquisa:</b> AVALIAÇÃO DA PRÁTICA DE PRESCRIÇÃO DE FITOTERÁPICOS ENTRE MÉDICOS DAS UNIDADES SAÚDE DA FAMÍLIA (USF) DO MUNICÍPIO DO RECIFE E ASPECTOS RELACIONADOS À SUA ACEITAÇÃO PELOS USUÁRIOS	
<b>Pesquisador:</b> Danielle Araújo	
<b>Área Temática:</b>	
<b>Versão:</b> 2	
<b>CAAE:</b> 10217712.0.0000.5208	
<b>Instituição Proponente:</b> CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE	
<b>Patrocinador Principal:</b> Financiamento Próprio	
<b>DADOS DO PARECER</b>	
<b>Número do Parecer:</b> 209.194	
<b>Data da Relatoria:</b> 07/03/2013	
<b>Apresentação do Projeto:</b> Indicada na relatoria inicial.	
<b>Objetivo da Pesquisa:</b> Indicada na relatoria inicial.	
<b>Avaliação dos Riscos e Benefícios:</b> Indicada na relatoria inicial.	
<b>Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:</b> Indicada na relatoria inicial.	
<b>Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:</b> Indicada na relatoria inicial.	
<b>Recomendações:</b> Sem recomendações.	
<b>Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:</b> Apresentada a carta de Anuência e o protocolo pode ser aprovado.	
<b>Situação do Parecer:</b> Aprovado	
<b>Endereço:</b> Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS <b>Bairro:</b> Cidade Universitária <b>CEP:</b> 50.740-600 <b>UF:</b> PE <b>Município:</b> RECIFE <b>Telefone:</b> (81)2126-8588 <b>Fax:</b> (81)2126-8588 <b>E-mail:</b> cepccs@ufpe.br	



## ANEXO B – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (Continuação)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
PERNAMBUCO CENTRO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O Colegiado aprova o parecer do protocolo em questão e o pesquisador está autorizado para iniciar a coleta de dados.

Projeto foi avaliado e sua APROVAÇÃO definitiva será dada, após a entrega do relatório final, através da PLATAFORMA BRASIL ou por meio de ofício impresso e emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa/UFPE.

RECIFE, 01 de Março de 2013

---

**Assinador por:****GERALDO BOSCO LINDOSO COUTO**  
(Coordenador)

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS  
Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600  
UF: PE Município: RECIFE  
Telefone: (81)2126-8588 Fax: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br