

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM E FARMÁCIA
PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

LILIAN MARIANE PEREIRA DA SILVA

Práticas, crenças e conhecimentos autorreferidos de médicos e cirurgiões-
dentistas da Estratégia Saúde da Família de Maceió - AL sobre plantas
medicinais e fitoterapia

Maceió
2014

LILIAN MARIANE PEREIRA DA SILVA

Práticas, crenças e conhecimentos autorreferidos de médicos e cirurgiões-
dentistas da Estratégia Saúde da Família de Maceió - AL sobre plantas
medicinais e fitoterapia

Dissertação de Mestrado
apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Ciências
Farmacêuticas da Universidade
Federal de Alagoas, como
requisito para obtenção do grau
de Mestre em Ciências
Farmacêuticas.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Sâmia
Andrícia de Souza.

Co-orientadora: Sabrina Joany
Felizardo Neves.

Maceió
2014

Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico
Bibliotecário: Roselito de Oliveira Santos

S586p Silva, Emanuella Gomes da.
Práticas, crenças e conhecimentos autorreferidos de médicos e cirurgiões-dentistas da estratégia Saúde da Família de Maceió - AL sobre plantas medicinais e fitoterapia / Lilian Mariane Pereira da Silva. – Maceió, 2014.
98 f. : il.

Orientadora: Sabrina Joany Felizardo Neves.
Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Universidade Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem e Farmácia. Maceió, 2014.

Bibliografia: f. 75-81.
Apêndices: f. 82-96.
Anexos: f. 97-98

1. Plantas medicinais 2. Fitoterápicos. 3. PNPIC. 4. Saúde da família. 5. Atenção primária à saúde. I. Título.

CDU: 615.322

Folha de Aprovação

AUTORA: LILIAN MARIANE PEREIRA DA SILVA

Práticas, crenças e conhecimentos autorreferidos de médicos e cirurgiões-
dentistas da Estratégia Saúde da Família de Maceió - AL sobre plantas
medicinais e fitoterapia

Dissertação submetida ao corpo
docente do programa de Pós-
Graduação em Ciências
Farmacêuticas da Universidade
Federal de Alagoas e aprovada
em 24 de Outubro de 2014.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Sâmia Andrícia Souza da Silva, UFAL

Banca examinadora:

Dr^a. Francilene Amaral da Silva , UFS (Examinador Externo)

Dr^a. Aline Fidélis de Moura, UFAL (Examinador Interno)

Dr^a. Sâmia Andrícia Souza da Silva, UFAL (Orientadora)

**À Deus por abençoar-me todos os dias
guiando-me todos os passos.**

DEDICO.

AGRADECIMENTOS

À Deus por me dar força pra continuar a correr atrás dos meus sonhos...

À Professora Dra. Sâmia Silva pela orientação e por me fazer ver além...

À Professora Dra. Sabrina Neves pela co-orientação...

À minha família, Aluízio e Marina, pela companhia, paciência e todo amor ofertado...

Aos meus pais, Domingos e Sineide, alicerces da minha vida, pelo amor incondicional...

Aos meus irmãos, Livia e Neto, pelas palavras de apoio e presença nas horas em que precisei...

Aos amigos por estarem sempre juntos...

Aos amigos da pós-graduação e agora para vida, Victor e Antônio, por dividir as angústias destes dois anos...

Muito Obrigada!

RESUMO

SILVA, Lilian Mariane Pereira. Práticas e conhecimentos autorreferidos de médicos e cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família de Maceió - AL sobre plantas medicinais e fitoterapia. Orientadora. Sâmia Andrícia de Souza. Maceió: UFAL/ESENFAR, 2014. Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas.

Trata-se de estudo descritivo, epidemiológico analítico, quantitativo de corte transversal, que visa verificar o estado atual de conhecimentos, crenças e práticas em fitoterapia e uso de plantas medicinais de médicos e cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família do município de Maceió-AL. A amostra esperada deste estudo correspondia a 93 profissionais dos quais 62 eram médicos e 31 cirurgiões-dentistas, entretanto foram entrevistados 54 médicos e 22 cirurgiões-dentistas, houve duas recusas a participação. A coleta de dados foi realizada através de entrevistas estruturadas que, posteriormente, foram transcritas para formulários. As respostas foram codificadas e inseridas no banco de dados construído no programa Epi-Info v. 7.1.3. Os resultados analíticos foram expressos em média, frequência e/ou percentuais obtidos no Programa Epi-Info v. 7.1.3. A análise dos perfis socioeconômicos e demográficos evidenciou que 70,4% dos médicos e 77,3% dos cirurgiões-dentistas da ESF de Maceió/AL eram mulheres, possuíam idade entre 40-49 anos médicos (68,5%) e cirurgiões-dentistas (45,5%); a renda da maioria dos profissionais variou entre 10-20 salários mínimos (50,0% dos médicos e 45,4% dos cirurgiões-dentistas); 70,4% e 50% dos médicos e cirurgiões-dentistas, respectivamente, são naturais de Maceió/AL. Quanto às crenças e práticas em uso de plantas medicinais e fitoterapia, foi observado que, apesar de 85,2% dos médicos e 91,4% dos cirurgiões-dentistas acreditam na eficácia das plantas medicinais e dos fitoterápicos, o número de médicos que indicam plantas medicinais e/ou fitoterápicos é maior que o de cirurgiões-dentistas que informaram esta prática. Os resultados encontrados reforçam a importância dos profissionais prescritores da Estratégia Saúde da Família em reconhecerem a fitoterapia como uma prática complementar no cuidado e tratamento dos pacientes, para que possam orientá-los sobre a maneira adequada de preparo, conservação e utilização das plantas.

Palavras-chave: plantas medicinais; fitoterápicos; fitoterapia; PNPIC; estratégia de saúde da família; atenção primária a saúde.

ABSTRACT

SILVA, Lilian Mariane Pereira. Self-reported knowledge and practices of doctors and dentists of the Family Health Strategy Maceió - AL on medicinal plants and phytotherapy. Guidance. Sâmia Andrícia de Souza. Maceió: UFAL/ESENFAR, 2014. Postgraduate degree in Pharmaceutical Sciences.

This is a descriptive study, epidemiological analytical, quantitative, cross-sectional, which aims to check the current state of knowledge, beliefs and practices herbal medicine and use of medicinal plants of doctors and dentists of the Family Health Strategy of the municipality of Maceió- AL. The expected study sample corresponded to 93 professionals of which 62 were doctors and 31 dentists, however interviewed were 54 doctors and 22 dentists, there were two refusals to participate. Data collection was conducted through structured interviews that were later transcribed for forms. The answers were coded and entered into the database built in Epi-Info v program. 7.1.3. The analytical results were expressed as mean, frequency and/or percentages obtained in Epi-Info v. 7.1.3. The analysis of socioeconomic and demographic profiles showed that 70.4% of doctors and 77.3% of dentists FHS Maceió / AL were women, ranged in age from 40-49 years doctors (68.5%) and dentists (45.5%); income of most professionals ranged between 10-20 minimum wages (50.0% of doctors and 45.4% of dentists); 70.4% and 50% of doctors and dentists, respectively, are natural Maceió / AL. As the beliefs and practices in use of medicinal and herbal plants, it was observed that, although 85.2% of doctors and 91.4% of dentists believe in the efficacy of medicinal plants and phytotherapeutic, the number of doctors who indicate medicinal plants and/or phytotherapeutic is higher than that of dentists who reported this practice. The results reinforce the importance of prescribers of the Family Health Strategy in recognizing phytotherapy as a complementary practice in the care and treatment of patients, so that they can guide them on the proper way of preparation, storage and use of plants.

Keywords: medicinal plants, phytotherapeutic, phytotherapy; PNPIC; family health strategy; primary healthcare.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Distribuição dos municípios que ofertam serviços com plantas medicinais e/ou fitoterapia no Brasil.	29
Figura 2 -	Número de municípios por Unidade Federativa que oferecem recursos terapêuticos com plantas medicinais e/ou fitoterápicos.	32
Figura 3 -	Mapa de Maceió/AL com a delimitação dos Distritos Sanitários.	38

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição de Unidades Básicas de Saúde (n=38), Equipes da Estratégia Saúde da Família (n=76) e Profissionais (n=115) por Distrito Sanitário, Maceió/AL.	38
Tabela 2 - Perfis sócio-econômico e demográfico dos médicos da ESF de Maceió/AL, 2014 (n=54).	43
Tabela 3 - Perfis sócio-econômico e demográfico dos cirurgiões-dentistas da ESF de Maceió/AL, 2014 (n=22).	45
Tabela 4 - Conhecimentos autorreferidos dos médicos (n=54) e cirurgiões-dentistas (n=22) da ESF Maceió/AL para termos utilizados em fitoterapia e uso de plantas medicinais, classificados em: acerto, acerto parcial, erro e não soube responder, 2014.	48
Tabela 5 - Relação categoria profissional e diferença entre o uso de plantas medicinais e a fitoterapia, classificada em acerto, acerto parcial e erro, 2014.	51
Tabela 6 - Perfil das fontes utilizadas para a construção de saberes sobre plantas medicinais e fitoterapia por médicos e cirurgiões-dentistas da ESF, Maceió/AL, 2014.	52
Tabela 7 - Plantas Medicinais citadas pelos médicos e cirurgiões-dentistas da ESF de Maceió/AL, 2014.	62
Tabela 8 - Relação entre categoria profissional e risco na utilização concomitante de plantas medicinais e/ou remédios caseiros com medicamentos sintéticos, Maceió, 2014.	66

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Definições de remédios caseiros.	22
Quadro 2 -	Legislações sobre plantas medicinais e fitoterápicos, vigentes até 2013.	33
Quadro 3 -	Diferenças entre Medicamentos Fitoterápicos e Produtos Tradicionais Fitoterápicos atribuídas pela RDC nº 26/2014 da ANVISA.	34
Quadro 4 -	Termos adotados no questionário de validação e modificação adotada após a validação.	40

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Tipos de remédios caseiros citados pelos profissionais médicos e cirurgiões-dentistas da ESF de Maceió/AL (n de médico = 54 e n de cirurgião-dentista = 22), 2014.	49
Gráfico 2 -	Perfil das respostas dos médicos e cirurgiões-dentistas da ESF de Maceió/AL para as diferenças entre o uso de plantas medicinais e a fitoterapia classificadas de acordo com: acerto, acerto parcial, erro e não soube responder (n de médico = 54 e n de cirurgião-dentista = 22), 2014.	50
Gráfico 3 -	Perfil das respostas dos médicos e cirurgiões-dentistas da ESF de Maceió/AL para as diferenças entre os termos infuso e decocto, classificadas em: acerto, acerto parcial, erro e não soube responder (n de médico = 54 e n de cirurgião-dentista = 22), 2014.	52
Gráfico 4 -	Perfil das respostas dos médicos e cirurgiões-dentistas da ESF de Maceió/AL sobre crença na eficácia das plantas medicinais na forma de remédio caseiro e/ou nos fitoterápicos (n de médico = 54 e n de cirurgião-dentista = 22), 2014.	55
Gráfico 5 -	Perfil de uso autorreferido de plantas medicinais na forma de remédio caseiro e/ou fitoterápicos pelos médicos e cirurgiões-dentistas da ESF de Maceió/AL (n de médico = 54 e n de cirurgião-dentista = 22), 2014.	57
Gráfico 6 -	Perfil de indicação de plantas medicinais e/ou fitoterápicos pelos profissionais médicos e cirurgiões-dentistas aos pacientes da ESF de Maceió/AL (n de médico = 54 e n de cirurgião-dentista = 22), 2014.	59
Gráfico 7 -	Perfil da escolha dos profissionais médicos e cirurgiões-dentistas por indicar um fitoterápico ao invés de um medicamento sintético para tratarem a mesma doença ou sintoma (n de médico = 30 e n de cirurgião-dentista = 1).	61

Gráfico 8 -	Perfil do relato dos profissionais médicos e cirurgiões-dentistas sobre a preferência da opção terapêutica dos usuários da ESF de Maceió/AL (n de médico = 54 e n de cirurgião-dentista = 22), 2014.	63
Gráfico 9 -	Perfil da opinião dos profissionais médicos e cirurgiões-dentistas da ESF de Maceió/AL sobre a utilização de plantas medicinais e/ou fitoterápicos pelos usuários (n de médico = 54 e n de cirurgião-dentista = 22), 2014.	64
Gráfico 10 -	Perfil da opinião dos profissionais médicos e cirurgiões-dentistas da ESF de Maceió/AL sobre o uso concomitante de plantas medicinais e/ou fitoterápicos com medicamentos sintéticos pelos usuários (n de médico = 54 e n de cirurgião-dentista = 22), 2014.	65

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ACS	Agente Comunitário de Saúde
BPA	Boas Práticas Agrícolas
BPF	Boas Práticas de Fabricação
BPFC	Boas Práticas de Fabricação e Controle
CD	Cirurgião-Dentista
CFO	Conselho Federal de Odontologia
CIPLAN	Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DEC	Decreto
DS	Distrito Sanitário
ESF	Estratégia Saúde da Família
GM/MS	Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde
MAPA	Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento
MNPC	Medicina Natural e Práticas Complementares
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNPMF	Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos
PSF	Programa Saúde da Família
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RE	Resolução Especial
RES	Resolução
SINITOX	Sistema Nacional de Informações Tóxico-farmacológicas
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNC	Sistema Nervoso Central
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	REVISÃO DA LITERATURA	17
2.1	Estratégia Saúde da Família (ESF)	17
2.1.1	A Estratégia Saúde da Família em Maceió/AL	18
2.2	Uso de Plantas Medicinais e da Fitoterapia	20
2.3	Políticas Públicas Voltadas à Inclusão da Fitoterapia e Plantas Medicinais no Sistema Único de Saúde	24
2.3.1	Histórico Nacional de Implantações da Fitoterapia e Uso de Plantas Medicinais	28
3	OBJETIVOS	36
3.1	Geral	36
3.2	Específicos	36
4	METODOLOGIA	37
4.1	Tipo de Estudo	37
4.2	Aspectos Éticos	37
4.3	Local do Estudo	37
4.4	População e Amostra	38
4.5	Instrumento de Coleta de Dados e Validação das Questões	39
4.6	Coleta de Dados	40
4.7	Análise dos Dados Coletados	40
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	42
5.1	Dados Socioeconômicos e Demográficos	42
5.2	Conhecimentos Sobre Uso de Plantas Medicinais e Fitoterapia	46
5.3	Crenças e Uso Autorreferido de Plantas Medicinais e Fitoterápicos	53
5.4	Atuação Profissional no Âmbito da Indicação das Plantas Medicinais e dos Fitoterápicos	59
5.5	Políticas Públicas	70
6	CONCLUSÃO	73
	REFERÊNCIAS	75
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	82

APÊNDICE B – Instrumento de Coleta de Dados	86
APÊNDICE C – Termo de Concordância da Unidade Básica de Saúde	88
APÊNDICE D – Levantamento de possíveis problemas/interações no uso concomitante entre plantas medicinais e/ou fitoterápicos com medicamentos sintéticos.	89
ANEXO A – Autorização Secretaria Municipal de Saúde de Maceió	97
ANEXO B – Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa	98

1 INTRODUÇÃO

A utilização de plantas medicinais faz parte das práticas da medicina popular, transmitida tradicionalmente pela forma oral passada de geração em geração. Dentre os métodos utilizados na medicina natural, este é, de longe, o mais antigo, o mais estudado e o que demonstra os melhores resultados (BRUNING; MOSEGUI; VIANNA, 2012; BARRETO, 2011).

Em 2006, foi aprovada a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), pelo Governo Federal, com o objetivo de garantir à população brasileira o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, promovendo o uso sustentável da biodiversidade, o desenvolvimento da cadeia produtiva e da indústria nacional, pretendendo com essa política ampliar as opções terapêuticas aos usuários, com garantia de acesso as plantas medicinais, aos fitoterápicos e aos serviços relacionados à fitoterapia, com segurança, eficácia e qualidade, na perspectiva da integralidade da atenção à saúde (BRASIL, 2006b; BRASIL, 2006c).

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) mostram que cerca de 80% da população dos países em desenvolvimento utilizam fitoterápicos e práticas populares nos seus cuidados primários de saúde, dos quais aproximadamente 85% utilizam extratos de plantas ou preparações destas (OMS, 1979; GONÇALVES; ALVES FILHO; MENEZES, 2005; SOUZA et. al., 2013; SIVIERO et. al., 2012).

Com a introdução da medicina alopata esse modo de curar foi deixado à parte até que, por causa de seus efeitos colaterais ou devido ao elevado custo ou ainda pela própria conscientização da população do uso abusivo dos medicamentos alopáticos, a fitoterapia foi retomada e colocada em destaque, aumentando consideravelmente o interesse por esta prática entre usuários, pesquisadores e serviços de saúde em todo o mundo. A fitoterapia, na condição de método terapêutico complementar, vem sendo incorporada e consolidada como mais um recurso na prática do cuidado (ALVES; SILVA, 2003; BRASIL, 2012a; CANDIDO; LEITE, 2008; RUAS, 2013).

Práticas como estas já estão sendo implantadas nos serviços públicos de saúde há algum tempo, e ocorrem prioritariamente na Estratégia Saúde da Família (ESF), pois esta é tida como meio para a mudança do modelo

assistencial, iniciado na atenção básica, com foco nas famílias e nos problemas identificados nas regiões atendidas, priorizando a promoção da saúde, a integralidade, qualidade, igualdade e participação da comunidade, aliando saberes populares às parcerias nos cuidados de saúde, havendo recíproco fortalecimento: para os tratamentos complementares – maior aceitação pelas comunidades; para a estratégia - aumenta o vínculo com os usuários, pois dá voz e autonomia a participação popular (CANDIDO; LEITE, 2008; BRASIL, 2012a).

Em face da possível utilização de plantas medicinais e da fitoterapia na ESF de Maceió, o objeto deste estudo propõe avaliar o conhecimento dos profissionais prescritores inseridos nas equipes da Estratégia Saúde da Família, pressupondo que suas ações buscam constantes maneiras de melhorar o acesso dos usuários à saúde; reafirmando o papel da ESF aproximando trabalhadores de saúde e comunidade e ampliando as ofertas de cuidado, conseqüentemente o princípio da integralidade do SUS.

Trata-se de um trabalho de bastante relevância, visto não termos encontrado pesquisas semelhantes sendo executadas no estado de Alagoas, bem como, pela evidente escassez de trabalhos de mesmo cunho investigativo publicados nacionalmente. Neste contexto, fornecerá subsídios para uma possível elaboração e implementação de políticas públicas municipais de práticas complementares de saúde, visto levar em consideração a visão e a atuação do profissional prescritor das equipes de Saúde da Família de Maceió/AL, envolvendo o uso de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Práticas populares relacionadas à utilização de plantas medicinais são alternativas viáveis que muitas populações em todo o mundo têm para o tratamento de agravos a saúde ou a manutenção da mesma (PINTO; AMOROZO; FURLAN, 2006). A medicina popular contribui continuamente com as ciências humanas, em virtude da elevada quantidade de informações de caráter empírico disponibilizadas, influenciadas pelas características socioculturais e econômicas nas quais a população está inserida (ALBERTASSE; THOMAZ; ANDRADE, 2010).

O modelo de saúde predominante na sociedade contemporânea está focado no cuidado da doença, nas especialidades médicas de partes do corpo humano e no uso do tratamento alopático. Este modelo legitimado ignora outras práticas do saber em que o cuidar não se restringi ao corpo humano, mas também à família a que ele pertence (CEOLIN et. al., 2011). Os profissionais de saúde acabam por ter uma formação curativista, oriunda de um modelo biomédico, que valoriza o desenvolvimento tecnológico e busca satisfazer uma sociedade consumista. Por esta razão, os tratamentos alternativos em saúde passam a não ter valor, o que resulta numa dependência entre médicos e medicamentos industrializados, caracterizando a “medicalização da sociedade” (BRUNING; MOSEGUI; VIANNA, 2012).

2.1 Estratégia Saúde da Família (ESF)

Em virtude das várias crises vividas pelo setor de saúde, o Ministério da Saúde em 1994, instituiu o Programa Saúde da Família (PSF) na saúde pública brasileira, que quatro anos mais tarde foi transformado em Estratégia Saúde da Família, uma política de Estado que objetiva a reorientação do modelo de assistência do SUS partindo do reforço de seus princípios e diretrizes, com intuito de implementação de uma atenção primária efetiva e resolutiva, que prioriza ações de promoção e proteção da saúde e tratamento de agravos das famílias atendidas, este modelo vem em substituição do modelo assistencial tradicional voltado para a cura de doenças. Desta forma, a ESF veio para promover a saúde por meio de ações básicas que podem incorporar ações programáticas de forma mais abrangente, contando com incentivos financeiros específicos e transferências de recursos econômicos federais calculados

baseados no número de habitantes de cada município (DAB, 2000; BRASIL, 2000; SANTOS; NUNES; MARTINS, 2012; ESCOREL, 2007).

A ESF preconiza uma equipe multiprofissional composta por, no mínimo, um médico generalista, um enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Outros profissionais de saúde podem ser incorporados a depender das demandas e características dos serviços de saúde locais, como cirurgião-dentista e auxiliar de saúde bucal, sendo esta a totalidade da formação da equipe de saúde da família. A equipe trabalha com definição de área de abrangência, cadastramento e acompanhamento da população residente em seu território, recomendando-se que cada uma seja responsável por 600 a 1.000 famílias ou por 2.400 a 4.500 pessoas (ESCOREL, 2007; BRASIL, 1997).

O trabalho das equipes ocorre predominantemente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), nos domicílios e com a mobilização da comunidade. Constitui a porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde. Atende um território delimitado, priorizando-se áreas de risco; intervindo sobre os fatores de risco que possam ameaçar a comunidade; presta assistência integral, contínua e de qualidade, por realizar atividades de educação e promoção da saúde e por instituir um novo tipo de assistência que vê a família como um foco em sua totalidade e habitat natural (PAIM, 2006).

A atuação do médico generalista e do cirurgião-dentista não deve estar restrita aos problemas de saúde de sua clientela, seus papéis envolvem ações que devem ser realizadas enquanto os indivíduos atendidos pela ESF ainda estejam saudáveis. Ressalta-se que estes profissionais devem buscar compreender as enfermidades prevalentes em sua área, baseando-se em seu contexto pessoal, familiar e social. A convivência contínua permite esse conhecimento e o estreitamento do vínculo de responsabilidade para a resolução dos problemas e promoção e manutenção da saúde dos indivíduos (BRASIL, 1997).

2.1.1 A Estratégia Saúde da Família em Maceió/AL

Em atendimento ao estabelecido pela Lei Orgânica 8080/1990, Maceió originou a Secretaria Municipal de Saúde e o Conselho Municipal de Saúde, instituídos através da Lei Municipal 3.997, de 07 de agosto de 1990. Iniciou-se

em 1993, após estudos detalhados, um processo de descentralização, contando com participação ativa da sociedade, dividindo o município em sete Distritos Sanitários, ao passo em que se ampliava a rede de serviços do SUS, atendendo as necessidades do perfil sócio-demográfico e epidemiológico das regiões (CANDIDO; LEITE, 2008).

No ano de 1996, Maceió estende sua rede de atenção primária, propondo como estratégia de reorganização dos serviços de saúde e em parceria com o Ministério da Saúde, a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) (CANDIDO; LEITE, 2008).

Inicialmente, a primeira equipe foi criada em setembro do mesmo ano, no bairro do Benedito Bentes, tendo como população atendida a localidade da “Grotta da Alegria”. Houve crescimento no número de novas equipes implantadas no decorrer dos anos: em 1997 mais 20 equipes de saúde da família; em 1998, mais 26 equipes; em 1999, mais duas e em 2000 mais oito equipes, totalizando 57 equipes com percentual de cobertura de 22% de sua população (CANDIDO; LEITE, 2008).

Em 2000, houve a inserção do Programa de Saúde Bucal em algumas equipes de Saúde da Família, a equipe de Saúde Bucal sendo composta por um Auxiliar de Saúde Bucal e/ou um Técnico de Higiene Dental e um Cirurgião-Dentista, sendo esta responsável por até duas equipes da ESF (CANDIDO; LEITE, 2008).

Entre 2004 e 2006, criou-se mais 15 equipes, aumentando o número para 72 equipes com distribuição nos sete Distritos sanitários e ampliando o percentual de cobertura para 27,4%, o que correspondia a aproximadamente 232.644 habitantes, naquele período despontava como o penúltimo lugar de cobertura populacional em saúde dentre as capitais do nordeste (MACEIÓ, 2006).

Recentemente, mais um Distrito Sanitário foi originado e implantaram-se mais quatro equipes de ESF, totalizando atualmente, 76 equipes de ESF contando com 39 equipes de Saúde Bucal, nos oito Distritos Sanitários (DS), distribuídas em 38 UBS, acompanhando aproximadamente 247.403 pessoas, segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió, 2014.

2.2 Uso de Plantas Medicinais e da Fitoterapia

A introdução da utilização de plantas medicinais aqui no Brasil se deu como prática indígena, que aliada a outras práticas oriundas da África e Europa, trazidas pelos escravos e portugueses, deram origem a uma rica cultura popular, reflexo dessas uniões étnicas, permitindo-se sua difusão, aprimoramento e transmissão às gerações subsequentes. Apesar das plantas medicinais estarem inseridas na cultura popular o uso desta prática diminuiu e foi deixado à parte, em virtude do processo de industrialização e dos progressos obtidos na síntese química de fármacos com a introdução da medicina alopata. Entretanto, por causa dos efeitos colaterais ou ainda devido ao elevado custo destes medicamentos, a fitoterapia e a utilização destas plantas foi retomada e colocada em destaque (ALVES; SILVA, 2003; BARRETO, 2011).

Graças à evolução científica e ao aprimoramento de pesquisas descobriu-se que as substâncias químicas ativas contidas nas plantas são capazes de produzir efeitos benéficos que podem ser uma maneira eficaz de atendimento primário a saúde, complementando o tratamento geralmente empregado para a população, por vezes, de baixa renda (BRUNING; MOSEGUI; VIANNA, 2012; BARRETO, 2011).

O uso de fitoterápicos e das plantas medicinais como alternativa de cuidado do sistema informal de saúde da população visa à promoção da mesma e o tratamento de doenças, priorizando uma melhor qualidade de vida, evitando o uso de medicamentos alopáticos sintéticos, utilizando-os somente se necessário (CEOLIN et. al., 2011). A utilização de plantas medicinais e de fitoterápicos vem em maior crescimento nos países desenvolvidos, o que pode ser justificado pelo inexpressivo investimento em estudos científicos, tecnologia e pesquisas nos países em desenvolvimento, realidade que aos poucos vem sendo modificada, expandindo a consolidação destas práticas mundialmente (SILVA, 2009; RUAS, 2013).

Nos últimos anos o interesse pela Fitoterapia cresceu consideravelmente entre usuários, pesquisadores e serviços de saúde, em razão da vasta gama de informações e esclarecimentos que esta prática medicinal destina à ciência (ALVES; SILVA, 2003; SOUZA et. al., 2013). A utilização das plantas como medicamentos, remota desde os primórdios, e supõe-se que mais de 70% dos medicamentos delas derivados foram desenvolvidos como resultados de

estudos químicos baseados em plantas utilizadas na medicina popular (SIVIERO et. al., 2012; SANTOS; NUNES; MARTINS, 2012).

O Brasil possui a maior biodiversidade do planeta, com aproximadamente 23% das espécies vegetais existentes no mundo, além de uma rica diversidade étnica e cultural. O conhecimento popular associado ao uso de plantas medicinais resulta num grande potencial, necessário ao desenvolvimento de pesquisas que geram tecnologias e terapêuticas apropriadas; motivo que o leva a ser um grande exportador de matéria-prima vegetal, como observado em dados obtidos pelo Ministério da Saúde (2006) entre 1994 e 1998, o Brasil importou 1.521 e 1.466 toneladas para EUA e Alemanha, nesta ordem. Dados oficiais sobre o comércio de medicamentos fitoterápicos no Brasil inexistem, entretanto estima-se algo em torno de 350 a 550 milhões de dólares (BRASIL, 2006; RUAS, 2013).

As plantas medicinais, de acordo com a RDC 14 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), de março de 2010, são “espécies vegetais, cultivadas ou não, utilizadas com finalidades terapêuticas”. Seu estudo permite o entendimento das bases científicas para utilização medicinal de algumas espécies, desenvolvimento de medicamentos fitoterápicos a custos relativamente baixos, bem como extrair, isolar e purificar compostos vegetais visando à obtenção de fitofármacos e a possibilidade de descoberta de novas drogas (SIVIERO et. al., 2012; BARRETO, 2011). Ressalta-se ainda a fácil acessibilidade em sua aquisição e as muitas características culturais no modo de utilização afins com a população, cujos benefícios advindos desta somam-se aos da terapêutica tradicional (ALVES; SILVA, 2003).

Esta mesma resolução ainda define como medicamentos fitoterápicos, aqueles:

Medicamentos obtidos exclusivamente de matérias-primas ativas vegetais, não considerando aqueles que incluem em sua composição substâncias ativas isoladas, sintéticas ou naturais, nem suas associações com extratos vegetais. São caracterizados pelo conhecimento de sua eficácia e dos seus riscos de uso, bem como por sua reprodutibilidade e constância de qualidade (BRASIL, 2010).

O que deixa claro a diferença existente entre estes e os fitofármacos, que em sua definição fornecida pela ANVISA, disposta na RDC 24/2011 afirma que são:

Substâncias purificadas e isoladas com estrutura química e atividade farmacológica definidas, oriundas de material vegetal, sendo utilizadas como ativos em medicamentos com finalidades profilática, paliativa ou curativa. Compostos que foram isolados e que sofreram alguma etapa de semi-síntese ou modificação de sua estrutura química, não são considerados fitofármacos (BRASIL, 2012a).

Segundo a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, a Fitoterapia é 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, 2006a). A Fitoterapia baseia-se nos princípios farmacológicos da alopatia, entretanto apresenta características que envolvem uma noção mais abrangente do corpo e de seus cuidados (BRASIL, 2006b).

De acordo com o Formulário de Fitoterápicos da Farmacopéia Brasileira remédio caseiro é um preparado medicamentoso cuja utilização (prescrição, dispensa e/ou administração) envolve algum elemento de receita ou fórmula, ao menos em um passo na prescrição, dispensa e/ou administração, mas não necessariamente estará presente em todas as etapas (BRASIL, 2012b). O Quadro 1 exemplifica alguns tipos de remédios caseiros e dá suas definições.

Quadro 1– Definições de remédios caseiros.

Remédio Caseiro	Definição
Banho de assento	É a imersão de parte do corpo em água morna, na posição sentada, cobrindo apenas as nádegas e o quadril geralmente em bacia ou louça adequada (BRASIL, 2012b).
Bochecho	É a agitação de líquido (infuso, decocto ou macerado) na boca fazendo movimentos na bochecha. Ao final do processo, o líquido não deve ser engolido (BRASIL, 2012b).

Continua...

Quadro 1– Definições de remédios caseiros.

Continuação...

Cataplasma	Preparado de farinha e água, em geral quente, podendo ser adicionado de planta triturada ou do cozimento da planta em lugar da água, que é aplicado entre dois panos finos sobre a lesão (MATOS, 2002).
Compressa	Consiste em colocar um pano ou gaze, sobre a lesão, embebido com infuso ou decocto, frio ou aquecido, a depender da indicação (BRASIL, 2012b).
Decocção	Preparo que consiste na ebulição da droga vegetal em água potável por determinado período de tempo. Método mais agressivo de extração indicado para partes vegetais de consistência mais rígidas, como cascas, raízes, rizomas, caules, sementes e folhas coriáceas (BRASIL, 2012b).
Garrafadas	Consiste em colocar substâncias de origem, vegetal ou animal, imersas, em geral, em vinho branco licoroso ou cachaça, por certo tempo (CAMARGO, 2011).
Inalatórios	É a inspiração nasal ou oral de vapores oriundos da infusão ou decocção pelo trato respiratório (BRASIL, 2012b).
Infusão	Consiste em imergir o material vegetal em água fervente e, posteriormente, abafar o recipiente por determinado tempo. É indicada para partes vegetais de consistência menos rígidas como folhas, flores, inflorescências e frutos, ou que contenham substâncias ativas voláteis (BRASIL, 2012b).
Lambedor	Preparação espessa de açúcar adicionada de chá ou cozimento, normalmente utilizada para tratamento de dores de garganta, tosse e bronquite. Preparo: À Frio: filtra a mistura depois de três dias de contato, com três a quatro agitações fortes a cada dia. À Quente: ferve a mistura até que o açúcar seja dissolvido, posteriormente filtra. Deve ser acondicionado em recipiente limpo e bem fechado (MATOS, 2002).
Maceração	Consiste em deixar o material vegetal, convenientemente pulverizado, em contato com um meio extrator por no mínimo sete dias seguidos, com agitação diária, em recipiente que não permita contato com a luz, bem fechado, em local com pouca iluminação e a temperatura ambiente. Após o tempo de maceração filtra-se a mistura, lava-se aos poucos o resíduo retido no filtro com o meio extrator até obter o volume desejado (BRASIL, 2012b).

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) mostram que entre 65% e 80% da população que vive nos países em desenvolvimento tem confiança nas práticas da medicina tradicional, destinadas a assistência básica da saúde (GONÇALVES; ALVES FILHO; MENEZES, 2005). Ainda de acordo com a OMS, cerca de 80% da população dos países em desenvolvimento

utilizam fitoterápicos e práticas populares nos seus cuidados primários de saúde, dos quais cerca de 85% utiliza extratos de plantas ou preparações destas (SOUZA et. al., 2013; SIVIERO et. al., 2012).

No Brasil, o uso de terapêuticas mais econômicas para tratamentos de saúde representa pronunciável ganho nos investimentos humanos e financeiros destinados a área da saúde, por este motivo, preparações com plantas medicinais podem atuar como uma forma opcional de tratamento (SANTOS; NUNES; MARTINS, 2012).

2.3 Políticas Públicas Voltadas à Inclusão da Fitoterapia e Plantas Medicinais nos Sistemas de Saúde

A OMS, desde 1976, tem em seus objetivos de programas a promoção de tratamentos alternativos, com a disseminação de práticas úteis e eficazes e a inclusão dos conhecimentos e técnicas utilizadas na medicina ocidental. Posteriormente a isso, na Conferência de Alma-Ata em 1978, a OMS recomendou formalmente a criação e estabelecimento de políticas nacionais de saúde fundamentadas na utilização de recursos da medicina tradicional ofertada pelos sistemas nacionais de prestação de serviços em saúde (ALVES; SILVA, 2003; OMS, 1979).

Percebe-se uma expansão mundial acerca dos produtos derivados de plantas, aproximadamente 25% dos fármacos utilizados atualmente nos países industrializados provêm de maneira direta ou indireta de produtos naturais, vê-se potencial ainda maior para países que possuem grande biodiversidade, a exemplo do Brasil. A utilização de medicamentos a base de plantas medicinais teve 380% de aumento nos Estados Unidos no período entre 1990 e 1997; destaca-se também a Alemanha, na qual, estudo realizado com sua população demonstrou que cerca de 70% das pessoas afirmaram recorrer primeiramente às práticas medicinais naturais para tratamento de doenças com menor gravidade (FUNARI; FERRO, 2005).

As plantas medicinais e os medicamentos fitoterápicos são avaliados como opções terapêuticas de um método natural de prevenção, tratamento e cura que têm crescido em todas as camadas sociais das mais variadas regiões do mundo. O reconhecimento de seu valor como recurso terapêutico, farmacêutico e econômico levou muitos países a implantar a prática como

política pública de saúde. Essas ratificações são a chave para o desenvolvimento de hortos comunitários, bem como, servem de luz as autoridades governamentais, para que possam garantir fitoterápicos e ervas medicinais com qualidade para suas populações (GONÇALVES; ALVES FILHO; MENEZES, 2005; BARRETO, 2011).

O sistema de saúde pública no Brasil não possui uma política de assistência farmacêutica capaz de atender todas as necessidades medicamentosas de seus usuários, sendo esta realidade encontrada principalmente no nordeste brasileiro, cuja população mais carente passa por dificuldades para obter medicamentos essenciais e dependem diretamente da utilização de recursos naturais, especialmente plantas medicinais para atender essas carências medicamentosas e realizar a manutenção da qualidade de vida (LUCENA et. al., 2007; SOUZA et. al., 2013).

Em alguns municípios brasileiros já vêm ocorrendo, nos últimos 20 anos, a implantação de Programas de Fitoterapia na atenção básica, muitos destes atrelados a Estratégia Saúde da Família (SOUZA et. al., 2013).

Algumas das dificuldades encontradas para a utilização e indicação de plantas medicinais e para o desenvolvimento de fitoterápicos eram a escassez de estudos organizados e até há pouco a inexistência de uma política governamental instituída (SOUZA et. al., 2013).

No Brasil vem-se discutindo e sendo criadas várias resoluções que exprimem a necessidade e importância de valorizar o uso das plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos (SOUZA et. al., 2013).

A partir dos anos 80, vários documentos foram elaborados para a regulamentação desta política, destacando a introdução de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos na atenção primária no sistema público brasileiro (BRASIL, 2006a):

1986 - Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde surge pela primeira vez, num documento oficial, uma proposta para a introdução de práticas alternativas de assistência à saúde, no âmbito de serviços de saúde, permitindo ao usuário o direito democrático de escolher a terapêutica desejada e ainda, sugere a inclusão no currículo de ensino em saúde, o conhecimento de práticas alternativas (BRASIL, 1987; ALVES; SILVA, 2003).

1988 – Res. nº 8 do CIPLAN: regulamenta a implantação da Fitoterapia nos serviços de saúde e cria rotinas e procedimentos pertinentes à sua prática nas unidades assistenciais de saúde (BRASIL, 1988; NUNES, 2010).

1996 - 10ª Conferência Nacional de Saúde em que se aprova a "incorporação ao SUS, em todo o País, de práticas de saúde como a Fitoterapia, Acupuntura e Homeopatia, contemplando as terapias alternativas e práticas populares" (BRASIL, 2006a).

1998 – Publicação da Portaria nº 3.916 “Política Nacional de Medicamentos” e estabelece apoio às pesquisas, visando o aproveitamento do extenso potencial da flora e fauna brasileiras (BRASIL, 1998; NUNES, 2010).

2001 - Proposta da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (BRASIL, 2006c).

2003 – Publicação do relatório da 1ª Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica, que destaca a importância de ampliação do acesso aos medicamentos fitoterápicos e homeopáticos no Sistema Único de Saúde; publicação do Relatório final da 12ª Conferência Nacional de Saúde que delibera para a efetiva inclusão da Medicina Natural e Práticas Complementares no SUS (atual PNPIC); e ainda a promoção do Seminário Nacional de Plantas Medicinais, Fitoterápicos e Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2006a).

2004 – Surge a Resolução nº 338 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, que abrange em seus eixos estratégicos a:

Definição e pactuação de ações intersetoriais que visem à utilização das plantas medicinais e de medicamentos fitoterápicos no processo de atenção à saúde, com respeito aos conhecimentos tradicionais incorporados, com embasamento científico, com adoção de políticas de geração de emprego e renda, com qualificação e fixação de produtores, envolvimento dos trabalhadores em saúde no processo de incorporação dessa opção terapêutica e baseada no incentivo à produção nacional, com a utilização da biodiversidade existente no País (BRASIL, 2006a).

2005 - Decreto presidencial de 17/02/05 que instaura o Grupo de Trabalho para elaboração da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos; 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica que recomenda a implantação de programa para uso de medicamentos fitoterápicos no serviço de saúde (BRASIL, 2006a; NUNES, 2010).

Diante deste cenário, a Portaria nº 971/2006 aprovou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS), que visa à ampliação das opções terapêuticas aos usuários do sistema público brasileiro, garantindo o acesso às plantas medicinais e aos medicamentos fitoterápicos, primando à segurança, eficácia, qualidade e integralidade da atenção à saúde. Reafirmando ainda, por meio das Diretrizes para Plantas Medicinais e Fitoterapia, que deve existir uma Relação Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, que liste espécies com informações acerca de seus usos por comunidades locais (BRASIL, 2006b; BRASIL, 2006c).

2008 – Aprovou-se o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, Portaria nº 2.960, que define órgãos envolvidos no desenvolvimento das diretrizes da PNPMF (NUNES, 2010).

2009 – Consulta Pública objetivando a atualização da Farmacopéia Brasileira, incluindo novas plantas medicinais e revisando as já existentes, pela Agência Nacional de Saúde (NUNES, 2010).

Apesar de a PNPIC no SUS ter sido instituída em 2006, permitindo a terapêutica por meio do uso de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos, esta prática só foi reconhecida e regulamentada como prática integrativa e complementar à saúde bucal pelo Conselho Federal de Odontologia no ano de 2008, no dia 19 de novembro, através da Resolução do CFO nº 082/2008 (EVANGELISTA et. al., 2013).

Em 2012, houve a publicação do Caderno de Atenção Básica nº 31 do Ministério da Saúde intitulado “Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica” visando estimular a implantação de novos programas no SUS, com vista a melhorar o acesso da população a produtos e serviços seguros e de qualidade; sensibilizando e orientando gestores e profissionais de saúde na formulação e implantação destas políticas

e programas; estruturando e fortalecendo a atenção em fitoterapia, priorizando a Atenção Básica, Estratégia de Saúde da Família (FONTENELE et. al., 2013).

2.3.1 Histórico Nacional de Implantação da Fitoterapia e Uso de Plantas Medicinais

Atualmente, existem os mais diversos programas de Fitoterapia e plantas medicinais, de âmbitos estaduais e municipais, que variam desde aqueles já bem estruturados implantados há mais tempo, que dispõem de memento terapêutico, regulamentação específica e laboratórios de produção, até outros recém-criados ou ainda com pretensão de implantação. Em levantamento realizado pelo Ministério da Saúde no ano de 2004, verificou-se nacionalmente que a utilização da Fitoterapia e das plantas medicinais estava presente em 116 municípios, contemplando 22 estados brasileiros; em 2008, estas práticas já estavam consolidadas em 350 municípios/estados em todo o Brasil (BRASIL, 2006a; RUAS, 2013).

Segundo Barreto (2011) e Silva e colaboradores (2006), o projeto Farmácias Vivas, idealizado pelo professor Francisco José de Abreu Matos, da Universidade Federal do Ceará, organizado sob influência da OMS, foi pioneiro dessa introdução (há aproximadamente 30 anos), no município de Maracanaú/CE o programa possui características da medicina social, sem finalidade lucrativa, o qual oferece assistência farmacêutica fitoterápica às comunidades em que há carência dos programas de saúde pública, viabilizando o uso adequado de plantas locais ou regionais, que possuem atividades terapêuticas já cientificamente comprovadas.

Figura 1: Distribuição dos municípios que ofertam serviços com plantas medicinais e/ou fitoterapia no Brasil, 2012.



Fonte: Brasil, 2012a.

Inspirando-se neste projeto, outros passaram a surgir no Brasil, como exemplo cita-se adiante experiências de alguns municípios e estados, todos possuindo como referencial a PNPIC:

- Brasília/DF: Criado em 1989. Atualmente o programa se assemelha ao idealizado por Matos, pois abrange desde o cultivo até a distribuição e dispensação de diversas plantas medicinais nas mais variadas formas farmacêuticas; em 2013 foi aprovado o regimento interno, Dec. 34.213, que dita às responsabilidades do Núcleo de farmácias vivas (RUAS, 2013).

- Curitiba/PR: Vem-se utilizando plantas medicinais, como opção de terapêutica clínica, desde 1990. O programa Verde Saúde, já atinge grande parte das Unidades Básicas de Saúde do município, e objetiva estimular e resgatar o uso de plantas medicinais na comunidade, com qualidade e dispensá-los gratuitamente aos usuários (BARRETO, 2011).

- Vitória/ES: Seu programa de fitoterapia foi implantado em 1990, tomando por base um levantamento sobre o uso de plantas medicinais pela

população. Por quatro anos promoveram diversos eventos para a divulgação do programa e possibilitaram o envolvimento dos profissionais de saúde e da comunidade. Findando esta etapa, houve um crescimento de 110% no número de prescrições de fitoterápicos e de 40% no número de UBS que dispensavam tais medicamentos (BARRETO, 2011). No ano de 2008, foi aprovada a “Política das Práticas Integrativas e Complementares: homeopatia, acupuntura e fitoterapia, no Estado do Espírito Santo”; Em 2009, Vitória instituiu “Política Municipal de Plantas Medicinais e Medicamentos Fitoterápicos”, Lei nº 7.684 (BRASIL, 2012a).

- Rio de Janeiro/RJ: Em 1992, a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro criou o Programa de Plantas Medicinais e Fitoterapia do município, contando, hoje, com horto em uma fazenda modelo e duas farmácias de manipulação de fitoterápicos (BARRETO, 2011; AMORIM, 2012).

- Ceará: Existe regulamentação estadual, Lei nº 12.951, de 1999, dispondo sobre a “Política de Implantação da Fitoterapia em Saúde Pública no Estado do Ceará” (BRASIL, 2012a).

- Maringá/PR: Programa Verde Vida implantado em setembro de 2000, foi-se elaborado um Guia Fitoterápico, que dispunha de informações sobre indicações, restrições, doses, efeitos colaterais, e ainda ilustrados com fotos das plantas medicinais, os quais foram distribuídos aos profissionais de saúde da rede (BARRETO, 2011).

- Picos/PI: Implantação do Lafipi – Laboratório de Fitoterápicos, criado em 2000, visando estimular o adequado uso das plantas medicinais, em substituição aos preparados empiricamente utilizados pela população (BARRETO, 2011).

- Londrina/PR: O programa de Fitoterapia de Londrina foi implantado em 2003 buscando disponibilizar fitoterápicos, de maneira complementar aos tratamentos, na rede pública de saúde (BARRETO, 2011).

- Cuiabá/ MT: Em 2004 implantou-se o Programa de Fitoterapia e Plantas Medicinais – FITOVIVA, com a publicação do Decreto municipal nº 4.188 (BARRETO, 2011).

- Rio Grande do Sul: Instituída a “Política Intersetorial de Plantas Medicinais e de Medicamentos Fitoterápicos no Estado do Rio Grande do Sul” sob a Lei nº 108/2006; um ano mais tarde, no município de Gravataí, instituiu-

se a “Política Intersetorial de Plantas Medicinais e de Medicamentos Fitoterápicos”; em 2011, publicou-se a “Política Estadual de Plantas Medicinais, Aromáticas e Condimentares e de Fitoterápicos”, em Porto Alegre.

- São Paulo/SP: Regulamentou-se, em 2008, o “Programa denominado Qualidade de Vida com Medicinas Tradicionais e Práticas Integrativas em Saúde”, tendo como foco principal o desenvolvimento de atividades de promoção e recuperação da saúde, através de medicinas tradicionais, homeopatia, alimentação saudável, plantas medicinais; posteriormente, em 2009, cria-se sob a Lei nº 14.903, “Programa de Produção de Fitoterápicos e Plantas Medicinais” (BARRETO, 2011).

- Minas Gerais: Em maio de 2009, publicou-se a Res. nº 1.885, aprovando a “Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares”.

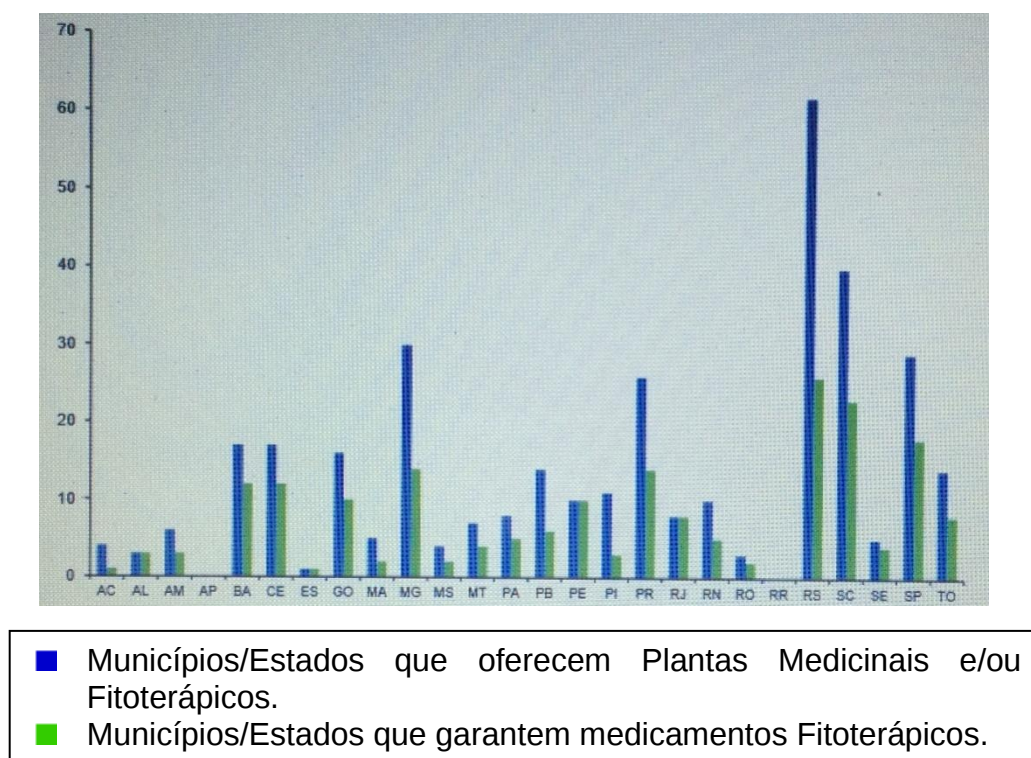
- Rio Grande do Norte: Há a “Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde do Rio Grande do Norte” desde junho de 2011.

A Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF) foi elaborada visando considerar toda a diversidade brasileira, reunida ao compromisso de instruir ou propor legislações específicas (Quadro 2) (Pág. 32) para este setor, objetivando ofertar serviços eficazes com qualidade e segurança, garantindo à população brasileira, acesso seguro, integralidade da atenção à saúde, levando em consideração o conhecimento popular sobre fitoterapia (Brasil, 2006b, Brasil, 2006c).

Como citado por Barreto (2011):

A PNPIC e a PNPMF fazem parte de um cenário de mudanças de ações e pensamentos do Governo em relação à Fitoterapia e as outras Práticas Integrativas, com a função de direcionar as práticas e diretrizes para estruturação e implantação destes recursos terapêuticos no SUS.

Figura 2: Número de municípios por Unidade Federativa que oferecem recursos terapêuticos com plantas medicinais e/ou fitoterápicos.



Fonte: Brasil, 2012a.

Em junho do corrente ano, 2014, houve a publicação da RDC nº26/2014, em que subdivide Fitoterápicos em duas classes: Medicamento Fitoterápico e Produto Tradicional Fitoterápico, cuja diferença é que a segurança e eficácia terapêutica atribuídas aos Medicamentos Fitoterápicos foram comprovadas através de estudos clínicos, enquanto que para os Produtos Tradicionais Fitoterápicos estas foram asseguradas pelo tempo de utilização na literatura técnico-científica. Entretanto para serem aprovados e liberados para o comércio e consumo, ambos devem apresentar requisitos semelhantes de controle qualidade (BRASIL, 2014a). Outras diferenças entre Medicamentos Fitoterápicos e Produtos Tradicionais Fitoterápicos são listadas no Quadro 3 (Pág. 33).

Quadro 2 - Legislações sobre plantas medicinais e fitoterápicos, vigentes até 2013.

PRODUTO	LEGISLAÇÃO	FINALIDADE
Plantas medicinais	Lei nº 5.991 (17/Dez/1973)	Controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos e insumos farmacêuticos e correlatos.
	Decreto nº 5.813 (22/Jun/06)	Política Nacional de Plantas Medicinais.
	Renisus (2009)	Relação Nacional das plantas medicinais de Interesse ao SUS.
Fitoterápico Manipulado	RDC nº 67, de 08 de outubro de 2007	Boas Práticas de Manipulação de Preparações Magistrais e Oficiais para Uso Humano em Farmácias.
	RDC nº 87, de 21 de novembro de 2008.	Boas Práticas de Manipulação em Farmácias
Medicamentos Fitoterápicos	RDC nº 48, de 16 de março de 2004	Registro de medicamentos fitoterápicos.
	RE nº 90, de 16 de março de 2004	Guia para os estudos de toxicidade de medicamentos fitoterápicos.
	RE nº 91, de 16 de março de 2004	Guia para realização de alteração, inclusões, notificações e cancelamento pós-registro de fitoterápicos.
	RDC nº 95, de 11 de dezembro de 2008	Texto de bula de medicamentos fitoterápicos.
	Instrução normativa nº 05, de 11 de dezembro de 2008	Lista de medicamentos fitoterápicos de registro simplificado.
	Instrução normativa nº 05, de 31 de março de 2010	Lista de referências bibliográficas para avaliação de segurança, eficácia de medicamentos fitoterápicos.
	RDC nº 14, de 31 de março de 2010	Registro de medicamentos fitoterápicos.
	RDC nº 17, de 16 de abril de 2010	Boas Práticas de Fabricação de Medicamentos, inclusive para medicamentos fitoterápicos.
	Portaria nº 1.102, de 12 de maio de 2010 (Ministério da Saúde)	Constitui Comissão Técnica e Multidisciplinar de Elaboração e Atualização da Relação Nacional de Plantas Medicinal e Fitoterápico- COMAFITO.
	Portaria GM/MS nº 533, de 28 de março de 2012	Elenco de fitoterápicos na Atenção Básica (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais).
Produtos Tradicionais Fitoterápicos	RDC nº 13/2013	Boas Práticas de Fabricação de Produtos Tradicionais Fitoterápicos

Fonte: BRASIL, 2014a; BRASIL, 2014b.

Quadro 3 – Diferenças entre Medicamentos Fitoterápicos e Produtos Tradicionais Fitoterápicos atribuídas pela RDC nº 26/2014 da ANVISA.

Diferenças	Medicamento Fitoterápico	Produto Tradicional Fitoterápico
Comprovação de Segurança e Eficácia/Efetividade	Estudos clínicos	Demonstração de tempo de uso
Boas Práticas de Fabricação (BPF)	Segue a RDC nº 17/2010	RDC nº 13/2013
Informações do fitoterápico para o consumidor final	Disponibilizadas na Bula	Disponibilizadas no Folheto informativo
Formas de obter a autorização de comercialização junto à ANVISA	Registro ou Registro simplificado	Registro, Registro simplificado ou notificação

Fonte: BRASIL, 2014a.

Os Produtos Tradicionais Fitoterápicos são uma nova classe de medicamentos, criada pela ANVISA, objetivando esclarecer para a população se o produto que fazem uso passou por testes clínicos de segurança e eficácia ou se foi aprovado por tempo de utilização tradicional seguro e efetivo (BRASIL, 2014a).

A comprovação de segurança e eficácia de Fitoterápicos por meio da tradicionalidade da utilização é uma forma preconizada pela OMS e consta nas principais legislações internacionais, a exemplo da Comunidade Européia, do Canadá, da Austrália e do México. No Brasil, está permitida desde a publicação da RDC nº 17/2000, posteriormente pela RDC nº 48/2004, ambas revogadas, e atualmente rege-se pela RDC nº 14/2010 que dispõe sobre os registros de medicamentos fitoterápicos. De acordo com esta resolução, existem quatro maneiras para comprovar segurança e eficácia de fitoterápicos (BRASIL, 2014a):

- Por meio de estudos não clínicos e clínicos;
- Por dados de literatura;
- Por registro simplificado;
- Pela tradicionalidade de uso.

O termo Produto Tradicional Fitoterápico não foi investigado na pesquisa, por ser de definição e legislação recentes, havendo a publicação

desta ao final da etapa de entrevistas, impossibilitando sua inclusão no instrumento de coleta.

Por as plantas medicinais e a fitoterapia terem eficácia comprovada como métodos terapêuticos, bem como, seus usos serem preconizados e incentivados pelas principais entidades mundiais de saúde, reforça-se a importância de estudos como este, relacionados aos saberes, crenças e práticas sobre estas terapêuticas, pois proporcionam maior compreensão e clareza das realidades de diversos cenários nacionais e internacionais no âmbito destas práticas complementares, faz-se fundamental avaliar recursos humanos e estruturais para que se possa tentar implantar novos recursos terapêuticos.

Ao buscarmos avaliar os conhecimentos e práticas sobre plantas medicinais e fitoterápicos dos profissionais prescritores da ESF de Maceió/AL subsidiamos informações para um melhor planejamento de inserção destes recursos terapêuticos, avaliando a realidade atual local, permite-se a elaboração de uma melhor estratégia para esta inclusão.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Verificar o estado atual de conhecimentos, crenças e práticas em fitoterapia e uso de plantas medicinais de médicos e cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família do município de Maceió/AL.

3.2 Específicos

- Traçar os perfis socioeconômico e demográfico dos médicos e cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família em Maceió/AL.
- Avaliar os conhecimentos dos médicos e cirurgiões-dentistas da ESF Maceió/AL sobre plantas medicinais e fitoterapia, obtendo definições para termos utilizados nestas práticas, bem como acerca de possíveis problemas relacionados a seus usos.
- Investigar a credibilidade e o uso autorreferido que os médicos e cirurgiões-dentistas da ESF Maceió/AL atribuem as plantas medicinais e a fitoterapia.
- Obter informações sobre a atuação dos médicos e cirurgiões-dentistas ESF Maceió/AL no âmbito das plantas medicinais e da fitoterapia.
- Avaliar o conhecimento dos médicos e cirurgiões-dentistas da ESF Maceió/AL acerca de políticas públicas voltadas a inclusão de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos no Sistema Único de Saúde.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo descritivo, epidemiológico analítico, quantitativo de corte transversal.

4.2 Aspectos Éticos

Este trabalho é um recorte do projeto “Equipes de Saúde da Família de Maceió: saberes e práticas em fitoterapia”, aprovado pela Secretaria Municipal de Saúde de Maceió (Anexo A) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas (Nº 16769113.1.0000.5013) (Anexo B), financiada pelo edital PPSUS/2013- FAPEAL/SESAU/MS.

Os Termos de Consentimento Livre e Esclarecidos (APÊNDICE A) não foram vinculados aos formulários das entrevistas para preservar a identidade dos sujeitos.

As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas para formulário. Os arquivos de áudio foram armazenados em pastas específicas de cada grupo.

4.3 Local do Estudo

O município de Maceió, capital de Alagoas, segundo dados do IBGE, teve sua população estimada em 2013 de aproximadamente 996.733 habitantes, distribuída em uma área territorial de aproximadamente de 503.072 Km², localizado na zona litorânea do estado (IBGE, 2010). De acordo com os dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde (2014), Maceió possui aproximadamente 27% de sua população coberta pela Estratégia Saúde da Família, perfazendo oito distritos sanitários (figura 3), onde estão localizadas 38 Unidades Básicas de Saúde (UBS) que sediam equipes da Estratégia Saúde da Família.

A amostra desta pesquisa foi composta por todos profissionais médicos e cirurgiões-dentistas da ESF de Maceió que não estavam vinculados às UBS do Distrito Sanitário VI, uma vez que estas foram objeto de estudo anterior do Grupo de Pesquisa. Assim como, aqueles vinculados a UBS Graciliano Ramos, do Distrito Sanitário VII, uma vez que estes profissionais foram os sujeitos da etapa de validação do instrumento de coleta de dados.

A amostra proposta inicialmente de 62 médicos e 31 cirurgiões-dentistas (93 profissionais) não foi alcançada devido a: duas recusas de profissionais cirurgiões-dentistas, afastamento das atividades por motivo de licença, de nove profissionais (cinco médicos e quatro cirurgiões-dentistas) e seis profissionais não foram encontrados em suas respectivas UBS. Portanto, os resultados apresentados são referentes aos dados de 76 profissionais (81,7%) dos quais 54 são médicos e 22 são cirurgiões-dentistas.

4.5 Instrumento de Coleta de Dados e Validação das Questões

O instrumento de coleta de dados – roteiro de entrevista - (Apêndice B) utilizado contemplava variáveis socioeconômicas e demográficas, dados de formação profissional, bem como, buscava obter definições de alguns termos, como: plantas medicinais, fitoterápicos, fitofármacos, remédios caseiros e fitoterapia, informações sobre as crenças, conhecimentos e práticas no uso de plantas medicinais e fitoterapia desses profissionais, se acreditavam em sua eficácia, se indicavam o uso de plantas medicinais e/ou fitoterápicos, quanto às razões pelas quais faziam essa indicação, suas opiniões acerca da preferência do usuário pelo uso dos mesmos em relação aos medicamentos sintéticos.

O roteiro de entrevista foi validado em uma das sete UBS do Distrito Sanitário VII, UBS Graciliano Ramos, no dia 23 de dezembro de 2013, após a anuência do Diretor da Unidade. A validação tinha por finalidade identificar possíveis necessidades de ajustes que resultassem no melhor entendimento das questões, bem como, ajustar o tempo de duração das entrevistas, pois não poderiam ser demoradas em demasia, com o intuito de causar o mínimo de transtornos possíveis aos profissionais entrevistados. Os profissionais, dois cirurgiões-dentistas e dois médicos, foram abordados e a eles esclarecidos o objetivo do projeto e da validação do instrumento de coleta de dados. Após a concordância, foram entrevistados individualmente.

Após as entrevistas, alguns termos presentes no questionário original foram substituídos por sinônimos (Quadro 4), pois tiveram que ser utilizados durante a entrevista para melhor entendimento do que estava sendo requisitado.

Quadro 4 – Termos adotados no questionário de validação e modificação adotada após a validação.

Sentença Original	Sinônimo Sugerido
Medicamento Sintético	Remédio de Farmácia; Medicamento Alopático
Isentas de Problemas	Não causam danos
Plantas Medicinais	Ervas Medicinais

4.6 Coletas de Dados

Inicialmente, foi requerida a anuência da diretoria médica e/ou administrativa de cada uma das Unidades Básicas de Saúde, que sediavam equipes da ESF, incluídas no estudo, através da assinatura do Termo de Concordância da Unidade (Apêndice C).

As entrevistas foram previamente agendadas em dias e horários convenientes a cada profissional. Realizadas individualmente, no período compreendido entre Janeiro à Julho de 2014 e aconteceram nos consultórios das UBS. No primeiro momento foi explicado o objetivo da pesquisa e lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, deixando claro que a participação era voluntária e que tinham o direito de solicitar a exclusão de sua entrevista do banco de dados da pesquisa, caso desejassem. As entrevistas foram gravadas, para assim ficarem mais rápidas, com vista a diminuir possíveis transtornos aos profissionais, tiveram durações compreendidas entre 7'51" e 31'22", sendo a média de aproximadamente 15 minutos por entrevista. Posteriormente, as entrevistas foram transcritas para formulários e as respostas codificadas.

4.7 Análises dos Dados Coletados

Os dados coletados foram codificados e inseridos no banco de dados construído no programa Epi-info versão 7.1.3, com dupla entrada. As análises dos dados foram realizadas utilizando-se o programa Epi-info versão 7.1.3.

Para descrever o perfil dos profissionais segundo as variáveis em estudo, foram construídas tabelas de frequência das variáveis independentes categóricas (sexo, faixa etária, naturalidade, estado civil, residência própria, instituição de conclusão da graduação, pós-graduação e outro trabalho) e estatísticas descritivas (média, valores mínimo e máximo) das variáveis independentes contínuas (renda, tempo de formação, tempo de admissão na ESF). Com vistas à detecção das associações entre as variáveis independentes e o conhecimento e práticas relacionados à fitoterapia utilizamos a análise bivariada através do teste Qui-Quadrado, foram consideradas diferenças estatisticamente significantes quando se encontrou valor de 'p' inferior a 0,05.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados apresentados são referentes aos dados de 76 profissionais (81,7% da amostra estimada), dos quais 54 são médicos (71,1%) e 22 são cirurgiões-dentistas (28,9%).

A fim de melhorar a compreensão acerca dos perfis socioeconômicos e demográficos dos profissionais prescritores da Estratégia Saúde da Família de Maceió/AL, bem como dos dados conceituais fornecidos pelos mesmos, os profissionais foram divididos por categoria profissional: Médicos e Cirurgiões-Dentistas.

5.1 Dados Socioeconômicos e Demográficos

a) Profissionais Médicos

Os profissionais médicos apresentaram idade média de 48,6 anos, com idade mínima de 39 e máxima de 67 anos, e predominância de indivíduos na faixa etária de 40 a 49 anos (68,5%). Prevalência de profissionais nascidos em Maceió, 70,4%, e mesmo percentual para profissionais do sexo feminino, 70,4%. A maior parte dos entrevistados é casada (64,8%). Todos os profissionais médicos possuem residência própria, dos quais 50,0% têm renda salarial compreendida entre 10 a 20 salários mínimos e 33,3% não quiseram responder a pergunta (tabela 2).

Os profissionais concluíram o curso de medicina em instituições públicas e o tempo de atuação variava entre 17 e 41 anos, entretanto, a maioria (75,9%) destes atuavam na profissão entre 17 e 30 anos. Buscando aperfeiçoamento, 88,9% dos profissionais fizeram pós-graduação, sendo 85,2% na modalidade *lato sensu* e 3,7% *stricto sensu* (tabela 2).

Em relação à atuação profissional foi observado que 16,7% dos profissionais médicos estão na ESF há no máximo 10 anos, 81,5% entre 11 e 20 anos, apenas um profissional (1,8%) está há mais de 20 anos; 75,9% deles informaram possuir outro trabalho além da ESF para complementar a renda mensal (tabela 2).

Tabela 2 - Perfis socioeconômico e demográfico dos médicos da ESF de Maceió-AL (n = 54).

Variáveis	F	%
Sexo		
Feminino	38	70,4
Masculino	16	29,6
Faixa Etária		
30 39	1	1,8
40 49	37	68,5
50 59	13	24,1
60 69	3	5,5
Naturalidade		
Capital	38	70,4
Interior	16	29,6
Estado civil		
Solteiro	3	5,6
Casado	36	66,6
Viúvo	3	5,6
Divorciado	11	20,4
Não respondeu	1	1,8
Renda em salários mínimos		
3 5	0	0,0
5 10	3	5,6
10 20	27	50,0
20 30	6	11,1
Não respondeu	18	33,3
Residência própria		
Sim	54	100,0
Não	0	0,00
Tempo de atuação profissional (anos)		
0 10	0	0,0
11 20	20	37,0
21 30	21	38,9
31 40	11	20,4
41 50	2	3,7
Instituição de Conclusão		
Pública	54	100,0
Privada	0	0,0
Cursou pós-graduação		
Stricto sensu	2	3,7
Lato sensu	46	85,2
Não possui	6	11,1
Tempo de trabalho na ESF (anos)		
1 10	9	16,7
11 20	44	81,5
21 30	1	1,8
Outro trabalho além da ESF		
Sim	41	75,9
Não	13	24,1

Estes dados condizem com o estudo de Fontenele e colaboradores (2013), desenvolvido com profissionais da Estratégia Saúde da Família (médicos, odontólogos e enfermeiros), no município de Teresina/PI, em que 77,8% dos profissionais médicos eram mulheres e 94,4% possuíam outro

trabalho além da ESF, entretanto difere quanto à faixa etária predominante, em que 38,9% estavam entre 50 - 59 anos.

Em comparação com os dados de Varela e Azevedo (2014), realizado com médicos da ESF de Caicó/RN, nosso estudo apresentou percentual semelhante de profissionais casados (67%) e com a faixa de idade predominante entre 41 e 50 anos (44%), não condizendo em relação ao sexo, cujos 89% eram homens. Esse mesmo estudo também avaliou o perfil profissional quanto ao tipo de instituição de ensino superior e capacitação em nível de pós-graduação dos profissionais, encontrando perfis idênticos ao nosso estudo em que 100% deles formaram-se em instituições públicas de ensino, e 78% possuíam pós-graduação na modalidade *latu sensu*.

Confrontando os dados obtidos com o estudo de Rosa, Câmara e Béria (2011) realizado com médicos da ESF em Canoas/RS, município este caracterizado por ser o quarto em número de habitantes do estado e pela ausência absoluta de zona rural, encontramos perfis dos profissionais médicos totalmente diferentes em que 63% da amostra eram do sexo masculino e faixa etária variando de 26 – 57 anos, com predominância de profissionais até 30 anos (63%).

b) Profissionais cirurgiões-dentistas

O perfil etário predominante dos cirurgiões-dentistas da ESF Maceió é de indivíduos com idade mínima de 31 e máxima de 63 anos, sendo a média de idade de 44,5 anos. A amostra é composta por 77,3% de mulheres e por 68,2% dos profissionais nascidos em capitais brasileiras, sendo 50% dos profissionais nascidos em Maceió/AL, 73% dos entrevistados são casados. Exceto por um profissional, 95,4% dos cirurgiões-dentistas possuem residência própria, 45,4% têm renda entre 10 a 20 salários mínimos (tabela 3).

Foi observado que 91% dos cirurgiões-dentistas estão graduados há mais de 10 anos e todos possuem formação em odontologia por instituições de ensino superior públicas; mesmo percentual, 91%, cursou pós-graduação, sendo 82% na modalidade *lato sensu* e 9% *stricto sensu* (tabela 3).

O tempo de inserção dos cirurgiões-dentistas na ESF variou entre quatro e 14 anos e 63,6% afirmaram não possuir outro trabalho além da ESF (tabela 3).

Tabela 3– Perfis socioeconômico e demográfico dos cirurgiões-dentistas da ESF de Maceió/AL (n= 22).

Variáveis	F	%
Sexo		
Feminino	17	77,3
Masculino	5	22,7
Faixa Etária		
30 39	6	27,3
40 49	10	45,5
50 59	3	13,6
60 69	3	13,6
Naturalidade		
Capital	15	68,2
Interior	7	31,8
Estado civil		
Solteiro	3	13,5
Casado	16	73,0
Viúvo	0	0,0
Divorciado	3	13,5
Não respondeu	0	0,0
Renda em salários mínimos		
3 5	2	9,0
5 10	8	36,4
10 20	10	45,4
20 30	1	4,6
Não respondeu	1	4,6
Residência própria		
Sim	21	95,4
Não	1	4,6
Tempo de atuação profissional (anos)		
0 10	2	9,0
11 20	10	45,4
21 30	6	27,3
31 40	4	18,3
41 50	0	0,0
Instituição de Conclusão		
Pública	22	100,0
Privada	0	0,0
Cursou pós-graduação		
Stricto sensu	2	9,0
Lato sensu	18	82,0
Não possui	2	9,0
Tempo de trabalho na ESF (anos)		
1 10	9	40,9
11 20	13	59,1
21 30	0	0,0
Outro trabalho além da ESF		
Sim	8	36,4
Não	14	63,6

Resultado semelhante foi encontrado no trabalho de Fontenele e colaboradores (2013), quando comparamos os percentuais referentes aos odontólogos de sua amostra, no tocante ao sexo predominante da amostra, em que 64,3% eram mulheres. Entretanto, em comparação com este mesmo

estudo, encontramos discordância quanto ao perfil dos cirurgiões-dentistas de nossa amostra em relação à faixa de idade, uma vez que, 57,1% estavam entre 50 – 59 anos. Além de diferir na existência de outro vínculo empregatício, já que todos os profissionais de sua amostra afirmaram possuí-lo. No estudo de Evangelista e colaboradores (2013), realizado com cirurgiões-dentistas atuantes em UBS de Manaus/AM, encontramos porcentagens semelhantes aos obtidos em nosso estudo, em relação ao estado civil dos entrevistados, 66% eram casados (tabela 3).

Os dados deste estudo mostraram-se semelhantes aos obtidos por Cavalcante (2010), realizado com cirurgiões-dentistas da 1ª Regional de Saúde do Estado da Paraíba, no que diz respeito a sexo, estado civil, perfil etário, tipo de instituição de ensino superior e tempo de conclusão de curso, uma vez que, 74,6% eram mulheres, 62,9% eram casados, 79,2% possuíam idade entre 30 e 59 anos, 98,0% foram graduados em instituições públicas e 79,7% estavam formados há mais de 10 anos.

Ao analisarmos o perfil socioeconômico dos cirurgiões-dentistas houve uma pequena mudança no panorama quando comparados ao perfil da classe médica: estes possuem maior tempo de atuação na ESF, o que pode ser justificado pela inserção mais tardia do Programa de Saúde Bucal, ocorrida no ano 2000, na Estratégia Saúde da Família de Maceió/AL, a qual vigora desde 1996, ainda como PSF; bem como, um maior percentual de profissionais médicos com outro vínculo empregatício além da estratégia.

5.2 Conhecimentos Sobre Uso de Plantas Medicinais e Fitoterapia

Investigou-se quais definições, médicos e cirurgiões-dentistas, atribuíam aos termos plantas medicinais, medicamentos fitoterápicos, fitofármacos, remédios caseiros e, por fim, fitoterapia. As categorias adotadas para análise e codificação das respostas referentes a estes conceitos foram:

- (a) acertou totalmente, quando a resposta fornecida era semelhante à literatura adotada pela pesquisa;
- (b) acertou parcialmente, quando a resposta fornecida constava de ao menos uma característica presente nas definições da literatura adotada, mesmo que no discurso houvesse a presença de erros;

- c) errou, quando a resposta não apresentava nenhuma característica comum com as definições da literatura adotada;
- d) não soube responder, quando o sujeito respondeu “não sei”, “não conheço”, ou em caso de recusar-se a responder.

Quando comparadas as definições autorreferidas para o termo planta medicinal, fornecidas pelos profissionais, com a apresentada na RDC nº14/2010-ANVISA (p.21), verificou-se que 81,5% dos médicos e 77,3% dos cirurgiões-dentistas tiveram êxito em suas respostas, devendo-se, talvez, este elevado percentual de acerto ao fato deste termo ser o mais elementar e o mais difundido popularmente (Tabela 4).

Os profissionais não apresentaram definições que contemplassem totalmente a encontrada nesta mesma RDC/ANVISA para Medicamento Fitoterápico (p.21), para este questionamento obtivemos elevado percentual de erro, 83,4% dos médicos e 81,8% dos cirurgiões-dentistas, o que se justifica, pois os profissionais tinham a ideia errônea de que qualquer preparado que envolvesse em sua composição plantas medicinais seriam fitoterápicos, ou seja, havia equívoco entre medicamentos fitoterápicos e remédios caseiros (Tabela 4).

Observou-se que 74,1% dos médicos e 77,3% dos cirurgiões-dentistas, também não souberam conceituar corretamente o termo Fitofármaco quando comparamos à definição apresentada pela ANVISA na RDC 24 de 2011 (p. 21), enquanto apenas 3,7% dos médicos acertaram totalmente o conceito. Observou-se que os profissionais confundiam os conceitos de fitofármacos e fitoterápicos, afirmado que se tratavam da mesma coisa (Tabela 4).

Analisando as definições fornecidas para remédio caseiro foi observado que 66,7% dos médicos e 59,1% dos cirurgiões-dentistas souberam conceituar corretamente o termo quando comparado a definição apresentada no Formulário de Fitoterápicos da Farmacopéia Brasileira (BRASIL, 2012b) (p. 22). Por fim, observou-se que quanto ao termo fitoterapia 87,1% dos médicos e 68,3% dos CD não souberam conceituar corretamente em comparação a definição apresentada pela PNPIC (BRASIL, 2006c) (p. 21), pois acreditavam que a mesma tratava-se de qualquer tratamento realizado com plantas

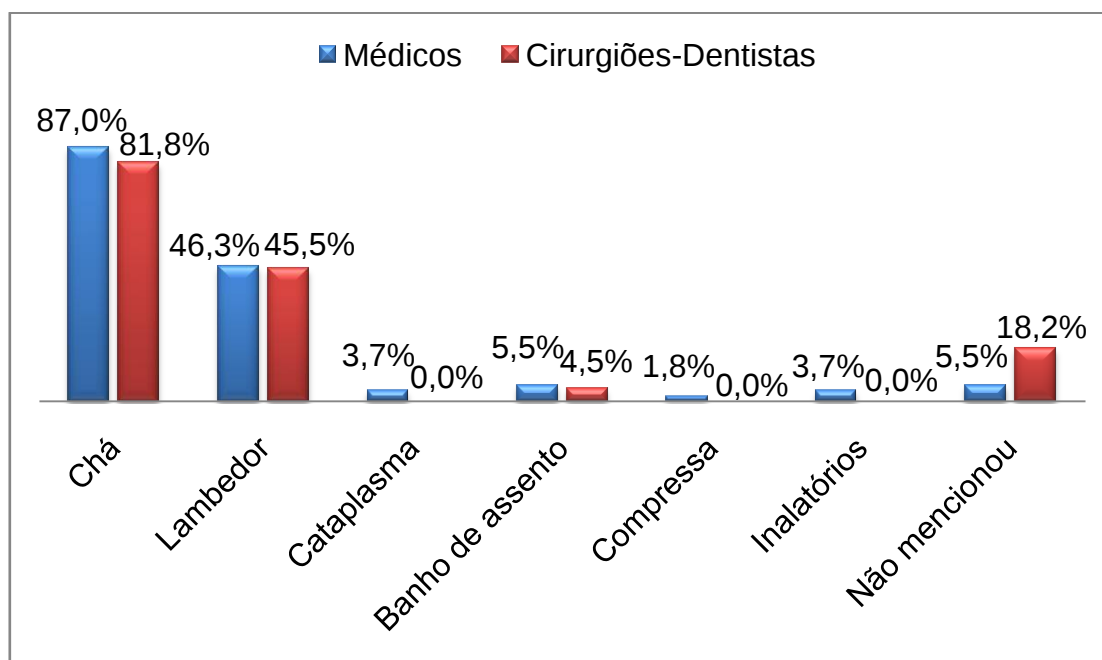
medicinais, que incluíam desde os remédios caseiros aos medicamentos fitoterápicos (Tabela 4).

Tabela 4 – Conhecimentos autorreferidos dos médicos (n=54) e cirurgiões-dentistas (n=22) da ESF Maceió/AL para termos utilizados em fitoterapia e uso de plantas medicinais, classificados em: acerto, acerto parcial, erro e não soube responder, 2014.

Termos	Classificação							
	Acerto		Acerto Parcial		Errou		Não Soube Responder	
Planta Medicinal	N	%	n	%	n	%	N	%
Médicos	44	81,5	4	7,4	5	9,3	1	1,8
Cirurgiões-Dentistas	17	77,3	3	13,6	2	9,1	0	0,0
Fitoterápicos								
Médicos	0	0,0	8	14,8	45	83,4	1	1,8
Cirurgiões-Dentistas	0	0,0	3	13,6	18	81,8	1	4,6
Fitofármacos								
Médicos	2	3,7	5	9,3	40	74,1	7	12,9
Cirurgiões-Dentistas	0	0,0	4	18,2	17	77,3	1	4,5
Remédio Caseiro								
Médicos	36	66,7	12	22,2	6	11,1	0	0,0
Cirurgiões-Dentistas	13	59,1	7	31,8	2	9,1	0	0,0
Fitoterapia								
Médicos	4	7,4	2	3,7	47	87,1	1	1,8
Cirurgiões-Dentistas	5	22,7	1	4,5	15	68,3	1	4,5

Alguns remédios caseiros de conhecimento dos médicos e cirurgiões-dentistas foram citados durante as entrevistas, destacando-se preparações indicadas para agravos primários, as mais citadas foram: chás da camomila como calmante, boldo para desconforto abdominal, sambacaitá para banhos de assento, barbatimão para bochechos, lambedores com abacaxi e hortelã para resfriados e alguns outros (gráfico 1).

Gráfico 1– Tipos de remédios caseiros citados pelos profissionais médicos e cirurgiões-dentistas da ESF de Maceió/AL (n de médico = 54 e n de cirurgião-dentista = 22), 2014.

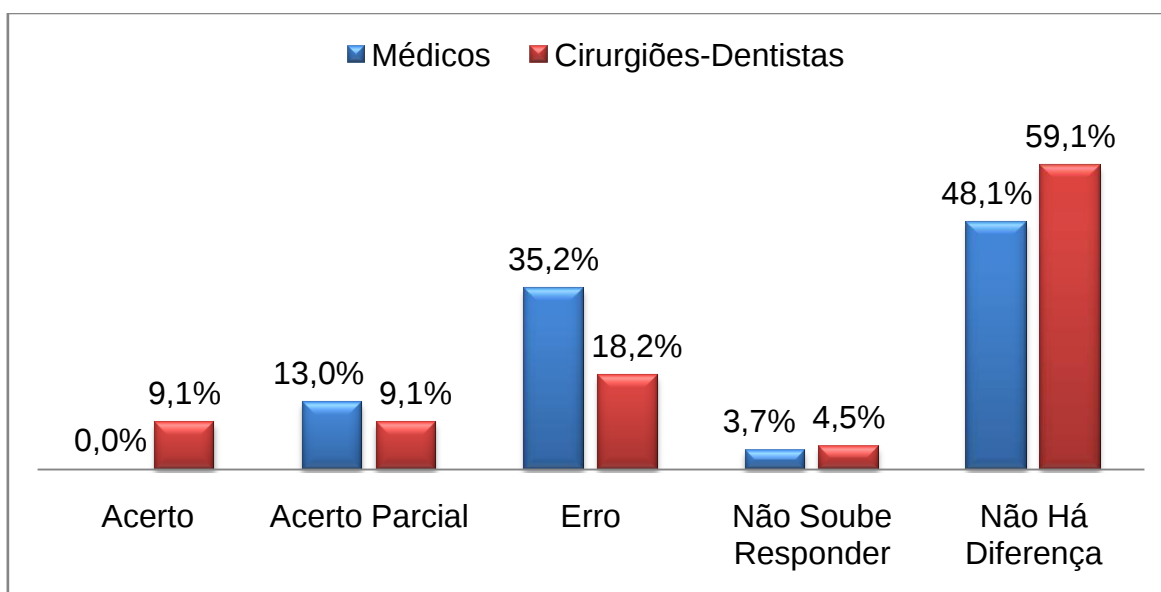


Outro questionamento levantado foi se os profissionais achavam que havia diferença entre uso de plantas medicinais e a fitoterapia (gráfico 2), e em caso afirmativo, foi solicitado que eles identificassem esta diferença. A resposta foi considerada correta quando havia indicação de diferenças entre as terapias, justificando que o uso das plantas medicinais é empregado em práticas medicinais populares e tradicionais para a obtenção de remédios caseiros, e o uso destes não é empregado pela fitoterapia, visto esta ter sido considerada terapêutica que adota exclusivamente o emprego de medicamentos fitoterápicos; a resposta foi considerada parcialmente correta quando mencionava ao menos uma das características apresentadas anteriormente, mesmo que nela houvesse a presença de erros; a resposta foi considerada errada, quando não indicava a presença de diferenças entre as terapias ou quando não mencionava nenhuma característica presente na definição adotada.

Pôde-se observar que 48,2% dos médicos e 36,4% dos cirurgiões-dentistas responderam que há diferença entre as práticas. Com relação ao conhecimento do que distingue as duas práticas, observa-se que apenas na categoria dos cirurgiões-dentistas houve indivíduos que indicaram a diferença

corretamente (9,1%); 48,2% dos médicos e 59,1% dos cirurgiões-dentistas, afirmaram que o uso de plantas medicinais e a fitoterapia eram práticas que se confundiam, não conseguindo descrever diferenças existentes entre elas. (gráfico 2).

Gráfico 2 – Perfil das respostas dos médicos e cirurgiões-dentistas da ESF de Maceió/AL para as diferenças entre o uso de plantas medicinais e a fitoterapia classificadas de acordo com: acerto, acerto parcial, erro e não soube responder (n de médico = 54 e n de cirurgião-dentista = 22), 2014.



Ao relacionarmos as respostas dadas para a existência de diferença entre o uso de plantas medicinais e a fitoterapia com ambas categorias profissionais, evidenciamos que, dentre os profissionais que responderam afirmativamente à diferença nos usos, os cirurgiões-dentistas possuem, maior conhecimento da distinção entre as práticas questionadas, uma vez que, apresentou um maior número de profissionais que responderam corretamente qual a diferença entre elas, assim como menor percentual de erro neste quesito (tabela 5).

Tabela 5 - Relação entre categoria profissional e diferença entre o uso de plantas medicinais e a fitoterapia, classificada em acerto, acerto parcial e erro, 2014.

Classificação	Categoria Profissional		Total	P
	Médicos	Cirurgiões-Dentistas		
	n (%)	n (%)	n (%)	
Acerto	0 (0%)	2 (100%)	2 (100%)	0,03
Acerto parcial	7 (77,8%)	2 (22,2%)	9 (100%)	
Erro	19 (82,6%)	4 (17,4%)	23 (100%)	

Teste Qui-quadrado - significativo para 'p' inferior a 0,05.

Outro aspecto investigado foi o conhecimento sobre a distinção entre o preparo de infusos e decoctos (Gráfico 3). Adotou-se como definição, que infuso é o produto da infusão - modo de preparo de chás que consiste em colocar água fervente sobre a matéria-prima vegetal em um recipiente e abafá-lo por um determinado período de tempo, sendo indicado para partes vegetais de consistência menos rígidas, como as folhas, flores, inflorescências e os frutos, ou ainda com substâncias ativas voláteis. A definição de decocto adotada nesta pesquisa foi a de produto oriundo da decocção - método de preparo de chás que consiste na ebulição da matéria-prima vegetal em água por período de tempo determinado, sendo indicado por ser um método mais agressivo de extração, para partes vegetais com consistência mais rígida, como as cascas, raízes, rizomas, sementes, folhas coriáceas e os caules (ANVISA, 2010).

Apenas um médico (3,7%) soube diferenciar infuso de decocto corretamente e nenhum cirurgião-dentista acertou fazê-lo. Entretanto, depois de reveladas as definições adotadas pela pesquisa, todos os profissionais justificaram não reconhecer as técnicas por estes nomes, mas conhecer as formas de preparo, evidenciando o cunho popular das fontes de conhecimento dos profissionais sobre o tema, bem como, cunho prático visto serem práticas rotineiras que os mesmos presenciaram na infância e que alguns ainda hoje recorrem (gráfico 3).

Constatamos que os profissionais entrevistados da ESF de Maceió/AL relataram ter adquirido seus saberes sobre plantas medicinais e fitoterapia através de diversas fontes, como em congressos, eventos de saúde e científico, com a própria população que atendem, mas principalmente de

consultas em livros, com parentes, predominantemente com suas mães e, ainda, em fontes informais como a Internet, como pode ser evidenciado na tabela 6.

Gráfico 3– Perfil das respostas dos médicos e cirurgiões-dentistas da ESF de Maceió/AL para as diferenças entre os termos infuso e decocto, classificadas em: acerto, acerto parcial, erro e não soube responder (n de médico = 54 e n de cirurgião-dentista = 22), 2014.

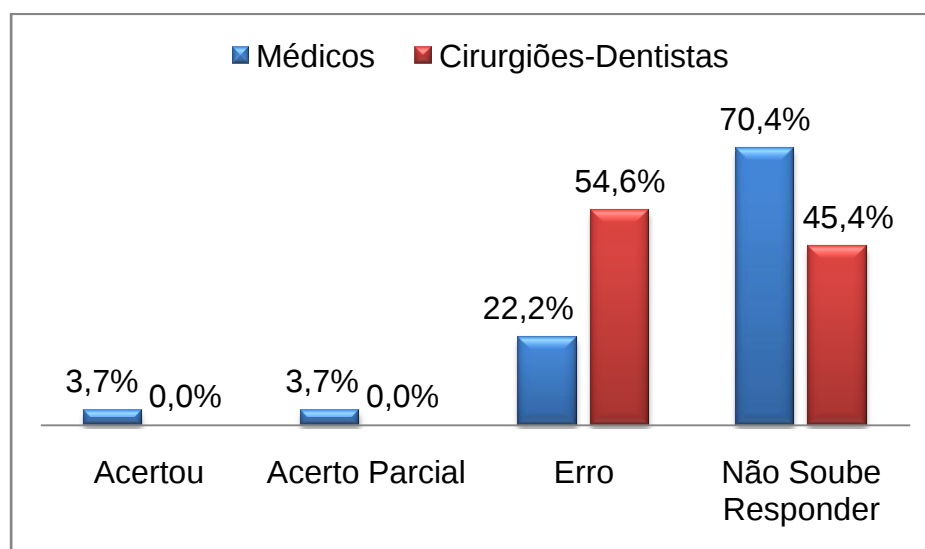


Tabela 6: Perfil das fontes utilizadas para a construção de saberes sobre plantas medicinais e fitoterapia por médicos e cirurgiões-dentistas da ESF, Maceió/AL, 2014.

Fontes de conhecimentos de dos entrevistados sobre fitoterapia, fitoterápicos e remédios caseiros	Nº de médicos (n=54)	Nº de cirurgiões-dentistas (n=22)
Amigos	3,6%	9,1%
Capacitação USF	1,8%	-
Colega de Trabalho	3,6%	-
Especialização	11,1%	-
Eventos Científicos	1,8%	-
Eventos de Saúde	9,3%	9,1%
Graduação	-	9,1%
Internet	31,5%	40,9%
Jornal	1,8%	4,5%
Livros	18,5%	9,1%
Magazine	11,1%	4,5%
Outros Profissionais	1,8%	-
Parentes	11,1%	36,4%
Televisão	-	4,5%
Vizinhos	-	9,1%
Não Tem Conhecimento	5,5%	9,1%

Existiram profissionais que relataram não ter conhecimento algum sobre o tema, revelando-se em percentual baixo, 5,5% dos médicos e 9,1% dos cirurgiões-dentistas (tabela 6).

Este dado está em acordo com os trabalhos de Lima-Júnior (2006), Rosa, Câmara e Béria (2011) e Ruas (2013), todos realizados com profissionais médicos e/ou cirurgiões-dentistas de ESF de diferentes regiões brasileiras – Natal/RN, Canoas/RS e Distrito Federal/DF, respectivamente - em que os profissionais citam fontes informais para obtenção dos conhecimentos em uso de plantas medicinais e fitoterapia, referindo-se que não receberam treinamentos específicos nesta área, consultando leituras de material não técnico, programas televisivos e contatos informais. Assemelha-se também com os estudos de Fontenele e colaboradores (2013) e Ruas (2013), uma vez que estes afirmam ser família, parentes e amigos as principais fontes referidas como meio de transmissão destes conhecimentos.

Assim como observado no estudo de Barreto (2011), em que os profissionais relataram que durante a graduação não tiveram disciplina específica e não foi abordado o tema plantas medicinais e Fitoterapia, muitos dos nossos entrevistados vivenciaram a mesma realidade. Quando questionados onde obtiveram seus conhecimentos, muitos responderam: “na graduação é que não foi”, dado também citado por Fontenele e colaboradores (2013) cujo estudo afirma que 57,4% dos profissionais não tiveram contato com a fitoterapia durante suas formações acadêmicas.

Diante dessa formação acadêmica deficiente ou em virtude da não atualização profissional, após a entrada no mercado de trabalho, carências são identificadas em relação às plantas medicinais e aos fitoterápicos (XIMENES et. al., 2008). Com o intuito de tentar resolver essa carência no quadro de formação superior em saúde, os Ministérios da Saúde e Educação lançaram o “aprender SUS”, que tem por objetivo valorizar a integralidade das atividades em saúde e do ser, visando proporcionar maior qualidade de vida à população, mudando a formação do profissional desde a graduação (BRUNING; MOSEGUI; VIANNA, 2012).

Para saber algo, utilizar-se dele e dominar a prática é preciso conhecer e para isso o conhecimento se constrói e reconstrói num movimento dinâmico, temporal e continuado. O saber dos tipos de doenças, das práticas e atitudes

da comunidade relacionadas à saúde dos seus, assegurará ao profissional uma maior segurança para tirar proveito do que lhe é benéfico, ter postura neutra para o que for inócuo e procurar educar a população para não utilizar o que lhes for prejudicial (ALVES; SILVA, 2003).

Outras análises, envolvendo conceitos de fitoterápicos, fitoterapia e remédios caseiros foram calculadas, entretanto não demonstraram significância, e em virtude disto não foram descritas com maiores detalhes.

5.3 Crenças e Uso Autorreferido de Plantas Medicinais e Fitoterápicos

Todas as definições adotadas na pesquisa foram explicadas uma a uma aos profissionais e, partindo-se do pressuposto que agora entendiam de fato o que cada uma significava, prosseguiu-se com a entrevista.

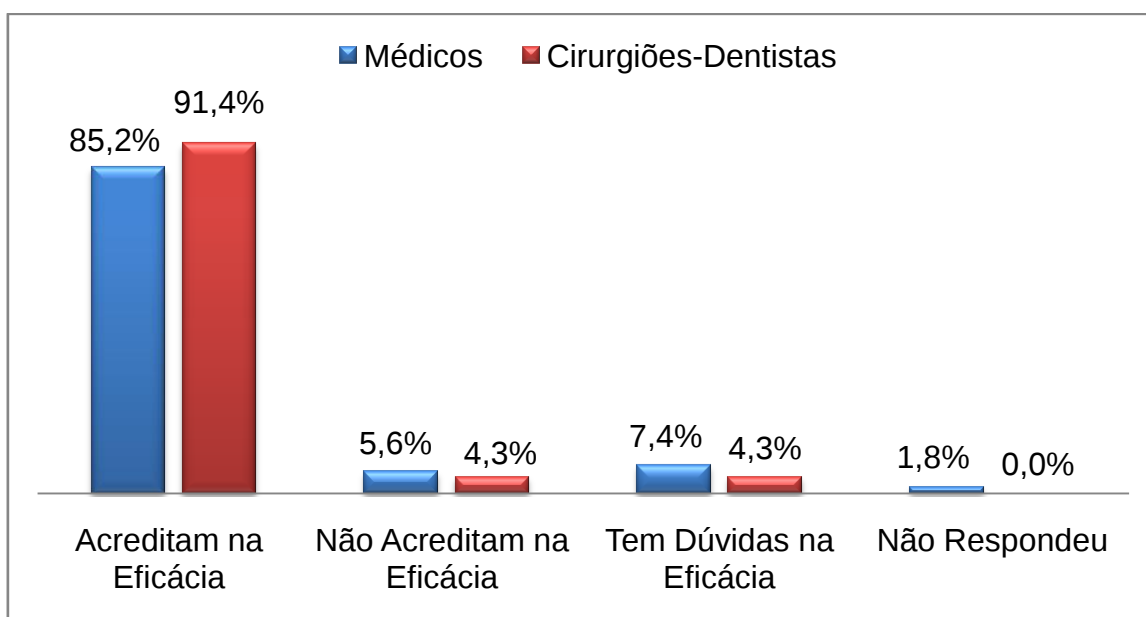
Esta etapa investigou a crença que os profissionais possuíam na eficácia terapêutica das plantas medicinais na forma de remédio caseiro, nos fitoterápicos manipulados e industrializados, a utilização autorreferida e a possibilidade de existência de problemas relacionados ao uso das plantas medicinais e fitoterápicos.

Observou-se que 85,2% dos médicos e 91,4% dos cirurgiões-dentistas acreditavam na eficácia das plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos por motivos diversos: 7,4% dos médicos mencionaram a existência de princípios ativos nestas preparações; 77,8% dos médicos e 100% dos cirurgiões-dentistas mencionaram outras causas como: uso autorreferido com resultados positivos, experiência com pacientes que tiveram resolução de seus agravos de saúde, bem como, exemplificaram as experiências indígenas de outrora, em que resolviam suas enfermidades sem os recursos médicos-terapêuticos avançados de hoje, fato ainda presenciado em alguns grupos tradicionais.

Houve, dentre os profissionais médicos, indivíduos que informaram não acreditar na eficácia do uso de plantas medicinais e fitoterápicos (14,8%). As justificativas relatadas foram: não conhecer o tema (3,7%), por achar que o uso é empírico (7,4%), que estes produtos não apresentam comprovações científicas ou por não acreditarem que sejam realizados testes de controle de qualidade nos fitoterápicos (3,7%).

Estes profissionais não atribuem credibilidade aos tratamentos feitos com remédios caseiros de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos, talvez por não terem recebido em sua formação o conhecimento sobre estas terapias; justificativas semelhantes as mencionadas no estudo de Ruas (2013), realizado com profissionais de saúde da atenção básica de Ceilândia/DF, em que cita-se como principais argumentos: formação acadêmica com base no modelo biomédico, inexistência de capacitação sobre o tema e descrédito na eficácia das práticas de uso de plantas medicinais e fitoterápicos (gráfico 4).

Gráfico 4 - Perfil das respostas dos médicos e cirurgiões-dentistas da ESF de Maceió/AL sobre crença na eficácia das plantas medicinais na forma de remédio caseiro e/ou nos fitoterápicos (n de médico = 54 e n de cirurgião-dentista = 22), 2014.



O controle de qualidade de um medicamento fitoterápico deve ser assegurado em todas as etapas de sua produção, ou seja, inicialmente com as Boas Práticas Agrícolas (BPA) desde a coleta/colheita das plantas medicinais fiscalizado pelo Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (MAPA); às Boas Práticas de Fabricação e Controle (BPFC) de insumos até o término de sua fabricação, parte esta desempenhada pela ANVISA (BRASIL, 2014a).

O Ministério da Saúde, em 1998, instituiu através da portaria nº 655 a Subcomissão Nacional de Assessoramento em Fitoterápicos, visando subsidiar

ações de vigilância sanitária. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária é o órgão responsável pela regulamentação de plantas medicinais e seus derivados, e tem como função promover a saúde da população e garantir a segurança sanitária de produtos e serviços. Uma de suas funções é o registro de medicamentos, etapa em que os mesmos são avaliados quanto à segurança, eficácia e qualidade antes de serem disponibilizados ao comércio para uso pela população, requisitos especificados na RDC nº 17/2010, entretanto para os produtos tradicionais fitoterápicos deve-se seguir o que dispõe a RDC nº 13/2013. Desta forma, a ANVISA realiza o acompanhamento do controle de produção, da liberação para o comércio e consumo, podendo caso seu consumo confira algum risco para os usuários, retirá-los do mercado a qualquer tempo. Existem registros de aproximadamente 700 medicamentos fitoterápicos na ANVISA (BRASIL, 2006b; BRASIL, 1999; BARRETO, 2011; BRASIL, 2014a; DUTRA, 2009).

Ao serem questionados se achavam que os fitoterápicos eram submetidos aos mesmos testes de controle de qualidade e eficácia terapêutica que os medicamentos sintéticos, 59,3% dos médicos e 59,1% dos cirurgiões-dentistas, responderam afirmativamente. De acordo com estes profissionais, os testes estão ocorrendo uma vez que existe uma legislação em vigor, como podemos perceber na fala de um dos sujeitos do estudo:

“...Acredito sim que os fitoterápicos passem pelos mesmos testes de controle de qualidade que os medicamentos sintéticos, vou além, acredito que eles devam ter um controle de qualidade ainda maior que estes, pois para se inserirem no mercado e terem a possibilidade de competir com os medicamentos já consagrados, eles têm que ter um diferencial, porque além do uso natural, eles têm que ter espaço para credibilidade....”

(Médico Valeriana)

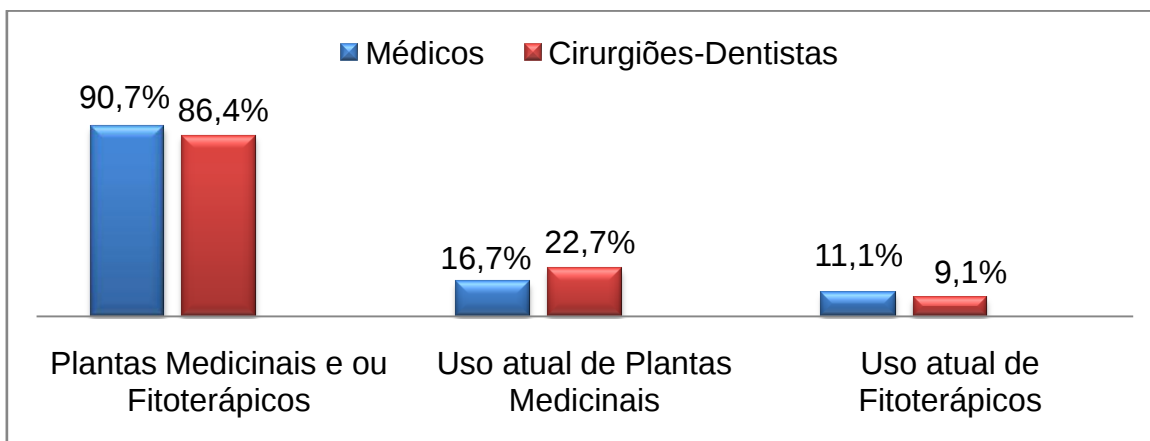
Ainda sobre o controle de qualidade de fitoterápicos, 18,5% dos médicos e 31,8% dos cirurgiões-dentistas não acreditam que estes medicamentos passam pelos mesmos processos de controle de qualidade que os medicamentos sintéticos. Afirmando que ainda se consegue burlar a legislação e fiscalização oferecidas pelos órgãos competentes e acreditam que haja

comercialização de produtos sem qualidade; ainda existem aqueles que não quiseram ou não souberam responder ao questionamento, 22,2% para os médicos e 9,1% para os cirurgiões-dentistas.

Ao serem questionados sobre o uso autorreferido de plantas medicinais e fitoterápicos, 90,7% dos médicos e 86,4% dos cirurgiões-dentistas, responderam que já utilizaram ao menos um tipo de remédio caseiro de plantas medicinais e/ou medicamento fitoterápico por opção própria. Este resultado pode ser observado em estudos semelhantes, como o realizado por Lima-Júnior e colaboradores (2006) com cirurgiões-dentistas em Natal/RN, no qual 60% destes já fizeram ao menos uma vez uso de fitoterápicos, bem como, no estudo de Rosa, Câmara e Béria (2011), realizado com profissionais médicos da ESF de Canoas/RS, que evidenciou que 77,8% já foram tratados com fitoterapia.

No momento da entrevista, 16,7% dos médicos e 22,7% dos cirurgiões-dentistas relataram que estavam consumindo remédios caseiros oriundos de plantas medicinais, 11,1% dos médicos e 9,1% dos dentistas afirmaram que estavam usando medicamentos fitoterápicos.

Gráfico 5 – Perfil de uso autorreferido de plantas medicinais na forma de remédio caseiro e/ou fitoterápicos pelos médicos e cirurgiões-dentistas da ESF de Maceió/AL (n de médico = 54 e n de cirurgião-dentista = 22), 2014.



Exceto por um cirurgião-dentista e quatro médicos, 93,4% da amostra afirmou que as plantas medicinais não são isentas de problemas de uso.

O caráter “natural” das plantas medicinais e dos medicamentos fitoterápicos não é garantia da isenção de reações adversas e outros problemas decorrentes de seus usos. Destaca-se que as plantas medicinais e seus produtos de biotransformação são xenobióticos e, por isso, potencialmente tóxicos, não podendo provocar apenas efeitos imediatos, mas também efeitos sentidos em longo prazo, assintomáticos e algumas vezes fatais (LANINI et. al., 2009).

Estudos toxicológicos auxiliaram na mudança da perspectiva de que as plantas são inofensivas e mostraram que elas podem ser potencialmente tóxicas. O modo de preparo e a utilização são importantes não somente para garantir a presença da substância ativa, mas, também, para que haja certificação de baixa toxicidade (LIMA-JÚNIOR et. al., 2006; VEIGA-JUNIOR, 2008).

Mesmo com este elevado percentual de profissionais atribuindo possíveis problemas relacionados ao uso das plantas medicinais, 24,1% dos médicos e 18,2% dos cirurgiões-dentistas não acreditam que o uso concomitante de plantas medicinais e/ou fitoterápicos com medicamentos sintéticos possa ocasionar problemas de saúde ou que possa haver interferência na atividade farmacológica desempenhada pelos mesmos.

Muitas plantas quando utilizadas concomitantemente com medicamentos sintéticos podem diminuir, aumentar ou ainda se opor às ações destes (SILVEIRA; BANDEIRA; ARRAIS, 2008). Os fitoterápicos, em geral, são seguros e eficazes, mas como todo medicamento, necessitam ser observados alguns parâmetros durante o uso, como tempo de administração e dosagem, além de possíveis interações medicamentosas e contra-indicações (GENIOLE, KODJAOGLANIAN, VIEIRA, 2011).

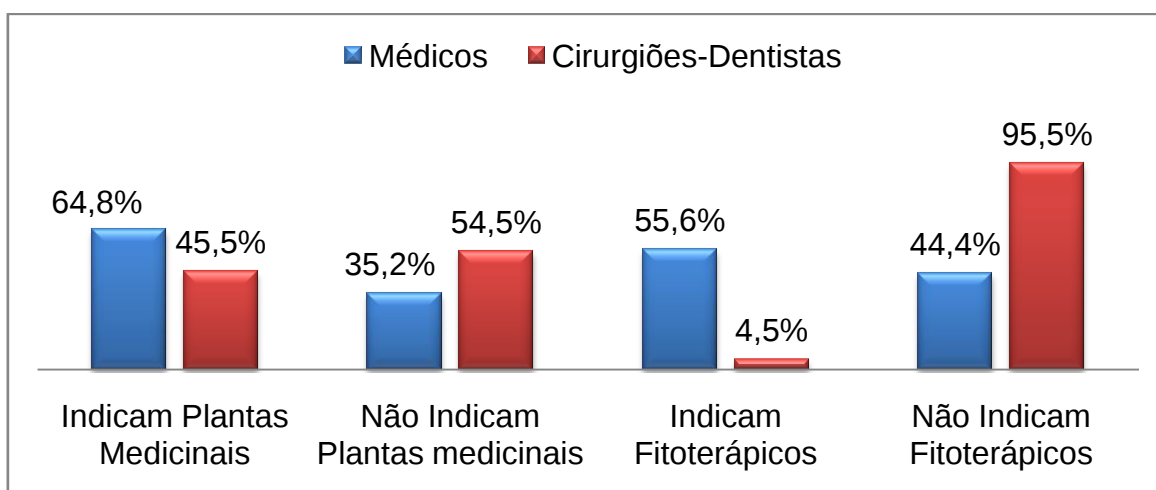
Outras análises relacionando a crença na eficácia terapêutica das plantas medicinais na forma de remédio caseiro, dos fitoterápicos manipulados e industrializados e na ocorrência de possíveis problemas na utilização conjunta de plantas medicinais e/ou medicamentos fitoterápicos com medicamentos sintéticos foram realizadas, entretanto não demonstraram significância e por isso não foram descritas.

5.4 Atuação Profissional no Âmbito da Indicação das Plantas Medicinais e dos Fitoterápicos

Muitos dos profissionais entrevistados já indicam plantas medicinais e/ou fitoterápicos para seus pacientes na ESF. A indicação autorreferida de plantas medicinais foi maior entre médicos (64,8%) do que entre os cirurgiões-dentistas (45,5%), mesma situação encontrada para indicação dos medicamentos fitoterápicos, uma vez que, 55,6% dos médicos e apenas 4,5% dos cirurgiões-dentistas, informaram que indicavam (gráfico 6).

Gráfico 6 – Perfil de indicação de plantas medicinais e/ou fitoterápicos pelos profissionais médicos e cirurgiões-dentistas aos pacientes da ESF de Maceió/AL

(n de médico = 54 e n de cirurgião-dentista = 22), 2014.



A percentagem de indicação de plantas medicinais por parte dos cirurgiões-dentistas obtidas nesta pesquisa (45,5%) difere dos dados de Lima-Júnior et. al. (2006) realizado com odontólogos em UBS de Natal/RN, em que apenas 16,6% responderam já ter indicado alguma planta para uso terapêutico aos pacientes, e de Evangelista (2013) realizado com odontólogos atuantes em UBS de Manaus/AM, que afirmou que 90% dos cirurgiões-dentistas não se sentem capacitados para indicar esta terapia, um paradigma, visto o estudo ter sido realizado num dos maiores biomas mundiais. Perfil semelhante de indicação de plantas medicinais foi encontrado no estudo de Cavalcante (2010), realizado em municípios paraibanos, em que 50,8% dos cirurgiões-dentistas, atuantes em UBS do serviço público, indicavam esta prática.

Entretanto, para a categoria profissional de médicos, semelhantes dados foram retratados por Rosa, Câmara e Béria (2011) e Souza (2011), ambos realizados com médicos atuantes na ESF, em que 70,4% indicavam fitoterápicos e 60% indicavam plantas medicinais, respectivamente, a seus pacientes. Ao analisarmos as realidades locais, observamos que o estudo de Rosa, Câmara e Béria apesar de publicado em 2011, foi realizado em 2006, no auge da publicação da PNIPIC, fato que pode ter influenciado nos altos percentuais de indicação dos medicamentos fitoterápicos; já no estudo de Souza (2011), realizado no município de Benevides/PA, cercado pela Floresta Amazônica, maior patrimônio de riquezas naturais do mundo, podemos intuir, pelas diferenças de recursos naturais pronunciadas entre as realidades dos municípios, que os percentuais de indicação de plantas medicinais e fitoterápicos pelos médicos da ESF de Maceió/AL é bem relevante, pois chega a ser superior à realidades melhores servidas de tais recursos.

Quando comparamos a indicação de fitoterápicos pelos médicos da ESF de Maceió/AL com o estudo de Petry e Roman-Júnior (2012), realizado com médicos da ESF de Três Passos/RS, município menor em termos de extensão territorial e em número de habitantes, porém semelhante no que concerne a inexistência de programa de fitoterapia e plantas medicinais instituído, encontramos percentuais menores de indicação, em que apenas 40% de seus entrevistados indicavam este tipo de medicamento.

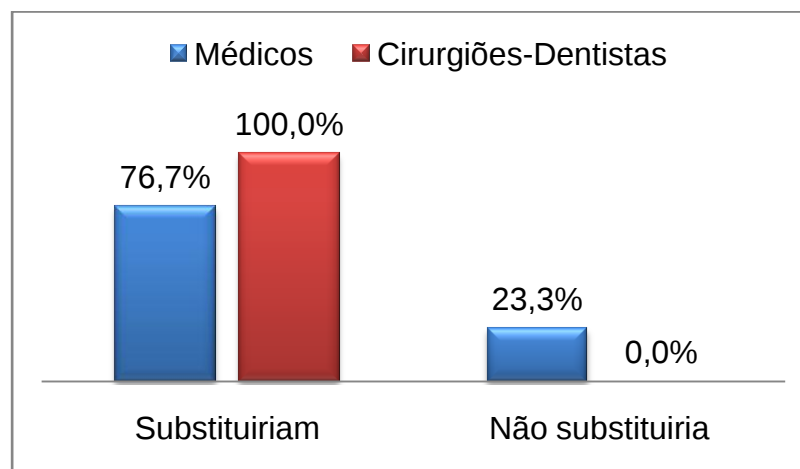
Os profissionais foram questionados quanto ao motivo da indicação do uso das plantas medicinais e/ou fitoterápicos como forma de tratamento e algumas razões citadas foram: pela experiência de uso, por acreditarem na eficácia, por ser uma alternativa acessível em caso de indisponibilidade dos medicamentos sintéticos ofertados na UBS e ainda pela crença que “por ser natural não faz mal” ou por “conterem menos químicas”. Embora, em número bem menos expressivo, alguns vão além dessa perspectiva e acreditam que as plantas medicinais podem ter mais “poder” e “eficiência” que os medicamentos sintéticos, se bem manipuladas.

Embora o emprego de plantas com fins terapêuticos ainda seja parte integrante da rotina da maioria dos profissionais entrevistados, existem outras opções alopáticas disponíveis e que são mais requisitadas para a realização dos tratamentos, pois justificam nortear-se na medicina baseada em evidências

que serve ao modelo de saúde atual (ALBERTASSE; THOMAZ; ANDRADE, 2010; RUAS, 2013).

A maioria dos prescritores que indicam o uso de fitoterápicos, 55,6% dos médicos e 4,5% dos cirurgiões-dentistas, optariam por prescrevê-los para tratar a mesma doença ou sintoma ao invés de um medicamento sintético. Dentro dos discursos há a ressalva de que fariam a depender da sintomatologia ou da doença apresentada por seus pacientes. Este resultado, entretanto, é contraditório, pois para todo medicamento fitoterápico, existem outros medicamentos sintéticos com a mesma indicação terapêutica na atenção básica, desta forma, mesmo que “inconsciente” de seu ato, aqueles profissionais que relataram não optar pelo fitoterápico, mas já indicam os mesmos, fazem essa escolha (gráfico 7).

Gráfico 7 – Perfil da escolha dos profissionais médicos e cirurgiões-dentistas por indicar um fitoterápico ao invés de um medicamento sintético para tratarem a mesma doença ou sintoma (n de médico = 30 e n de cirurgião-dentista = 1).



Os profissionais ainda mostram-se receosos em indicar medicamentos fitoterápicos, entretanto salienta-se a importância de seus papéis na consolidação da fitoterapia e no uso das plantas medicinais pelos pacientes, pois assumisse que suas opiniões são tidas como “verdade absoluta” por muitos da população (RUAS, 2013).

Os profissionais da equipe de saúde devem buscar aliar o saber popular ao científico, desenvolver uma assistência integral que abranja o contexto cultural em que seus pacientes estejam inseridos, objetivando a promoção da

saúde e a melhoria de suas qualidades de vida (CEOLIN et. al., 2011). Subtende-se que um profissional da saúde ao indicar ou orientar o uso de uma planta medicinal ou fitoterápico, deve possuir embasamento científico para fazê-lo, além do conhecimento local, embutido da variedade de nomes populares atribuídos à mesma planta, pois está exercendo seu papel profissional, por isso precisam ter conhecimento suficiente sobre a identificação das plantas, seus ativos e suas contraindicações (ALVES; SILVA, 2003).

As indicações de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos foram mais predominantes para agravos de sintomatologia mais simples como enjoos, feridas, gripe, inflamações e dores. O mesmo foi relatado por Petry e Roman-Júnior (2012) quando todos de sua amostra, médicos e cirurgiões-dentistas, acreditavam que estas práticas poderiam combater doenças de complexidade baixa.

A definição da terapêutica a ser utilizada é baseada na gravidade da enfermidade, na urgência de efeitos e na acessibilidade e disponibilidade de cada uma, como também indica o estudo de Albertasse, Thomaz e Andrade (2010).

As plantas medicinais citadas, durante as entrevistas, que possivelmente são utilizados pelos profissionais e usuários da ESF Maceió/AL foram listadas na tabela 7.

Tabela 7 – Plantas Medicinais citadas pelos médicos e cirurgiões-dentistas da ESF de Maceió/AL, 2014.

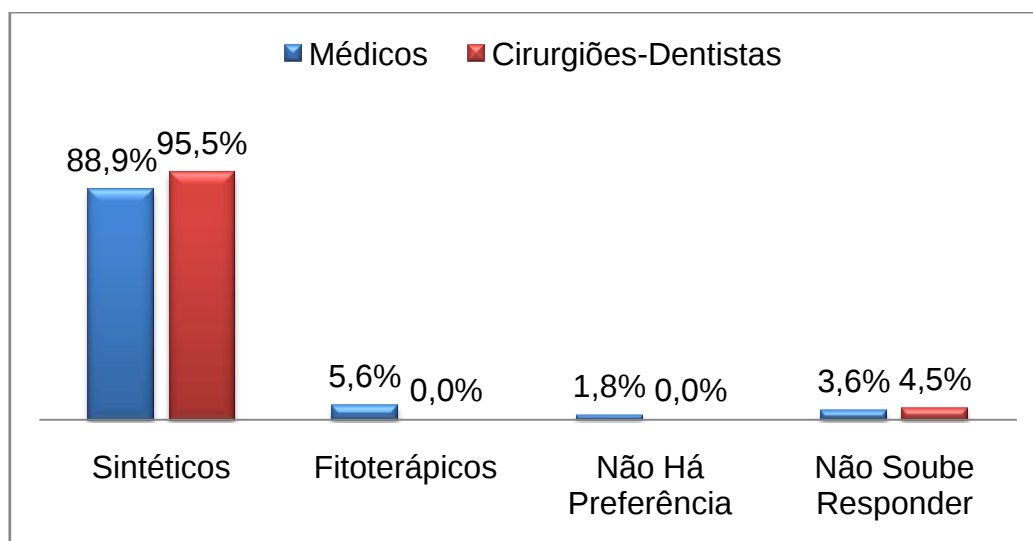
Plantas Medicinais	Nº de citações
Barbatimão	14
Hortelã, Sambacaitá	12
Abacaxi, Capim Santo, Erva Cidreira	9
Boldo	8
Camomila	5
Quebra-Pedra	4
Aroeira, Insulina, Sabugueiro, Erva Doce	3
Canela, Carqueja, Colônia, Guaco, Maracujá, Pata de vaca, Romã, Sene	2
Alho, Ameixa, Amora, Anador, Aveia, Berinjela, Café, Caloba, Chia, Espirradeira, Eucalipto, Gengibre, Goiabeira, Ibisco, Juá, Limão, Linhaça, Malva, Mastruz, Soja, Valeriana.	1

Dos entrevistados, 90,9% afirmaram que os usuários preferem os medicamentos sintéticos aos medicamentos fitoterápicos; apenas um médico (1,3%) acredita não existir preferência por nenhum dos tipos de medicamentos, pois tudo é questão de abordagem do profissional, visto que, se durante a consulta, os pacientes forem bem informados acerca das características e indicações do medicamento, irão aceitar sem problemas (gráfico 8).

Alguns motivos pela preferência dos medicamentos sintéticos foram alegados como:

- Disponibilidade imediata e sem custos destes medicamentos na própria UBS;
- Pela crença que são mais eficazes;
- Por costume de saírem dos consultórios com uma receita em mãos, pois em caso de indicação de plantas medicinais, os profissionais adotam a prática da orientação apenas, sem prescrição, o que por vezes, desagrada ao paciente.

Gráfico 8 – Perfil do relato dos profissionais médicos e cirurgiões-dentistas sobre a preferência da opção terapêutica dos usuários da ESF de Maceió/AL (n de médico = 54 e n de cirurgião-dentista = 22), 2014.



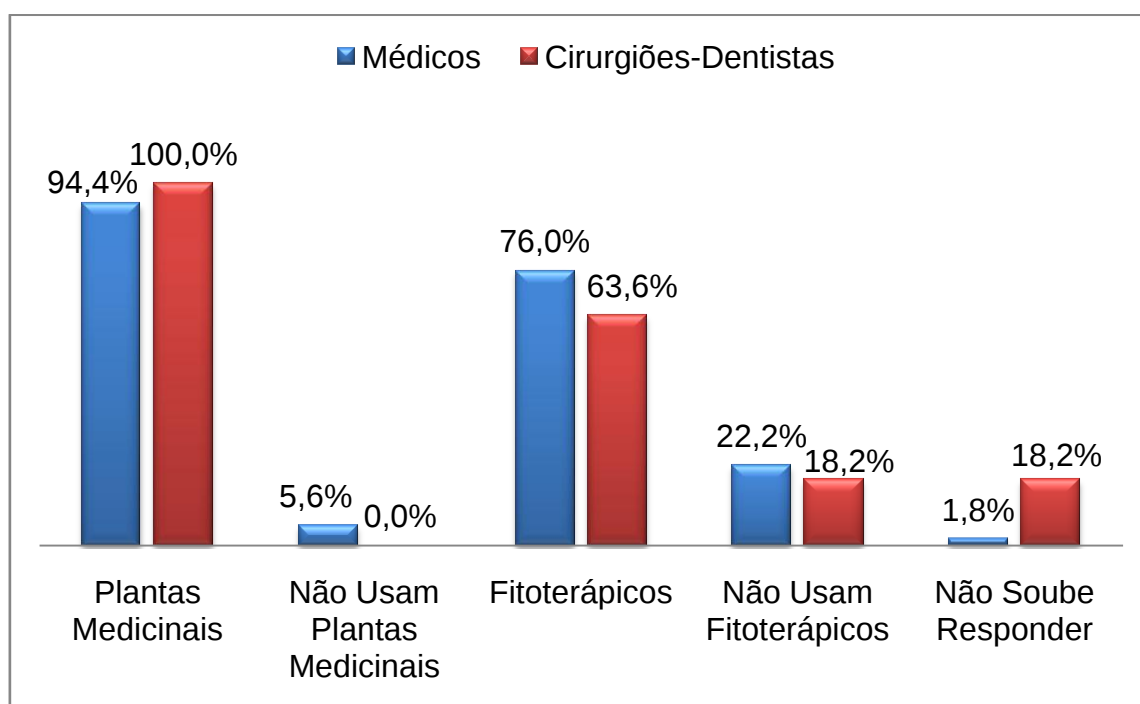
Dos entrevistados, 96,0%, que corresponde a 51 médicos e aos 22 cirurgiões-dentistas, relataram que muitos de seus pacientes utilizam plantas medicinais para tratamento primário em virtude de uma possível demora no agendamento de consultas, para então, em caso de não resolução, buscar

atendimento na UBS, no serviço formal de saúde, bem como 72,4% dos entrevistados, 41 médicos e 14 cirurgiões-dentistas, acreditam que os mesmos também utilizam medicamentos fitoterápicos (gráfico 9).

Os resultados encontrados neste estudo para os cirurgiões-dentistas diferem do estudo de Evangelista (2013) quando este afirma que 81,3% de sua amostra desconhece o uso pelos pacientes. Entretanto, corroborando com os dados obtidos neste trabalho, Fontenele e colaboradores (2013), dizem que 85,3% dos entrevistados conheciam a prática da fitoterapia pela comunidade.

O uso informal de terapias alternativas nos cuidados à saúde, muitas vezes, é realizado conjuntamente com os ofertados pelo sistema tradicional, podendo o paciente fazer uso tanto das plantas medicinais ou fitoterápicos, quanto dos medicamentos industrializados prescritos e disponibilizados na unidade básica de saúde (CEOLIN et. al., 2011).

Gráfico 9 – Perfil da opinião dos profissionais médicos e cirurgiões-dentistas da ESF de Maceió/AL sobre a utilização de plantas medicinais e/ou fitoterápicos pelos usuários (n de médico = 54 e n de cirurgião-dentista = 22), 2014.

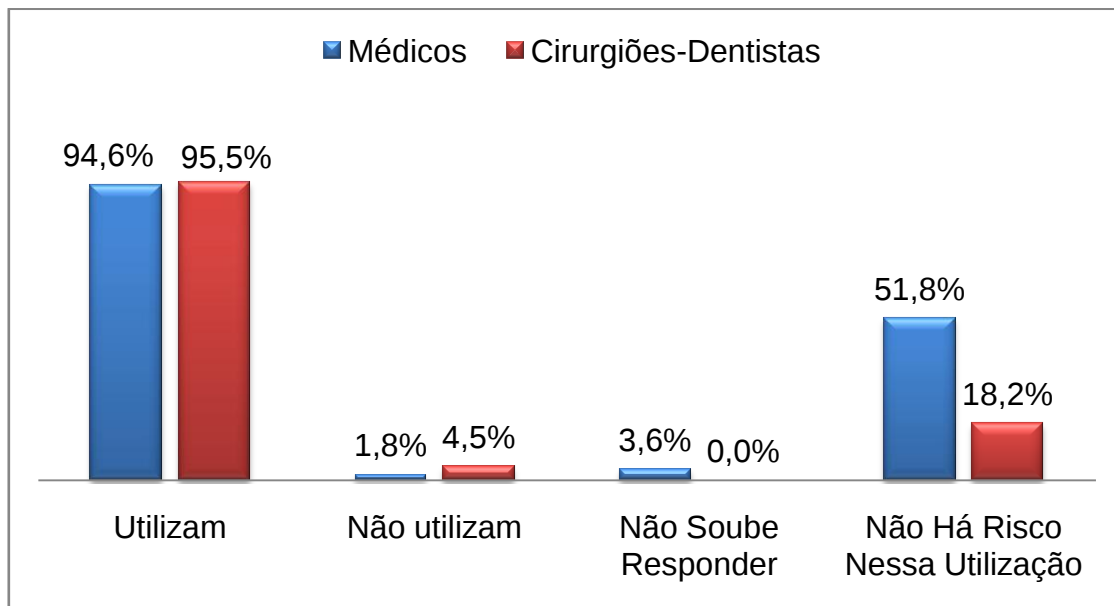


Observou-se que 72 profissionais, 94,4% dos médicos e 95,4% dos cirurgiões-dentistas, acreditam que a utilização de plantas medicinais e/ou fitoterápicos é feita concomitantemente com os medicamentos prescritos na

unidade, principalmente nos casos de pacientes hipertensos e diabéticos que não podem deixar de utilizar seus medicamentos diários. Algumas vezes estes pacientes desejam substituir o uso dos alopáticos e ficar apenas na dependência dos remédios caseiros de plantas medicinais e dos fitoterápicos, mas não são autorizados a fazê-lo pelos médicos. Erroneamente, 32 prescritores, 51,8% dos médicos e 18,2% dos cirurgiões-dentistas, acreditam que esta prática não oferta riscos à saúde do paciente (gráfico 10).

Percentual mais elevado foi encontrado no estudo de Cavalcante (2010), realizado com cirurgiões-dentistas da 1ª Região de Saúde do Estado da Paraíba, em que 49,2% dos cirurgiões-dentistas acreditam não haver possibilidade de ocorrer interações medicamentosas na utilização conjunta ou que as plantas são isentas de reações adversas.

Gráfico 10 – Perfil da opinião dos profissionais médicos e cirurgiões-dentistas da ESF de Maceió/AL sobre o uso concomitante de plantas medicinais e/ou fitoterápicos com medicamentos sintéticos pelos usuários (n de médico = 54 e n de cirurgião-dentista = 22), 2014.



Relacionando as respostas dadas para a existência de riscos à saúde na utilização concomitante de plantas medicinais e/ou fitoterápicos com medicamentos sintéticos com as categorias profissionais, constatamos que, os cirurgiões-dentistas possuem, significativamente, maior compreensão dos

possíveis riscos que a utilização conjunta oferece aos usuários, possuindo maior número de profissionais que atribuíram possíveis prejuízos à saúde, como visualizado na tabela 9 ($p < 0,050$).

Tabela 8: Relação entre categoria profissional e risco na utilização concomitante de plantas medicinais e/ou remédios caseiros com medicamentos sintéticos, Maceió, 2014.

Classificação	Categoria Profissional		Total	p
	Médicos	Cirurgiões-Dentistas		
	n (%)	n (%)		
Sim	25 (62,5%)	15 (37,5%)	40 (100%)	0,01
Não	28 (87,5%)	4 (12,5%)	32 (100%)	

Teste Qui-quadrado – significativo para 'p' inferior a 0,05.

O uso concomitante de medicamentos sintéticos com as plantas medicinais e/ou fitoterápicos foi apontado pelos médicos e cirurgiões-dentistas da ESF de Maceió/AL, porém faltam conhecimentos específicos sobre possíveis interações medicamentosas em decorrência do uso dessas associações, principalmente, quando se trata de doenças crônicas, como a hipertensão e o diabetes, fato muito indicado nos discursos dos profissionais e também visualizado no estudo de Lima, et. al. (2012), realizado em homens idosos assistidos pela ESF do município de Dourados/MS.

O uso de plantas medicinais e/ou medicamentos contendo drogas de origem vegetal está associado à cultura popular e equivocadamente ao senso comum de segurança e isenção de consequências negativas. De acordo com registros de centros de intoxicação, a exemplo do Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX), há elevada incidência de intoxicação em decorrência da utilização de medicamentos, cerca de 28% dos casos de registrados anualmente (NICOLETTI, 2010). Há potenciais riscos de interações entre medicamentos sintéticos e fitoterápicos e/ou plantas medicinais quando utilizados concomitantemente, podendo levar ao surgimento de efeitos colaterais ou ainda a perda da ação farmacológica dos mesmos (OLIVEIRA-JUNIOR, 2012).

Ao evidenciarmos que 94,7% dos profissionais (51 médicos e 21 cirurgiões-dentistas) acreditavam na utilização concomitante de plantas

medicinais e/ou fitoterápicos com medicamentos sintéticos por seus pacientes e, ainda, que 42,1% destes não atribuíam riscos a essa associação, sentimos a necessidade de investigar se as plantas medicinais que foram citadas durante as entrevistas pelos profissionais (tanto as indicadas pelos profissionais, quanto as que os mesmos relacionaram ao uso por seus pacientes sem indicação) possuíam alguma interação com os medicamentos da atenção básica elencados pelo município de Maceió/AL e distribuídos nas UBS.

Foi realizado levantamento, usando como ponto de partida para a pesquisa os nomes populares das plantas medicinais mais mencionados durante as entrevistas com os profissionais da ESF. Posteriormente, para buscas mais avançadas, foram utilizados seus nomes científicos e suas famílias botânicas, cruzando com os principais medicamentos de uso crônico, priorizando os que fazem parte do elenco municipal (Apêndice D). As buscas foram realizadas em bancos de dados eletrônicos como Scielo, Biblioteca virtual em Saúde, Banco de dados da ANVISA e livros como Stockley's - Herbal Medicines Interactions, Fitoterapia: Vademécum de prescripción e Herbarium - Compêndio de fitoterapia.

Verificamos que muitas das plantas medicinais citadas são utilizadas como hipotensoras, umas com atuação direta favorecendo a diminuição do volume sanguíneo e, com isso ocasionando a diminuição do débito cardíaco; outras indiretas que exercem influência sobre o sistema nervoso central atuando como calmantes. Estas plantas quando utilizadas conjuntamente com anti-hipertensivos podem levar a uma pronunciada diminuição dos valores pressóricos, e ainda, hipotensoras indiretas (sedativas) podem interagir sinergicamente com medicamentos hipnóticos e ansiolíticos (OLIVEIRA-JUNIOR, 2012; VEIGA-JUNIOR; PINTO, 2005).

Outras plantas são utilizadas como hipoglicemiantes em que o uso concomitante de quantidade significativa com algum medicamento para a mesma função pode levar a um efeito exacerbado, acarretando a queda brusca da glicemia no organismo, levando a sintomas como tontura, fraqueza e até desmaio (NEGRI, 2005; OLIVEIRA-JUNIOR, 2012).

Uma única planta medicinal, a exemplo das plantas com efeito sedativo anteriormente citadas, pode ser indicada para o tratamento de várias enfermidades, entretanto, somente alguns usos são difundidos popularmente,

existindo efeitos secundários à ação principal da planta que não são destacados, possibilitando maior chance de surgimento de efeitos adversos (OHLWEILER, 2007).

O uso das plantas medicinais e/ou fitoterápicos com estas propriedades terapêuticas pode ser de pronunciada importância nos tratamentos de enfermidades crônicas, porém se associadas adequadamente aos medicamentos já utilizados. Em contrapartida, a associação desenfreada de preparados caseiros de plantas medicinais e fitoterápicos pode acarretar um descontrole e agravamento severo da doença (OHLWEILER, 2007).

Os profissionais da saúde devem buscar esclarecer aos usuários de medicamentos, seja eles de origem vegetal ou não, aspectos gerais de segurança e eficácia, incluindo aspectos de possíveis interações medicamentosas, interações estas que não se limitam às substâncias químicas sintéticas, mas presentes também em preparações caseiras (NICOLETTI, 2007; NICOLETTI, et. al., 2010)

As plantas medicinais e os medicamentos fitoterápicos são caracterizados como misturas de componentes químicos, onde cada um pode apresentar um mecanismo de ação diferente, por este motivo, não resta dúvida que, quando administrados juntamente com outros fármacos podem ocorrer interações medicamentosas e como consequências algumas modificações nos parâmetros farmacocinéticos e/ou farmacodinâmicos dos fármacos, alterando potencialmente a eficácia e segurança dos mesmos, podendo com isso contribuir para o surgimento de reações adversas e outras consequências graves aos usuários. Os medicamentos fitoterápicos devem ser considerados e avaliados com o mesmo rigor que os sintéticos (ALEXANDRE; BAGATINI; SIMÕES, 2008; SILVA, 2009).

Mesmo a maioria dos prescritores achando que a utilização concomitante de plantas medicinais ou de fitoterápicos com outros medicamentos pode acarretar algum transtorno à saúde de seus pacientes, apenas 19 profissionais, 15 médicos (27,8%) e quatro cirurgiões-dentistas (18,2%) perguntam durante a consulta, se os usuários estão fazendo uso de plantas medicinais ou fitoterápicos. Os demais profissionais relataram não perguntar por falta de hábito ou ainda que o fazem de maneira indireta, não específica, se guiando pelas respostas obtidas na anamnese, perguntando se

os mesmos “estão tomando alguma coisa”. Esta realidade pode ser representada pela fala de um profissional médico sobre a interação dos fitoterápicos e plantas medicinais com medicamentos sintéticos:

“... Não pergunto se estão tomando fitoterápicos, porque é o que eu disse mesmo, falta de conhecimento, entendeu? Se eles falarem que usam tal fitoterápico, provavelmente eu vou pensar “eita serve ou não serve” eu não sei...”

Médica Equinácea

O resultado sobre este questionamento não foi semelhante ao obtidos no estudo de Fontenele (2013), uma vez que, este relata que 64,7% dos profissionais perguntam sobre esta utilização, enquanto que 22,1% às vezes os questionam, cabe ressaltar, que assim como Maceió/AL, Teresina/PI não tem programa de fitoterapia instituído. Atribui-se este elevado percentual de questionamento de utilização das plantas medicinais e fitoterápicos, ao uso pessoal pelos profissionais, bem como pelo fato de possuírem ciência do uso pela comunidade.

De acordo com informações obtidas nas UBS, apesar de uma tentativa de implantação da fitoterapia e do uso de plantas medicinais para os usuários do Sistema Único de Saúde no município de Maceió/AL, em 2000, não foi instituído um programa municipal com essa finalidade. Apesar disto, existem registros de indicação de plantas e, em menor quantidade, de fitoterápicos pelos profissionais da estratégia, ainda que de maneira informal, para problemas que fazem parte da atenção primária à saúde, fato relatado também por Albertasse, Thomaz e Andrade (2010) em seu estudo.

Ao indicar a utilização de uma planta medicinal ou de fitoterápicos, se faz necessário saber identificá-la, conhecer seus ativos e composição química, sabendo a que se destinam, possíveis contra-indicações, além de saber sobre a dosagem adequada para que se possa usufruir da sua eficácia e benefícios à saúde. Em virtude disso, torna-se fundamental a aplicação e ampliação dos estudos tóxico-farmacológicos em relação às plantas já utilizadas e consagradas pelo conhecimento popular no cuidado à saúde (CEOLIN et. al., 2011).

A indicação do uso ou orientação de plantas medicinais e/ou fitoterápicos por outros profissionais da equipe da ESF aos pacientes foi

relatada por 33,3% dos médicos e 40,9% dos cirurgiões-dentistas. As enfermeiras, auxiliares de enfermagem e os agentes comunitários de saúde (ACS) foram os profissionais citados como possíveis transmissores destas informações. Destes profissionais, que relataram este tipo de indicação/orientação, apenas cinco médicos (9,3%) e um cirurgião-dentista (4,5%) eram contra esse tipo de ação, os demais afirmaram que se os outros profissionais da estratégia passavam tais informações era porque tinham conhecimento ou ainda estavam reproduzindo a informação que obtiveram deles próprios, os médicos.

Acredita-se que o modo hierárquico estratificado do trabalho da equipe de saúde da família, reflete nessa relação: usuário X equipe de saúde (BORGES; BAPTISTA, 2010), favorecendo a maior proximidade de relacionamento de enfermeiros, auxiliares e ACS com os usuários atendidos, justificando-se a maior interação e diálogo, que por sua vez facilita a indicação, mesmo que informalmente, desta prática.

Outras análises utilizando variáveis de indicação de plantas medicinais e fitoterápicos aos pacientes da ESF, do questionamento, durante a consulta, da utilização destas práticas pelos pacientes, bem como cruzamentos bivariados utilizando crença na utilização de plantas medicinais pelos pacientes, bem como na utilização conjunta com outros medicamentos X categoria profissional fora realizadas, entretanto não demonstraram significância nos resultados obtidos.

5.5 Políticas Públicas

Dos 76 profissionais entrevistados, apenas dois profissionais médicos (2,6%) afirmaram conhecer políticas públicas voltadas à inclusão de plantas medicinais e/ou fitoterápicos no Sistema Único de Saúde. Contradizendo este resultado, cinco médicos (6,6%) afirmaram conhecer a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC) e afirmaram ainda saber que a utilização de plantas medicinais e da Fitoterapia se faziam presentes como práticas complementares. O mesmo foi evidenciado no estudo de Petry e Roman-Júnior (2012), realizado com médicos e cirurgiões-dentistas da ESF de três Passos/RS, em que 80,0% dos entrevistados desconheciam as Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Apesar da PNPIC já existir há

oito anos, são poucos os profissionais de saúde que possuem conhecimento sobre ela.

Mesmo com a ausência de conhecimento científico por parte dos prescritores da Saúde da Família em relação à Fitoterapia, os mesmos não são contra a inserção desta terapêutica no SUS, o que também é demonstrado no estudo de Barreto (2011) cujo resultado mostrou que todos os profissionais consideraram favorável a introdução desta terapêutica no sistema, assim como observado no estudo de Nunes (2010) em que 92,9% dos médicos eram a favor da inserção da fitoterapia e plantas medicinais no município de Imperatriz, no estado do Maranhão.

Foi observado interesse dos profissionais no âmbito das plantas medicinais e fitoterapia, uma vez que, 98,1% dos médicos e todos os cirurgiões-dentistas responderam estar dispostos a participar de especialização e/ou capacitação oferecidos pelo Estado e/ou Município sobre o tema. Apenas um profissional médico (1,8%) afirmou não ter interesse em virtude de estar em processo de aposentadoria. Este mesmo resultado foi evidenciado no estudo de Petry e Roman-Júnior (2012) em que 80% dos médicos e cirurgiões-dentistas participariam de capacitações para prescrição de plantas medicinais e fitoterápicos.

Todos os profissionais deste estudo informaram que passariam a indicar plantas medicinais e/ou fitoterápicos em caso de implantação do projeto e distribuição gratuita de fitoterápicos pelo SUS. Este resultado é semelhante ao obtido por Fontenele e colaboradores (2013), cujo estudo aponta que 95,6% dos profissionais passariam a indicar o uso destes tratamentos.

Os gestores municipais da saúde precisam expor experiências exitosas, resultados positivos, para a inclusão e melhor aceitação, por meio dos profissionais prescritores, destas práticas alternativas. Devem ainda fornecer suporte adequado para funcionamento destes programas, focando a formação dos profissionais de saúde atuantes diretamente na saúde e educação da população com relação ao uso responsável das plantas medicinais (XIMENES et. al., 2008; SANTOS; NUNES; MARTINS, 2012).

Visando uma maior sensibilização dos profissionais da ESF de Maceió/AL, poder-se-ia pensar em algumas estratégias, como: Proferir palestras/capacitações salientando os pontos importantes da terapêutica, num

viés econômico-cultural e ambiental das plantas medicinais e fitoterápicos, apresentando monografias dos mesmos; Produzir guia de uso de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos, objetivando esclarecer nuances dos recursos terapêuticos – indicação terapêutica, efeitos adversos, interações medicamentosas; interações com alimentos, posologia (SILVA-JUNIOR, 2012).

6 CONCLUSÃO

Maceió é detentora de uma realidade favorável à implantação do Programa de Fitoterapia e uso de Plantas Medicinais, pois se percebe profissionais favoráveis às práticas:

- Que já realizam indicação de plantas medicinais na forma de remédios caseiros, assim como de medicamentos fitoterápicos, mesmo que estes em menor expressão.
- Que buscam qualificação, uma vez que todos os profissionais afirmaram querer participar de capacitações sobre o tema.
- Que crêem na eficácia terapêutica e utilizam estes tratamentos complementares, muito se atribuindo isto a herança de tradição de uso por suas mães.

Cabe ressaltar ainda, que o município possui população que é adepta às terapêuticas alternativas, pois na visão de quase todos os profissionais os pacientes fazem uso destes tratamentos. Os resultados encontrados reforçam a importância dos profissionais da equipe de saúde da família em reconhecerem a fitoterapia como uma prática complementar no cuidado e tratamento dos pacientes, para que possam orientá-los sobre a maneira adequada de preparo, conservação e utilização das plantas.

Para a prática ser incorporada na rotina da ESF pelos profissionais, é preciso conhecimento sobre o tema. Observou-se que os profissionais prescritores da ESF de Maceió/AL possuem razoável conhecimento sobre as práticas que utilizam plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos, entretanto, as fontes de conhecimento citadas pelos mesmos nas entrevistas não são fidedignas e por isso treinamentos e capacitações adequadas sobre o tema devem ser oferecidos, fornecendo caráter científico aos saberes.

A Secretaria Municipal de Saúde deve, por este motivo, ofertar meios de qualificação para que estes profissionais possam ter acesso à informação fidedigna e consigam acompanhar a evolução técnico-científica e outras formas alternativas de terapêutica que se vivenciam hoje na área da saúde.

Aliando fatores profissionais, populacionais e apoio político, desenha-se um panorama de sucesso para implantação do programa no sistema público de

saúde municipal, repercutindo extensamente na melhoria da qualidade de vida da população atendida pela ESF, uma vez que o tratamento seria disponibilizado nas próprias UBS.

REFERÊNCIAS

ALBERTASSE, P.D.; THOMAZ, L.D.; ANDRADE, M.A. Plantas medicinais e seus usos na comunidade da Barra do Jucu, Vila Velha-ES. **Revista Brasileira de Plantas Medicinais**, Botucatu, v.12, n.3, p. 250-260, 2010.

ALEXANDRE, R.F.; BAGATINI, F.; SIMÕES, C.O.M. Potenciais interações entre fármacos e produtos à base de valeriana ou alho. **Revista Brasileira de Farmacognosia**. 18(3): Jul./Set. 2008.

ALVES, A.R.; SILVA, M.J.P. O uso da fitoterapia no cuidado de crianças com até cinco anos em área central e periférica da cidade de São Paulo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**; 37(4): 85-91, 2003.

AMORIM, H.F. **Apresentação do programa de plantas medicinais e fitoterapia da cidade do Rio de Janeiro: uma perspectiva longitudinal**. Monografia. Pós-Graduação em Gestão da Inovação em Fitomedicamentos. Instituto de Tecnologia em Fármacos – Farmanguinhos. Rio de Janeiro, 2012.

BARRETO, B.B. **Docente da UFJF: Fitoterapia na atenção primária à saúde: a visão dos profissionais envolvidos**. 2011. 93f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2011.

BORGES, C.F.; BAPTISTA, T.W.F. A política de atenção básica do ministério da saúde: refletindo sobre a definição de prioridades. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8 n. 1, p. 27-53, mar./jun.2010.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1987.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Portaria GM/MS Nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos, que define como uma das principais diretrizes a Promoção do Uso Racional de Medicamentos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, 10 nov. 1998.

BRASIL. **Lei nº. 9.782, de 26 de janeiro de 1999**. Brasília, DF, 1999.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 92 p. série B, 2006a.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. A fitoterapia no SUS e o Programa de Pesquisa de Plantas Medicinais da Central de Medicamentos. Brasília: Ministério da Saúde, 148p, 2006b.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 5.813, de 22 de junho de 2006. Aprova a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 jun. 2006c.

BRASIL. **Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006.** Brasília, DF, 2006d

BRASIL. **RDC nº 14, de 31 de março, DF, 2010 de 2010.** Brasília.

BRASIL. **Ministério da Saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica. Brasília: DAB, 2012a.

BRASIL. **Ministério da Saúde.** Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Formulário Nacional da Farmacopéia Brasileira. 2.ed. Brasília: ANVISA, 2012b.

BRASIL. **Ministério da Saúde.** Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Guia de Orientação para Registro de Medicamento Fitoterápico e Registro e Notificação de Produto Tradicional Fitoterápico. Brasília: ANVISA, 2014a.

BRASIL. **Ministério da Saúde.** Sistema de Legislação da Saúde Disponível em: http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm. Acesso em: 13 de fevereiro de 2014b.

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

CAMARGO, M.T.L.A. A garrafada na medicina popular: uma revisão historiográfica. **Revista Dominguezia** - Vol. 27(1), 2011.

CÂNDIDO, A. C. N.; LEITE, L. A. **Caracterização do Perfil dos Agentes Comunitários de Saúde inseridos na Estratégia de Saúde da Família em Maceió.** Monografia, Universidade Federal de Alagoas/NUSP, 2008.

CAVALCANTE, A.L.F.A. **Docente da UFPB:** Plantas medicinais e saúde bucal: Estudo etnobotânico, atividade antimicrobiana e potencial para interação medicamentosa. 2010. 206f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, 2010.

CEOLIN, T. et. al. Plantas medicinais: transmissão do conhecimento nas famílias de agricultores de base ecológica no Sul do RS. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**; 45(1):47-54, 2011.

Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação. Resolução nº 8. Implanta a prática de fitoterapia nos Serviços Públicos de Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 26 jun 1988. Seção 1.

DAB - Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde. Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, v.34, p.316-9, 2000.
DUTRA, M.G. **Plantas medicinais, fitoterápicos e saúde pública: um diagnóstico situacional em Anápolis, Goiás**. Monografia. Anápolis: Centro Universitário de Anápolis – UniEvangélica, 2009.

ESCOREL, S. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Panamericana de Saúde Pública**. 21(2), 2007.

EVANGELISTA, S. S. et al. Fitoterápicos na odontologia: estudo etnobotânico na cidade de Manaus. **Revista Brasileira de Plantas Medicinais** Campinas, v.15, n.4, p.513-519, 2013

FETROW, C., AVILA, J. **Medicina alternativa para o profissional**. Ed. Guanabara Koogan. 2000.

FONTENELE, R.P. et al. Fitoterapia na Atenção Básica: olhares dos gestores e profissionais da Estratégia Saúde da Família de Teresina (PI), **Revista Brasil Ciência & Saúde Coletiva**, 18(8):2385-2394, 2013.

FUNARI C.S.; FERRO, V.O. Uso ético da biodiversidade brasileira: necessidade e oportunidade. **Revista Brasileira de Farmacognosia**. 15(2): 178-182, Abr./Jun. 2005

GENIOLE, L.A.I.; KODJAOGLANIAN, V.L.; VIEIRA, C.C.A. **Política Nacional de práticas integrativas e complementares no SUS / organizadores: – Campo Grande, MS**. Ed. UFMS : Fiocruz Unidade Cerrado Pantanal, 2011.

GONÇALVES, A.L.; ALVES FILHO, A.; MENEZES, H. Estudo comparativo da atividade antimicrobiana de extratos de algumas árvores nativas. **Arquivo do Instituto Biológico**, v. 72, n. 3, p. 353-358, 2005.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br>. Acesso em: 24 de fevereiro de 2014

LANINE, J.et. al. “O que vêm da terra não faz mal” - relatos de problemas relacionados ao uso de plantas medicinais por raizeiros de Diadema/SP. **Revista Brasileira Farmacognosia** 19(1A): Jan./Mar. 2009.

LEITE, NS; SCHOR, N. Fitoterapia no serviço de saúde: significados para clientes e profissionais de saúde. **Revista Saúde em debate**, v 29, n 69, p. 78-85, 2005.

LIMA-JÚNIOR, J.F. et al. A Fitoterapia na Saúde Pública em Natal/RN: visão do odontólogo. **Saúde em Revista**. Piracicaba, 8(19): 37-44, 2006

LIMA, S.C.S. Et. al. Representações e usos de plantas medicinais por homens idosos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Jul - ago. 2012.

LUCENA, R. F. P. et. al. Useful plants of the semiarid northeastern region of Brazil – a look at their conservation and sustainable use. **Environmental Monitoring and Assessment**, v. 125, p. 281-290, 2007.

MACHADO, D.M.; CZERMAINSKI, S.B.C.; LOPES, E.C. Percepções de coordenadores de unidades de saúde sobre a fitoterapia e outras práticas integrativas e complementares. **Revista Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 615-623, out./dez. 2012

MATOS, F.J.A. **Farmácias Vivas: sistema de utilização de plantas medicinais projetado para pequenas comunidades**. 4. ed. rev. Ampliada/ Fortaleza: Editora UFC, 2002.

NEGRELLE, R.R.B; TOMAZZONI, M.I; CECCON, M.F; VALENTE, T.P. Estudo etnobotânico junto a Unidade de Saúde da Família Nossa Senhora dos Navegantes: subsídios para o estabelecimento de programa de fitoterápicos na Rede Básica de Saúde do Município de Cascavel (Paraná). **Revista Brasileira de Planta Medicinais** 9(3): 6-22, 2007.

NEGRI, G. Diabetes melito: plantas e princípios ativos naturais hipoglicemiantes. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas** vol. 41, n. 2, abr./jun., 2005.

NICOLETTI, M.A. Et. al. Principais interações no uso de medicamentos fitoterápicos. **Infarma**, v.19, nº 1/2, 2007

NICOLETTI, M.A. Et. al. Uso popular de medicamentos contendo drogas de origem vegetal e/oU plantas medicinais: principais interações decorrentes. **Saúde em Revista**. 4 (1), 2010.

NUNES, S.E.A. **Docente da UEG: Subsídios para implantação do programa de fitoterapia no município de Imperatriz, estado do Maranhão**. 2010. 127f. Dissertação (Mestrado em Gestão, Pesquisa e Desenvolvimento em Tecnologia Farmacêutica) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Universidade Estadual de Goiás, Anápolis, 2010.

OHLWEILER, I.V. **Avaliação da utilização de plantas medicinais por diabéticos**. 2007. Monografia. Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Ciências Farmacêuticas, Universidade Regional de Blumenau. Blumenau, 2007

OLIVEIRA, F.C.S.; BARROS, R.F.M.; MOITA NETO, J.M. Plantas medicinais utilizadas em comunidades rurais de Oeiras, semiárido piauiense. **Revista Brasileira de Plantas Medicinais**., Botucatu, v.12, n.3, p.282-301, 2010.

OLIVEIRA, S.G.D. Et al. An ethnomedicinal survey on phytotherapy with professional and patients from Basic Care Units in the Brazilian Unified Health System. *JofEthnopharmacol* [Internet] 2012. Acesso em: 1 de junho 2013.

OLIVEIRA-JUNIOR, R. G. Et. al. Plantas medicinais utilizadas por um grupo de idosos do município de Petrolina, Pernambuco. **Revista Eletrônica de Farmácia**. Vol. IX (3), 16 - 28, 2012.

Organização Mundial de Saúde (OMS). Alma-Ata 1978 – Cuidados primários de saúde. Relatório da conferência internacional sobre cuidados primários de saúde. Brasília: Organização Mundial de Saúde/ Fundo das Nações Unidas para a Infância, 1979.

PAIM, Jairnilson da Silva. Desafios para Saúde Coletiva no Século XXI . Salvador: Edufba, 2006.

PETRY, K.; ROMAN-JÚNIOR, 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** 93 (1): 60-67, 2012.

PINTO, E.P.P.; AMOROZO, M.C.M.; FURLAN, A. Conhecimento popular sobre plantas medicinais em comunidades rurais de mata atlântica - Itacaré, BA. **Acta Botanica Brasilica**; v. 20, n. 4, p. 751-762, 2006.

ROSA, C.; CÂMARA, S.G.; BÉRIA, J.H. Representações e intenção de uso da fitoterapia na atenção básica à saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, 16(1):311-318, Jan 2011.

RUAS, E.L.A. **Docente da UnB**: Estudo descritivo sobre o conhecimento de usuários e profissionais dos centros de saúde de Ceilândia – Distrito Federal – em relação a plantas medicinais e fitoterápicos. 2013. 93f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde). Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

SANTOS, E.B.; DANTAS, G.S.; SANTOS, H.B.; DINIZ, M.F.F.; SAMPAIO, F.C. Estudo etnobotânico de plantas medicinais para problemas bucais no município de João Pessoa, Brasil. **Revista Brasileira de Farmacognosia**. Jan-mar; 19(1B):321-324, 2009.

SANTOS, M.B.; RIBEIRO, S.A. **Dados sociodemográficos e condições de saúde de idosas inscritas no PSF de Maceió, AL**. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. vol.14, n.4, pp. 613-624, 2011.

SANTOS, M.M.; NUNES, M.G.S.; MARTINS, R.D. Uso empírico de plantas medicinais para tratamento de diabetes, **Revista Brasileira de Plantas Medicinais**, Botucatu, v.14, n.2, p.327-334, 2012.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MACEIÓ. Plano Municipal de Saúde de Maceió: 2006-2009. Disponível em: www.sms.maceio.al.gov.br. Acesso em: 15 de janeiro de 2014.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MACEIÓ/AL. Disponível em: www.sms.maceio.al.gov.br. Acesso em: 15 de janeiro de 2014.

SILVA, M.I.G. Utilização de fitoterápicos nas unidades básicas de atenção à saúde da família no município de Maracanaú (CE). **Revista Brasileira de Farmacognosia** 16(4): 455-462, Out./Dez. 2006.

SILVA, S.A. **Docente da UnB:** Prescrições médicas da fitoterapia no estado de Rondônia: Usos e notificações. 2009. 56f. Dissertação. (Mestrado em Ciências da Saúde) - Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Universidade de Brasília. Brasília, 2009.

SILVA-JÚNIOR, M.R. **Docente da UFPA:** Fitoterapia solidária: uma proposta sustentável para a atenção básica em saúde e o desenvolvimento local. 2009. 103f. Dissertação (Mestrado em Gestão dos Recursos Naturais e Desenvolvimento Local na Amazônia) – Núcleo de Meio Ambiente, Universidade Federal do Pará, Belém, 2012.

SILVEIRA, P.F.; BANDEIRA, M.A.M.; ARRAIS.P.S.D Farmacovigilância e reações adversas às plantas medicinais e fitoterápicos: uma realidade. **Revista Brasileira de Farmacognosia**. 18(4): Out./Dez. 2008.

SIVIERO, A., et. al. Plantas medicinais em quintais urbanos de Rio Branco, Acre. **Revista Brasileira de Plantas Medicinais**, Botucatu, v.14, n.4, p.598-610, 2012.

SOUZA, A.J.A. **Docente da UFPA:** Uso de plantas medicinais no município de Benevides/Pará: elaboração do memento fitoterápico e construção da política municipal de plantas medicinais e fitoterápicos. 2011. 113f. Dissertação (Mestrado em Gestão dos Recursos Naturais e Desenvolvimento Local na Amazônia) – Núcleo de Meio Ambiente, Universidade Federal do Pará, Belém, 2011.

SOUZA, C.M.P. et. al.Utilização de Plantas Medicinais com Atividade Antimicrobiana por Usuários do Serviço Público de Saúde em Campina Grande – Paraíba. **Revista Brasileira de Plantas Medicinais**. Campinas, v.15, n.2, p.188-193, 2013.

TEIXEIRA, K. **Plantas medicinais que podem causar alteração na pressão arterial e interação com anti-hipertensivos**. TCC. Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC. Criciúma, junho, 2011.

TESKE, M.; TRENTINI, A.M. **Herbarium, Compêndio de fitoterapia**. Ed. Herbarium 4º edição. 2001.

VANACLOCHA, B; CAÑIGUERL, S. **Fitoterapia: Vademécum de prescripción**. Ed. ElsevierMasson, 4 ed. 2003.

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

VEIGA-JUNIOR, V.F.; PINTO, A.C. PLANTAS MEDICINAIS: CURA SEGURA? **Revista Química Nova**, Vol. 28, No. 3, 519-528, 2005.

VEIGA-JÚNIOR, V.F. 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**. Abr.-Jun, 2008.

WILLIAMSON, E; DRIVER, S.; BAXTER, K. **Stockley's - Herbal Medicines Interactions**. Ed. Pharmaceutical Press. London, 2010.

XIMENES, F.R.G., et. al. Auxiliares e técnicos de enfermagem na saúde da família: perfil sociodemográfico e necessidades de qualificação. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, Jun, 2008.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.)

(Em 2 vias, firmado por cada participante-voluntári(o,a) da pesquisa e pelo responsável.

Assinatura de todos os pesquisadores na última página e rubrica nas demais)

“O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa.” (Resolução. nº 196/96-IV, do Conselho Nacional de Saúde)

Eu,.....

....., tendo sido convidad(o,a) a participar como voluntári(o,a) do estudo “EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE MACEIÓ: saberes e práticas em fitoterapia”, recebi da Sra.SâmiaAndrícia Souza da Silva, da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas, responsável por sua execução, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

- Que o estudo se destina a identificar os conhecimentos e práticas de fitoterapia entre os profissionais das Estratégias de Saúde da Família do município de Maceió, Alagoas e o impacto causado pelo compartilhamento de informações sobre o tema.

- Que a importância deste estudo é a de identificar os conhecimentos prévios, aceitação e crenças dos profissionais da ESF com relação à fitoterapia, bem como, se uma intervenção simples proposta neste estudo impacta no atendimento a usuários que fazem uso de plantas medicinais e fitoterápicos; este estudo também indicará quais categorias possuem maior afinidade por estes recursos terapêuticos.

- Que os resultados que se desejam alcançar são os seguintes: determinar o perfil sócio-econômico dos profissionais da ESF de Maceió, seus conhecimentos sobre o tema fitoterapia, plantas medicinais e fitoterápicos, sobre políticas públicas voltadas para a fitoterapia; se há uso autorreferido de plantas medicinais e fitoterápicos por estes profissionais; identificar se estes profissionais se relacionam com os clientes no âmbito do uso de plantas medicinais e quais os entraves para que isto não ocorra; identificar os conhecimentos destes profissionais sobre o uso de plantas medicinais na área de abrangência de suas unidades de trabalho; identificar se houve impacto nas práticas dos profissionais ocasionado pelo compartilhamento de saberes entre os pesquisadores e os pesquisados, sobre o tema.

- Que esse estudo começará em agosto de 2013 e terminará em agosto de 2016.

- Que este estudo foi desenhado em duas fases e, portanto, duas coletas de dados. Na primeira fase a coleta de dados será realizada por entrevista semi-estruturada que será gravada na íntegra. Posteriormente, a entrevista será transcrita para formulários específicos e apagadas do gravador. Estes formulários serão transcritos para um banco de dados digital e arquivados até a conclusão da pesquisa. Na segunda fase do estudo a coleta de dados será

realizada da seguinte maneira: os pesquisadores entregarão o questionário, junto com a carta do coordenador explicando como deve ser realizado o preenchimento do questionário, diretamente aos profissionais da equipe de saúde da família que participaram da primeira fase do estudo. Após o preenchimento do questionário o profissional deverá coloca-lo no envelope e lacrar com a fita de segurança sem identificar o envelope com seu nome e entregá-lo ao diretor da unidade. Após o recebimento do envelope os dados do questionário serão transcritos para o banco de dados para análise e arquivados até conclusão da pesquisa. Desta forma a identidade dos participantes ficará preservada.

- Que eu participarei das seguintes etapas: coleta de dados pela entrevista e preenchimento do questionário.
- Que não existem outros meios conhecidos para se obter os mesmos resultados já que não existem publicações sobre o assunto na minha equipe de saúde da família que possam ser acessadas pelos pesquisadores.
- Que os incômodos que poderei sentir com a minha participação são os seguintes: cansaço por ter que responder a grupo de perguntas da entrevista e presentes no questionário da fase dois, entretanto, este incômodo será evitado ou minimizado porque tenho a possibilidade de responder o questionário por partes, uma vez que me foi dado o prazo máximo de dois meses para retorno do mesmo.
- Que deverei contar com a seguinte assistência: no caso de dúvidas sobre o preenchimento do questionário solicitarei por e-mail as informações, sendo responsável por ela a Sra.SâmiaAndrícia Souza da Silva, no endereço **geplamufal@gmail.com**.
- Que os benefícios que deverei esperar com a minha participação, mesmo que não diretamente são: identificação da necessidade de capacitação na área do estudo, justificando a inclusão de disciplinas sobre o tema nos cursos da área de saúde e em cursos de especialização.
- Que a minha participação será acompanhada do seguinte modo: ao término da entrevista e ao retornar o envelope lacrado aos pesquisadores, contendo o questionário, serei incluído na pesquisa sem que meu nome seja vinculado ao TCLE, de forma que os pesquisadores não saberão a quem os dados pertencem.
- Que, sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo através do e-mail **geplamufal@gmail.com**.
- Que, a qualquer momento, eu poderei recusar a continuar participando do estudo e, também, que eu poderei retirar este meu consentimento, sem que isso me traga qualquer penalidade ou prejuízo.

- Que as informações conseguidas através da minha participação não permitirão a identificação da minha pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto.

- Que o estudo não me acarretará nenhuma despesa, uma vez que o pesquisador se deslocará para meu local de trabalho para realizar o estudo.

- Que a minha participação nesta pesquisa não acarretará nenhum prejuízo a minha saúde física ou mental.

Finalmente, tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implica, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Endereço d(o,a) participante-voluntári(o,a)

Domicílio: (rua, praça, conjunto):

Bloco: /Nº: /Complemento:

Bairro: /CEP/Cidade: /Telefone:

Ponto de referência:

Contato de urgência: Sr(a).

Domicílio: (rua, praça, conjunto):

Bloco: /Nº: /Complemento:

Bairro: /CEP/Cidade: /Telefone:

Ponto de referência:

Endereço d(os,as) responsável(eis) pela pesquisa (OBRIGATÓRIO):

Instituição: Escola de Enfermagem e Farmácia/Universidade Federal de Alagoas

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n

Bloco: /Nº: /Complemento: Sala 206/Esenfar/CSAU

Bairro: /CEP/Cidade: Tabuleiro dos Martins/CEP 57072-900/Maceió/Alagoas

Telefones p/contato: 82 99057917/ 82 32141789

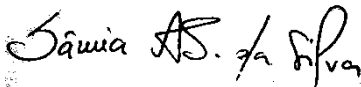
ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas:

Prédio da Reitoria, sala do C.O.C. , Campus A. C. Simões, Cidade Universitária

Telefone: 3214-1041

Maceió,

	
(Assinatura ou impressão datiloscópica d(o,a) voluntári(o,a) ou responsável legal - Rubricar as demais folhas)	Dra Sâmia Andrícia Souza da Silva
Dra Sabrina Joany Felizardo Neves	Mestrada Lilian Mariane Pereira da Silva

APÊNDICE B- Instrumento de Coleta de Dados

Dados socioeconômicos:

1. Qual a data do seu nascimento?
2. Qual a cidade do seu nascimento?
3. Qual seu estado civil?
4. Possui residência própria?
5. Quantos salários mínimos você ganha?
6. Tem outro trabalho além da ESF?

Dados Profissionais:

7. Qual foi o ano de conclusão do curso superior?
8. Em que cidade-UF? Instituição pública ou privada?
9. Cursou pós-graduação? Qual?
10. Em que ano começou a fazer parte da ESF?
11. Em que ano começou a fazer parte da ESF desta unidade?

Conhecimentos sobre Fitoterapia e uso de Plantas Medicinais

12. Para você o que é uma planta medicinal?
13. Para você o que é medicamento fitoterápico?
14. Para você o que é fitofármaco?
15. Para você o que é um remédio caseiro?
16. Quais os tipos de remédios caseiros que você conhece?
17. Você sabe qual a diferença entre infuso e decocto? Qual?
18. Para você o que é fitoterapia?
19. Você acha que existe alguma diferença entre o uso de PM e fitoterapia?
(se responder não passe para a pergunta 21)
20. Para você qual a diferença?
21. Onde foram obtidos os seus conhecimentos sobre plantas medicinais/fitoterápicos?

Crenças e uso autorreferido

22. Você acredita na eficácia terapêutica das plantas medicinais na forma de remédio caseiro?
23. Por que você acredita/não acredita que são eficazes?
24. Você acredita na eficácia terapêutica dos fitoterápicos manipulados e industrializados?
25. Por que você acredita/não acredita que são eficazes?
26. Você acha que os fitoterápicos são submetidos aos mesmos testes de controle de qualidade e eficácia terapêutica que os medicamentos sintéticos?
27. Alguma vez, por decisão própria, você utilizou remédio caseiro de PM ou fitoterápico? **(se respondeu não, passar para a questão 31)**
28. Atualmente está fazendo uso de algum remédio caseiro de PM?
29. Atualmente está fazendo uso de algum fitoterápico?

- 30. Você utiliza PM /Fitoterápicos juntamente com outros medicamentos?
- 31. Você acha que as plantas medicinais são isentas de problemas de uso?
- 32. Em sua opinião, o uso de PM ou fitoterápicos juntamente com medicamentos sintéticos podem ocasionar problemas de saúde ou interferir na ação dos mesmos?

Atuação profissional no âmbito das plantas medicinais e fitoterapia

- 33. Você indica PM para seus pacientes na ESF?
- 34. Você indica fitoterápicos? Por quê? **(caso a resposta seja não, passe para a pergunta 36)**
- 35. Você optaria por indicar um fitoterápico ao invés de medicamento sintético para tratar a mesma doença ou sintoma?
- 36. Você acha que seus pacientes usam PM?
- 37. Você acha que seus pacientes usam fitoterápicos? **(se a resposta for não para as questões 36 e 37, passe para a pergunta 40)**
- 38. Acha que eles consomem juntamente com os medicamentos prescritos na unidade?
- 39. Acha que esta prática pode levar a algum prejuízo à saúde do paciente?
- 40. Durante a consulta você pergunta se seus pacientes estão fazendo uso de PM/Fitoterápicos?
- 41. Em sua opinião, os pacientes atendidos na sua unidade têm preferência pela indicação de PM/fitoterápico ou medicamentos sintéticos?
- 42. Você tem conhecimento se alguma categoria profissional da sua equipe, além da sua, indica/orienta o uso de PM/fitoterápico aos pacientes da sua unidade? **(se a resposta for não, passe para a pergunta 45)**
- 43. Quais são estas categorias?
- 44. Em sua opinião, alguma destas categorias não deveria indicar/orientar?

Políticas Públicas

- 45. Você conhece alguma política pública voltada para o acesso de PM/fitoterápico no SUS? Qual?
- 46. Conhece a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS? **(se a resposta for não, passe para a pergunta 49)**
- 47. Como conheceu a PNPIC?
- 48. Você sabia que o uso de PM e a fitoterapia são reconhecidas como práticas complementares pela PNPIC?
- 49. Se a SMS implantar o programa de fitoterapia em Maceió, você passaria a indicar o uso de PM e fitoterápicos aos seus pacientes?
- 50. Você tem interesse em participar de especialização/capacitação na área de PM/fitoterapia oferecidos por órgãos de saúde?

APÊNDICE C – Termo de Concordância da Unidade Básica de Saúde**AUTORIZAÇÃO**

Eu _____
_____, diretor (a) _____ da Unidade de Saúde da Família _____ autorizo a realização do projeto EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE MACEIÓ: SABERES E PRÁTICAS EM FITOTERAPIA, coordenado pelas professoras **Sâmia Andrcia Souza da Silva** e **Sabrina Joany Felizardo Neves**, da Escola de Enfermagem e Farmácia/UFAL, tendo como sujeitos da pesquisa os profissionais da (s) equipe (s) de saúde da família desta unidade. Estou ciente que o objetivo deste projeto é investigar os conhecimentos, crenças e práticas sobre plantas medicinais, fitoterápicos e fitoterapia no âmbito da equipe de saúde da família e que a coleta dos dados da pesquisa será realizada através de entrevista gravada e que estas serão apagadas após a transcrição para formulários específicos. Também estou ciente que a publicação dos dados desta pesquisa não mencionará esta unidade de saúde, de modo a preservar a identidade dos participantes da pesquisa.

Maceió, ____ de _____ de 201__

APÊNDICE D – Levantamento de possíveis problemas/interações no uso concomitante entre plantas medicinais e/ou fitoterápicos com medicamentos sintéticos.

Alho (*Allium sativum* L. - Alliaceae)

Extratos de alho têm sido utilizados como coadjuvante no tratamento de doenças cardiovasculares e respiratórias, atuando também como antidiabético, anti-hipertensivo - por atuar como vasodilatador periférico, antitrombótico, antimicrobiano, antitumoral, fibrinolítico e extensamente utilizado para reduzir níveis elevados de colesterol e triglicerídeos (VEIGA-JUNIOR; PINTO, 2005; WILLIAMSON; DRIVER; BAXTER, 2010; VANACLOCHA; CAÑIGUERAL, 2003).

Estes extratos podem interagir com alguns anti-retrovirais, ansiolíticos e hipnóticos, pois competem pelo mesmo sítio enzimático, citocromo P450, mesma via metabólica; com anticoagulantes orais (varfarina) e antiplaquetários (indometacina), aumentando o tempo de sangramento, por causar trombocitopenia, podendo causar hemorragias; com hipoglicemiantes podendo causar redução exacerbada nos níveis de açúcar sanguíneos; com medicamentos utilizados para reduzir valores pressóricos (lisinopril) e níveis de colesterol, a ação pode ser intensificada; uso cauteloso com medicamentos para disfunção tireoideana, uma vez que o alho pode alterar as funções da glândula; com alguns analgésicos e antitérmicos (paracetamol), por causar alterações no perfil farmacocinético do fármaco; sugere-se ainda, que pode reduzir os níveis de isoniazida no sangue por interferir em sua absorção, nos tratamentos para tuberculose (VEIGA-JUNIOR; PINTO, 2005; OHLWEILER, 2007; NICOLETTI, 2007; ALEXANDRE; BAGATINI; SIMÕES, 2008; TESKE; TRENTINI, 2001; FETROW; AVILA, 2000; TEIXEIRA, 2011; VANACLOCHA; CAÑIGUERAL, 2003).

Estudos em animais demonstraram possíveis interações com álcool, inibindo seu metabolismo. Possui interação positiva quando utilizado concomitantemente com óleos de peixe, exercendo atividade sinérgica aumentando a indução do antioxidante superóxido dismutase (WILLIAMSON; DRIVER; BAXTER, 2010).

Abacaxi (*Ananas comosus* (L.) Merrill- Bromeliaceae)

Indicado como anti-inflamatório, para dispepsias hiposecretoras, como adjuvante em tratamentos de sinusite, para limpeza de ferimentos tópicos. Possui atividade imunomoduladora, antiagregante plaquetária e fibrinolítica. Interage medicamentos antiplaquetários e anticoagulantes aumentando seus efeitos farmacológicos; com antiarrítmicos e anti-inflamatórios não esteroidais. Estudos afirmam que aumenta a absorção de antibióticos – amoxicilina e tetraciclina - (mecanismo ainda não detalhado); o uso associado com captopril ou lisinopril pode levar a queda brusca da pressão arterial; pode exacerbar a ação de benzodiazepínicos, barbitúricos, codeína, antidepressivos e álcool; possui interação com outras plantas medicinais como *Ginkgo biloba*, *Allium sativum* e *Serenoa repens*, e algumas substâncias, a exemplo de zinco, magnésio e nicotina (NICOLETTI, et. al., 2010; WILLIAMSON; DRIVER; BAXTER, 2010; VANACLOCHA; CAÑIGUERAL, 2003).

Amora (*Morus nigra* L. – Moraceae)

Utilizado popularmente por ser laxante suave (fruto), hipoglicemiante, cicatrizante e antidiarréico (folhas), anti-inflamatório e analgésico, para estomatites e faringites (raiz). Entretanto pode irritar as mucosas digestivas (VANACLOCHA; CAÑIGUERAL, 2003). Por suas atividades terapêuticas, pode elevar a ação farmacológica de medicamentos para as mesmas finalidades.

Boldo (*Peumus boldo* Molina - Monimiaceae)

Muito utilizado como diurético, em doenças hepáticas, de vesícula e em problemas gastrointestinais, dispepsia. Sua função hepatoprotetora permite a transformação da glicose em glicogênio favorecendo a diminuição da glicemia sanguínea; pessoas em terapia com anticoagulantes (varfarina), não se orienta usar conjuntamente em razão de um possível aumento da função antiplaquetária e anticoagulante, o mecanismo da interação ainda não está bem detalhado, mas atribui-se a interação a presença de cumarinas naturais que possuem alguma atividade anticoagulante (OHLWEILER, 2007; NICOLETTI, 2007; WILLIAMSON; DRIVER; BAXTER, 2010).

Camomila (*Matricaria chamomilla* (L.) - Asteraceae)

Possui ação antiespasmódica, anti-inflamatória, em distúrbios digestivos e insônia leve, comumente utilizada em forma de chá. Pode interagir com anticoagulantes (varfarina), aumentando sua ação terapêutica, e consequentemente o risco de sangramento, estudos sugerem sua interferência no processamento de determinados fármacos pelo sistema enzimático citocromo P450, no fígado, podendo este ser o mecanismo associado à interação com os anticoagulantes (OHLWEILER, 2007; NICOLETTI, 2007; WILLIAMSON; DRIVER; BAXTER, 2010).

A camomila pode interagir com produtos que contenham soja por apresentar efeito antiestrogênico; com barbitúricos e outros sedativos, podendo aumentar ou prolongar os efeitos depressores no sistema nervoso; diminui a absorção de ferro (OHLWEILER, 2007; NICOLETTI, 2007).

Carqueja (*Baccharis genisteloides* - Asteraceae)

Planta originária do Brasil, muito difundida e utilizada tradicionalmente para problemas digestivos. É rica em óleos essenciais; tida como protetora hepática. Estudos recentes mostraram efeito hipoglicemiante em usuários normoglicêmicos, o que sugere possível interação com hipoglicemiantes aumentando seus efeitos (OHLWEILER, 2007).

Erva-cidreira (*Melissa officinalis* - Lamiaceae)

Atividade carminativa, antiespasmódica e nos distúrbios do sono. Pode ter interação com medicamentos provenientes de outras plantas medicinais, principalmente os que contêm Kava-kava; em geral interage com hormônios tireoideanos e com depressores do sistema nervoso central; não se recomenda o uso por gestantes e lactantes (OHLWEILER, 2007; NICOLETTI, 2007; NUNES, 2010).

Erva-doce (*Pimpinella anisum* - Apiaceae)

Atua em distúrbios dispépticos e gastrointestinais, possui ação sedativa discreta. Pode interagir com medicamentos hipnóticos, prolongando seus efeitos terapêuticos (NICOLETTI, 2007).

Eucalipto (*Eucalyptus globulus* Labill - Myrtaceae)

Conhecido também como árvore da febre. Utilizado por sua atuação antibacteriana, cicatrizante, anti-séptica e expectorante. Estudos em ratos demonstraram que seu extrato aquoso possui efeito antidiabético por aumentar a secreção de insulina pelas células β pancreáticas, bem como, efeito extra-pancreático por utilizar maior quantidade de glicose periférica em músculos abdominais; interage com medicamentos que são metabolizados por enzimas hepáticas, ocasionando diminuição de suas ações farmacológicas. Estudos clínicos associam o uso oral do óleo essencial de eucalipto com alterações do sistema nervoso, dificultando o raciocínio, podendo ter efeito sinérgico quando utilizado com medicamentos que atuam neste sistema (OHLWEILER, 2007; NICOLETTI, 2007).

Seu uso é contra-indicado para pacientes que possuam inflamações gastrointestinais, das vias biliares e insuficiência hepática; estudos experimentais mostram que um de seus constituintes (1,8 – cineol) pode atravessar a placenta e estimular enzimas hepáticas do feto, recomendando-se evitar seu uso por gestantes e lactantes; têm potencial neurotóxico e epilético, com sintomas tóxicos rápidos (VANACLOCHA; CAÑIGUERL, 2003).

Gengibre (*Zingiber officinale* Roscoe - Zingiberaceae)

Indicado em caso de enjôos (cinetose e pós-cirúrgico); como anti-inflamatório, anti-espasmódico; sedativo do SNC. Pode elevar o risco de sangramento quando utilizado concomitantemente com medicamentos anticoagulantes (varfarina) e antiplaquetários; em doses excessivas pode causar sonolência; pode interagir com medicamentos beta-bloqueadores e outros medicamentos para o coração, bem como com anti-hipertensivos como o nifedipino; com medicamentos depressores, potencializando seus efeitos; possui provável interação com hipoglicemiantes, por conseguir diminuir os valores de glicemia sanguínea; pode causar azia, recomendando-se cuidado ao ser utilizado por pacientes com úlceras pépticas (TESKE; TRENTINI, 2001; FETROW; AVILA, 2000; WILLIAMSON; DRIVER; BAXTER, 2010; VANACLOCHA; CAÑIGUERL, 2003).

Guaco (*Mikania glomerulata* Sprengl. - Asteraceae)

Atua como expectorante e broncodilatador. Estudos “in vitro” recentes demonstraram que seus extratos secos podem interagir potencializando a ação de alguns antibióticos (penicilina, gentamicina, cloranfenicol, vancomicina e tetraciclina) (NICOLETTI, 2007).

Hortelã-pimenta (*Mentha piperita* L. - Lamiaceae).

Muito utilizada com finalidade carminativa, antibacteriano, descongestionante nasal e expectorante, antipruriginoso, antireumático e para distúrbios intestinais, topicamente possui leve analgesia. O consumo de seu chá inibe a absorção de ferro pelas proteínas sanguíneas, por esta razão seu consumo por pacientes anêmicos e crianças exige precaução; pode elevar os níveis sanguíneos de medicamentos como felodipino, sinvastatina e ciclosporina; interfere no sistema citocromo P450, podendo intensificar os efeitos de medicamentos que são metabolizados por essas enzimas hepáticas, ou ainda, potencializar o surgimento de reações adversas. Possui interação com outras plantas medicinais como a camomila, o alcaçuz, a equinácea e o hipérico quando conjuntamente utilizadas; pacientes com cálculos biliares, inflamações e obstrução na vesícula biliar contra-indica-se o uso, assim como em pacientes com alergias respiratórias (apnéia e laringoconstrição) e em crianças menores de seis anos (espasmos de laringe e brônquios) (NICOLETTI, 2007; TESKE; TRENTINI, 2001; FETROW; AVILA, 2000; WILLIAMSON; DRIVER; BAXTER, 2010; VANACLOCHA; CAÑIGUERAL, 2003).

Pacientes que fazem uso de antiácidos, não devem usar medicamentos que contenham hortelã, pois podem aumentar o risco de azias; a utilização de medicamentos a base de hortelã juntamente com alimentos aumentam a probabilidade de indigestão; por ter função diurética, interage com diuréticos e corticóides, pois aumenta a diurese e a excreção de potássio, dificultando por sua vez, a absorção de outros fármacos (WILLIAMSON; DRIVER; BAXTER, 2010; SILVA, 2009).

Insulina vegetal (*Cissus sicyoides* L.- Vitaceae)

Utilizada externamente para tratar reumatismo e abscessos, as folhas. Para uso interno, é indicada para tratar inflamação muscular, epilepsia,

derrame cerebral, hipertensão e diabetes. Vários estudos demonstram uma redução significativa da uréia e da glicemia, indicando possíveis interações com hipoglicemiantes (OHLWEILER, 2007).

Maracujá (*Passiflora incanata* L. - Passifloraceae)

Utilizado com finalidade sedativa, hipnótica, anti-epilética e anti-inflamatória. Possui interação com medicamentos com ação sedativa; com fármacos estimulantes (anfetaminas) reduzindo seus efeitos farmacológicos; exacerba os efeitos de anti-histamínicos e da morfina; possui ação exacerbada quando utilizado com Kava; Contra-indicado para pacientes hipotensos (WILLIAMSON; DRIVER; BAXTER, 2010; SILVA, 2009; NUNES, 2010)

Pata-de-vaca (*Bauhinia forficata* L.- Leguminosae)

Uma das plantas mais usadas no Nordeste do Brasil, indicada para tratar o diabetes e no combate a elefantíase. Estudiosos já confirmaram sua atuação como hipoglicemiante (atribuída aos flavonóides), por meio do aumento da permeabilidade capilar promovendo a facilitação da absorção da molécula de glicose pelas células, com a ingestão do chá por 45 dias consecutivos, observando-se a inexistência de efeitos adversos significativos. Possui também atividade diurética, energética e depurativa. Em virtude de sua atividade hipotensora e antidiabética pode interagir com anti-hipertensivos e hipoglicemiantes; seu chá pode retardar a absorção de medicamentos sedativos, tranqüilizantes, antidepressores e hipnóticos devido a presença de taninos (OHLWEILER, 2007; NUNES, 2010).

Quebra-pedra (*Phyllanthus* sp. - Euphorbiaceae)

Planta utilizada no tratamento de cálculos renais, no controle da diabetes e possui funções diuréticas, miorelaxante e antiespasmódica. Estudo desenvolvido com a administração oral da planta levou à diminuição da pressão sistólica em hipertensos, bem como redução da glicemia, podendo haver interação com hipoglicemiantes e anti-hipertensivos. Não se recomenda tratamentos por extensos períodos (duas semanas intercaladas de uso e não uso); pode levar ao aborto se utilizado por gestantes; contra-indicasse para

pacientes lactantes, pois pode ser excretado pelo leite materno (OHLWEILER, 2007; NUNES, 2010).

Sene (*Senna alexandrina* Mill - Fabaceae)

Possui função laxativa, o que pode levar a redução da taxa de absorção de alguns fármacos orais, bem como favorece ao aumento da perda de potássio, potencializando os efeitos de glicosídeos cardiotônicos e outros fármacos antiarrítmicos quando usando conjuntamente, ainda podendo interagir com fármacos ou plantas medicinais que induzem a perda de potássio, a exemplo dos diuréticos tiazídicos, adrenocorticosteróides ou da *Glycyrrhiza uralensis*, ocasionando um desequilíbrio de eletrólitos. Pode interagir com cetoprofeno, paracetamol, propranolol, quinidina e verapamil, entretanto os mecanismos envolvidos não estão bem estabelecidos, sugere-se que há relação com as antraquinonas presentes na planta (NICOLETTI, 2007; WILLIAMSON; DRIVER; BAXTER, 2010).

Soja (*Glycine max* (L. Merr.) – Fabaceae)

Muito utilizada como ingrediente na comida chinesa e japonesa; o leite de soja por pacientes intolerantes a lactose; muitos são seus benefícios: redução de hiperlipidemia, nos sintomas da menopausa, na osteoporose e na prevenção de alguns tipos de câncer. Entretanto pode aumentar o metabolismo da cafeína; reduzir a absorção da levotiroxina e outros hormônios tireoideanos; diminuir a atividade da varfarina e outros anticoagulantes; por conter altos níveis de tiramina e vitamina K pode interagir com inibidores da monoamina oxidase causando aumento da pressão; pode levar a alterações gastrointestinais (WILLIAMSON; DRIVER; BAXTER, 2010; VANACLOCHA; CAÑIGUERAL, 2003).

Suplementos de isoflavonas, componentes majoritários, podem ainda interagir com antibióticos, hipoglicemiantes, benzodiazepínicos e drogas cardiovasculares, de acordo com estudos experimentais; pode reduzir o metabolismo da nicotina, por inibir enzimas do citocromo P450 (WILLIAMSON; DRIVER; BAXTER, 2010).

Valeriana (*Valeriana officinalis* L. - Valerinaceae)

Indicado para tratar insônia leve, atuando como sedativo e ansiolítico, por aumentar a qualidade do sono e não produzir ressacas matinais. Por possuir estas propriedades terapêuticas poderá potencializar os efeitos de benzodiazepínicos, barbitúricos, narcóticos, antidepressivos, álcool e anestésicos em nível de sistema nervoso central; não deve ser utilizada com cafeína, pois esta tem ação estimulante se opondo a seus efeitos; fármacos que são metabolizados no fígado podem sofrer interferências; interage com loperamida podendo provocar delírios, desorientação e agitação; quando utilizada conjuntamente com anti-hipertensivos podem levar a uma pronunciada diminuição dos valores pressóricos (OLIVEIRA-JUNIOR, 2012; NICOLETTI, 2007; ALEXANDRE; BAGATINI; SIMÕES, 2008; WILLIAMSON; DRIVER; BAXTER, 2010).

Há possibilidade de interação com outras plantas com mesmas funções depressoras; há relato de interação com *Ginkgo biloba* causando alterações psicóticas; contra-indicado para crianças menores de três anos (WILLIAMSON; DRIVER; BAXTER, 2010; VANACLOCHA; CAÑIGUERL, 2003).

